



TRABAJO FIN DE GRADO 2018/19

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE VALORACIÓN NO PRESENCIAL DE CONSULTAS PREFERENTES EN APARATO DIGESTIVO



PAULA ARIAS GALLEGO

TUTORA: Dra. GLORIA SÁNCHEZ ANTOLÍN.



“Si crees totalmente en ti mismo,
no habrá nada que esté fuera de tus posibilidades”.

Wayne Ayer.

Este TFG no hubiera sido posible sin las imprescindibles aportaciones de la Dra. Sánchez Antolín y por supuesto de todo el equipo de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Río Hortega, sobre todo al Dr. Rodrigo Nájera Muñoz y al apoyo estadístico del Dr. González Sagrado.

También quiero agradecer a mi familia los ánimos y el apoyo recibidos, ya que sin ellos nada hubiese sido posible.

INDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. OBJETIVOS	9
3. MATERIAL Y MÉTODOS	9
3.1. Selección de candidatos.....	9
3.2. Recogida de datos clínicos.....	10
3.3. Análisis de Datos.....	11
a) Recogida y tratamiento de datos	11
b) Análisis estadístico.	11
3.4. Aspectos éticos.	12
3.5. Búsqueda bibliográfica.	12
4. RESULTADOS	14
5. DISCUSIÓN.....	20
6. CONCLUSIONES.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
POSTER DEL TFG.....	24

RESUMEN

En Castilla y León se puso en marcha en el periodo 2015 - 2019 un Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera (PERYCLES) cuyo objetivo es mejorar las listas de espera y las demoras, priorizar en función de la gravedad y de la urgencia y conseguirlo de un forma eficiente y sostenible. Una de las herramientas recomendadas para conseguir dichos objetivos es la implementación de consultas preferentes no presenciales.

El principal objetivo de este trabajo es analizar la eficiencia de la consulta de valoración preferente no presencial en Aparato Digestivo, para lo cual se ha diseñado un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes derivados por el especialista en Medicina de Familia a la Consulta Preferente no Presencial de Aparato Digestivo, desde Julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se han utilizado como variables de estudio los datos demográficos (edad, sexo, ámbito de residencia y hábitos tóxicos) datos de derivación a consulta (fecha de derivación, motivo de derivación, exploraciones previas a la derivación e historia previa en Digestivo) y actitud tomada tras la valoración en la consulta (decisión tomada, fecha de cita presencial, exploraciones solicitadas desde Digestivo).

Se valoraron un total de 698 consultas no presenciales en las que el 55.9 % eran mujeres, la edad media fue de 58 ± 19 años y un 53.3 % de los pacientes residía en el ámbito urbano. Del total de pacientes valorados un 44.9 % tenía historia previa en el Servicio de Digestivo. El motivo de derivación más frecuente fue el dolor abdominal (20.4 %) y el 35 % de los pacientes fue derivado tras la realización únicamente de una analítica. Tras la consulta no presencial se decidió citar vía normal a un 32.2 % de los pacientes, que esperaron una media de 54 días hasta la consulta presencial; citar preferente al 21.8%, que esperaron una media de 16 días; citar tras exploraciones solicitadas al 6.6 %, que esperaron una media de 63 días; no citar al 23.8 % y se solicitó una exploración y no se citó al paciente en el 13.5% de los casos. Tras la consulta presencial, la exploración complementaria más solicitada fue la endoscopia (54%). Un 4% de los pacientes fallecieron en el seguimiento.

Tras comparar los resultados con otros estudios y con los objetivos iniciales del PERYCLES, podemos concluir que la valoración preferente no presencial es una herramienta de gestión útil para priorizar la atención en consulta de digestivo a los pacientes en función de la gravedad, habiendo disminuido el número de citas presenciales, y mejorando la accesibilidad de aquellos que precisaban valoración presencial preferente o vía normal.

1. INTRODUCCIÓN

Las listas de espera y demoras en la Atención Sanitaria suponen uno de los problemas más visibles del Sistema Sanitario Público ya que ocasionan un retraso en la atención sanitaria, en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes. Por ello debemos garantizar la calidad en la prestación sanitaria, que empieza por atender a los pacientes en el menor tiempo posible, priorizando en función de la gravedad y de la urgencia (1).

En general, las listas de espera se caracterizan por la diversa gravedad tanto sintomática como funcional de los pacientes y por la falta de relación entre éstas y el tiempo de espera. Esto requiere de la utilización de algún sistema de priorización de los pacientes según la potencial gravedad y/o beneficio esperando la asistencia, y no solamente en función del tiempo de espera en lista.

La patología digestiva es uno de los motivos de consulta más frecuente en Atención Primaria. Existen datos que demuestran que la asistencia a pacientes con síntomas digestivos supone el 10% de los motivos de consulta en Atención Primaria (2) y que las derivaciones a las consultas de digestivo representan entre el 3,7% y el 4,2% de las derivaciones a atención hospitalaria. Hasta un 24% de los pacientes con dispepsia son derivados para su valoración y tratamiento. Así, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades digestivas genera el 10% de la actividad en atención hospitalaria y el 14% del gasto farmacéutico (3).

El volumen de pacientes es tan grande que es importante determinar mediante la historia clínica y la exploración física si el paciente presenta un trastorno funcional, que no requiere valoración preferente por el especialista en Aparato Digestivo y que puede ser tratado por el médico de familia, o un trastorno orgánico en el cual es importante un diagnóstico precoz y, por lo tanto, la valoración preferente por parte del especialista (2).

El dolor abdominal y la dispepsia son algunos de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria del área Valladolid Oeste. El dolor abdominal se define como una molestia abdominal continua o intermitente de duración variable. Puede derivar del tracto gastrointestinal o de los órganos adyacentes, como el tracto biliar o el páncreas, o tener un origen ginecológico o genitourinario. Las características del dolor y la exploración abdominal completa (inspección, auscultación, percusión y palpación) nos dan pistas sobre la parte del tracto gastrointestinal afectada. Así, un dolor epigástrico postprandial nos orienta a patología gástrica, mientras que un dolor en el cuadrante superior derecho nos sugiere patología hepatobiliar (4) (5). En función de la etiología sospechada, se solicitarán exploraciones complementarias como una analítica básica,

sangre oculta en heces, endoscopias y pruebas de imagen como la ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y elastografía hepática.

En muchos casos, el dolor abdominal forma parte de un trastorno funcional, como la dispepsia o el síndrome de intestino irritable, pero es necesario descartar trastornos orgánicos como la enfermedad inflamatoria intestinal, la celiaquía o la obstrucción mecánica, especialmente si existen datos de alarma como anemia ferropénica, sangre oculta en heces, despertar nocturno con síntomas gastrointestinales, pérdida de peso inexplicable, antecedentes familiares de cáncer colorrectal e inicio de la sintomatología a partir de los 50 años (5). En ausencia de datos de alarma, los síntomas generalmente son suficientes para diagnosticar trastornos gastrointestinales funcionales.

En cuanto la dispepsia, hasta un 30 % de la población general ha tenido algún episodio de dispepsia en el último año (6), lo cual explica su importancia en Digestivo.

Los datos de SACYL provenientes del programa PERYCLES (Tabla 1) muestran la importancia del volumen en el número de consultas solicitadas por atención primaria a hospitalaria a lo largo de los años.

	2011	2012	2013	2014	2015
Consultas Primeras	1.377.216	1.346.926	1.338.271	1.363.660	1.366.856
Recursos ordinarios	1.346.561	1.340.545	1.338.271	1.363.660	1.366.856
Recursos extraordinarios*	30.655	6.381	0	0	0
Consultas Sucesivas	2.833.878	2.905.765	2.945.794	3.014.223	3.026.508
Recursos ordinarios	2.814.695	2.898.737	2.945.794	3.014.223	3.026.508
Recursos extraordinarios*	19.183	7.028	0	0	0
Rel. Suces./Primeras	2,06	2,16	2,20	2,21	2,21
Consultas solicitadas por Atención Primaria	1.093.259	1.068.386	1.068.220	1.053.111	1.040.775

Tabla 1: Pacientes derivados a atención hospitalarias por año, y por recursos con los que se les atendió. PERYCLES. SACYL. Disponible en página web SACYL, profesionales.

Una revisión de la patología derivada desde Atención Primaria en el Hospital Universitario Río Hortega en el año 2015 con objeto de mejorar las listas de espera, mostró los siguientes datos (figura 1):

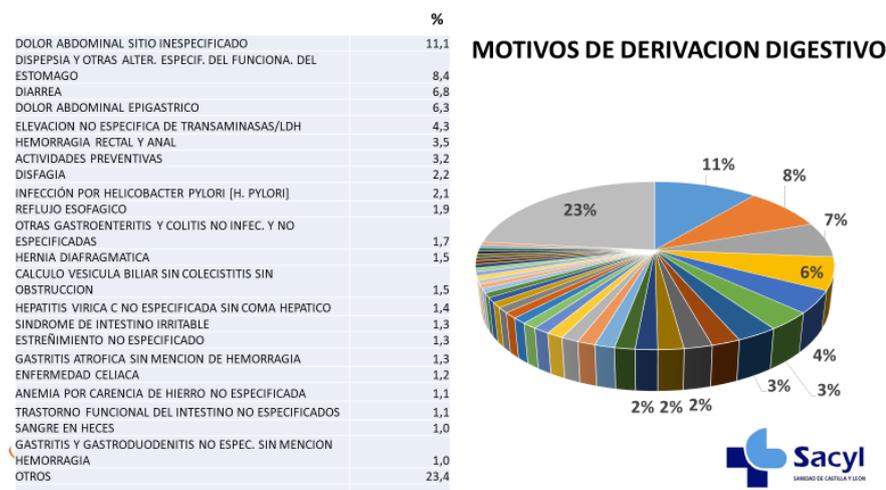


Figura: 1: Análisis de los motivos de derivación A. Primaria-Hospitalaria 2015. Datos internos S. Aparato Digestivo.

De modo que existía una gran parte de los pacientes eran derivados por patología funcional, que no precisaba de atención preferente.

Las nuevas tecnologías han proporcionado nuevas herramientas de comunicación y han provocado un cambio en nuestra mentalidad, con la posibilidad de realizar, de forma virtual, acciones o trámites de nuestra vida cotidiana o profesional, que hasta ahora necesitaban de nuestra presencia física, ya fuera por motivos técnicos, culturales o sociales (7).

Por ello, ya que los avances de las nuevas tecnologías están emergiendo como una alternativa viable y favorecedora de la comunicación del médico con sus pacientes, puede ser una herramienta adecuada para facilitar la accesibilidad a la asistencia sanitaria (7). Entre estos avances tecnológicos cabe destacar la historia clínica informatizada, que permite la transmisión óptima de información entre Atención Primaria y los especialistas hospitalarios (8).

La **consulta no presencial** puede ser una de dichas herramientas tecnológicas que pueden contribuir a la accesibilidad y a reforzar la relación médico-paciente. Entre las ventajas que ofrece podemos destacar que es un medio de comunicación rápido, fácil y con un coste mínimo (7) en la que el especialista hospitalario puede valorar la necesidad de atención más o menos preferente según los motivos de derivación referidos por los especialistas en Atención Primaria. Además, las consultas no presenciales quedan registradas, lo que facilita al profesional dejar constancia de su evaluación clínica. Así

mismo, capacita para la transmisión de datos clínicos y de resultados de pruebas diagnósticas, en ambas direcciones.

En Castilla y León se puso en marcha en el periodo 2015 - 2019 un **Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera en el Servicio de Salud de Castilla y León (PERYCLES)**(9) que pretende, a través de una serie de medidas, mejorar la efectividad y eficiencia de nuestro Sistema de Salud con el objetivo fundamental de mejorar las listas de espera y las demoras, priorizar en función de la gravedad y de la urgencia y conseguirlo de un forma eficiente y sostenible, aportando una información adecuada, clara y transparente a los pacientes.

El plan PERYCLES estableció como objetivos para 2019 tres prioridades: en primer lugar, ante sospecha de potencial gravedad, la consulta se atenderá en un plazo inferior a las 72 horas a través de las Unidades de Diagnóstico Rápido; en el caso de marcarse como preferente, la demora máxima será de 15 días, y, por último, si se establece el caso como prioridad ordinaria, la demora media será de entre 30 y 40 días.

Una de las herramientas recomendadas para conseguir los objetivos fue la implementación de consultas preferentes no presenciales.

En este contexto, en el Hospital Universitario Río Hortega se puso en marcha un **PROGRAMA DE VALORACIÓN NO PRESENCIAL DE CONSULTAS PREFERENTES EN APARATO DIGESTIVO**. Dicho programa se inició en Julio 2017 (Figura 2) y se definió como:

- El especialista en Medicina de Familia solicita una **CONSULTA PREFERENTE NO PRESENCIAL** cuando considera que la atención del paciente referido debe ser en menos de 15 días, según los criterios habituales de derivación preferente en SACYL.
- El Servicio de Admisión cita en una agenda específica de **CONSULTA PREFERENTE NO PRESENCIAL** al paciente.
- El especialista en Aparato Digestivo asignado a esta actividad valora dicha consulta no presencial, teniendo en cuenta todos los datos que constan en la historia clínica electrónica del paciente: Motivo de derivación, exploraciones analíticas, radiológicas, endoscópicas, y otros antecedentes del paciente, así como los fármacos prescritos en el módulo de prescripción de MEDORA.
- El especialista en Aparato Digestivo recogerá en la historia clínica electrónica su impresión diagnóstica si es posible y las actuaciones a llevar a cabo, que pueden ser:

- CITAR PREFERENTE.
- CITAR VIA NORMAL.
- NO CITAR.
- SOLICITAR EXPLORACION COMPLEMENTARIA DIRECTAMENTE Y NO CITAR.
- SOLICITAR EXPLORACION COMPLEMENTARIA DIRECTAMENTE Y CITAR POSTERIORMENTE.

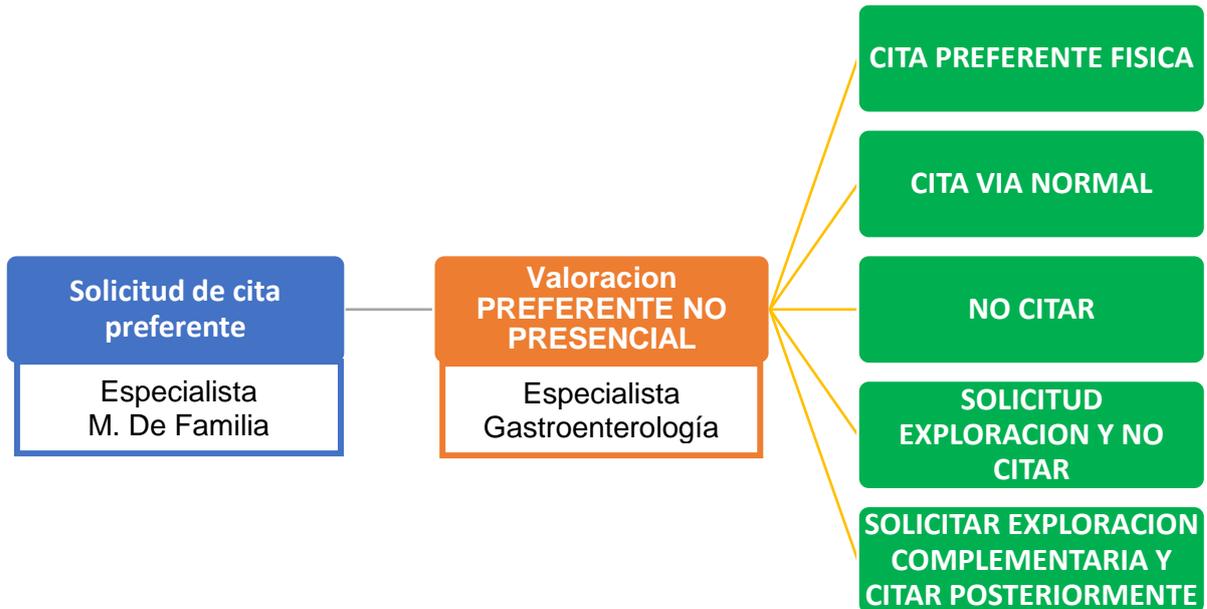


Figura: 2: Flujograma de la solicitud de cita preferente desde Atención Primaria

2. OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar la eficiencia de un programa de valoración preferente de pacientes derivados desde Atención Primaria a la consulta preferente no presencial de Aparato Digestivo. Al mismo tiempo, analizar si el uso de estas nuevas vías de comunicación puede ser una opción válida y resolutive de la demanda asistencial de presencia física en la consulta de Digestivo.

Como objetivos secundarios nos planteamos:

- Valorar la repercusión del programa en las listas de espera.
- Analizar las dificultades encontradas en el programa.
- Conocer qué perfiles de pacientes son más subsidiarios de este formato de visita médica.
- Y que aspectos se pueden mejorar a la hora de implantar esta nueva modalidad de consulta.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, que pretende conocer los resultados de una intervención de gestión de consultas. La intervención consistía en la puesta en marcha de un servicio de consulta preferente no presencial, a demanda del especialista en Atención Primaria.

El ámbito del estudio son todos los pacientes derivados a la consulta preferente no presencial al Servicio de Aparato Digestivo del Área Sanitaria Valladolid Oeste. Éste área atiende a una población de 240.585 personas y está formada por 17 Centros de Salud, 9 rurales y 8 urbanos.

3.1. Selección de candidatos.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes derivados por el especialista en Medicina de Familia a la Consulta Preferente no Presencial, desde Julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018. Toda consulta no presencial se registró en la historia clínica electrónica como tal.

.

3.2. Recogida de datos clínicos.

Definiciones de las variables de objeto de estudio.

a) *Datos demográficos.*

- **Edad** en años
- **Sexo del paciente** (Hombre/Mujer).
- **Ámbito de residencia** (Urbano/Rural).
- **Hábitos tóxicos** (Si/No/Desconocido).

b) *Datos de la derivación a consulta.*

- **Fecha de derivación.**
- **Motivo de derivación:** Clasificamos los motivos de derivación en:
 - Alteración de las pruebas hepáticas.
 - Anemia – ferropenia.
 - Diarrea.
 - Disfagia.
 - Dolor abdominal.
 - Estreñimiento.
 - H. Pylori.
 - Lesiones hepáticas.
 - Pirosis.
 - Rectorragia.
 - Síndrome constitucional.
 - Otros: se incluyen vómitos, pólipos en colonoscopia, dispepsia y enfermedad digestiva diagnosticada en otro centro sanitario, entre otros.
- **Exploraciones realizadas previas a la derivación:**
 - Analítica: incluye aquellos pacientes derivados únicamente con una analítica, coprocultivo y/o sangre oculta en heces.
 - Radiología: incluye a aquellos pacientes derivados con o sin analítica y con una RX abdomen, ecografía, TAC, resonancia magnética y/o elastografía hepática.
 - Endoscopia: incluye a aquellos pacientes derivados con o sin analítica y con una gastroscopia y/o colonoscopias recientes (de menos de 10 años de antigüedad).
 - Radiología + Endoscopia: incluye a aquellos pacientes con o sin analítica, pruebas radiológicas y endoscópicas.

- H. Pylori: incluye test del aliento y detección de antígeno en heces.
- **Historia previa en Aparato digestivo: SI/NO**

c) Actitud tomada tras la valoración de la consulta.

- **Decisión tomada:**
 - Citar preferente.
 - Citar vía normal.
 - Citar tras las exploraciones solicitadas.
 - Exploración y no citar.
 - No citar.
- **Fecha de la cita presencial**
- **Exploraciones solicitadas desde el Servicio de Digestivo**
 - Analítica: incluye analítica básica, sangre oculta en heces, coprocultivo y test de malabsorción de fructosa y sacarosa.
 - Radiología: incluye RX abdomen, ecografía, TAC, Resonancia magnética y elastografía hepática.
 - Endoscopia: incluye gastroscopia y colonoscopia.
 - Radiología + Endoscopia.
 - Otros: incluye colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), manometría esofágica y ecoendoscopia.
 - H.Pylori; incluye test del aliento y antígeno en heces.

d) Éxitus durante el seguimiento.

3.3 Análisis de Datos

a) Recogida y tratamiento de datos

Para la recogida de los datos se confeccionará una base de datos en el programa Excel 2018 y se da de alta en la Agencia de Protección de datos. En esta base de datos los pacientes serán adecuadamente anonimizados. Los datos serán introducidos por una sola persona y revisados por un experto. Tras su depuración serán analizados utilizando el programa estadístico SPSS v. 15.0 (SPSS Inc. 1989-2006). La pérdida de valores superior al 15% en una determinada variable será considerada como un posible sesgo del estudio.

b) Análisis estadístico.

La normalidad de las variables cuantitativas será establecida con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables de distribución normal serán descritas como media \pm desviación estándar (DE) y las de distribución no normal y/o discretas como mediana

y rango intercuartílico. Por su parte, las variables cualitativas serán descritas mediante la tabla de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de sus categorías.

Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizará la prueba de Chi cuadrado con test exacto de Fisher (tablas 2x2) o razón de verosimilitud (más de 2 categorías), dependiendo de sus condiciones de aplicación (frecuencia esperada <5 en más del 20% de las casillas).

Para estudiar las diferencias entre medidas independientes y dependientes se utilizará la prueba de la T de Student o la U de Mann-Whitney, para muestras independientes y/o pareadas dependiendo de las condiciones de aplicación (normalidad), para 2 grupos, y el ANOVA o la H de Kruskal-Wallis, dependiendo asimismo de las condiciones de aplicación (normalidad), para más de 2 grupos.

El nivel de significación para todas las pruebas se considerará para una $p \leq 0,05$.

3.4 Aspectos éticos.

Este trabajo se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de 1964 (última enmienda, 2013). Se cuenta con la aprobación de la Comisión de Investigación y el Comité de Ética Asistencial y Ensayos Clínicos (CEIC) del Hospital Universitario Río Hortega - Área Oeste de Valladolid.

No precisa consentimiento informado porque solo precisa la revisión de historias clínicas.

No existe conflicto de intereses ni se dispone de financiación por organismos públicos o privados.

3.5 Búsqueda bibliográfica.

La búsqueda bibliográfica principal ha sido realizada en la base de datos MEDLINE a través de PubMed, recurso de acceso libre mantenido y desarrollado por el Centro Nacional de Información Biotecnológica (National Center for Biotechnology Information, NCBI), de la Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine, NLM) de los Estados Unidos, localizada en los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH).

La búsqueda inicial se planteó utilizando términos libres y la definitiva a través de términos controlados tomados del tesoro de MEDLINE, la base de datos MeSH. Los términos de búsqueda fueron relacionados mediante operadores lógicos e implementados mediante truncadores, utilizando como límites el tiempo (15 últimos

años), el idioma (español e inglés) y las condiciones “investigación en humanos” y “artículos con abstract”, para confeccionar la estrategia más adecuada.

Esta estrategia se planteó, inicialmente, con formulación PICO (Patients, Control, Outcome), adaptada al diseño del estudio. De los artículos recuperados fueron seleccionados los que aportaban la información más pertinente y relevante según criterio personal. Los límites de búsqueda no fueron considerados para trabajos históricos de referencia.

La revisión bibliográfica ha sido realizada en dos tiempos, el primero antes del diseño del estudio, para lograr una idea del estado actual del tema, y el segundo con posterioridad al mismo, con el fin de priorizar los datos obtenidos y establecer modelos comparativos.

4. RESULTADOS

Analizamos a un total de 698 pacientes derivados desde Atención Primaria en el Área Oeste de Valladolid a consulta preferente no presencial de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Río Hortega desde Julio de 2017 hasta diciembre de 2018.

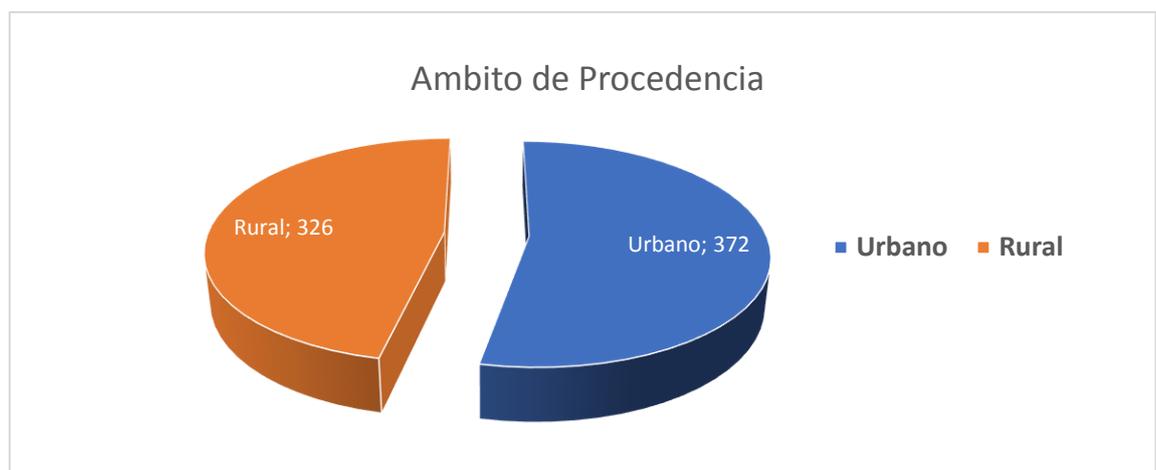
Los resultados fueron los siguientes:

- Aspectos demográficos:

- Tras la valoración de las 698 consultas no presenciales, 390 pacientes eran mujeres (55.9 %), siendo los 308 pacientes restantes varones (44,1 %). (Figura 3)



- La edad media fue de 58 años \pm 19 años con un rango de 1-96 años.
- Del total de pacientes valorados, 372 residían en núcleos urbanos (53.3 %), mientras que los 326 restantes residen en zonas rurales pertenecientes al área Valladolid Oeste (46.7 %). (Figura 4).



- En tan sólo 97 pacientes el médico de Atención Primaria hace referencia a los hábitos tóxicos (13.9 %). De estos 97 pacientes, 55 no referían hábitos tóxicos (7.9 %) y 42 sí (6,0 %). En los 601 pacientes restantes (86.1 %) se desconoce si asocian o no hábitos tóxicos. (Figura 5).



Figura: 5: Hábitos tóxicos

- **Datos de derivación a consulta:**

- Respecto a los motivos de derivación (Figura 6), el dolor abdominal es el motivo de derivación específico por el que más frecuentemente los pacientes son derivados a la consulta de valoración no presencial, estando presente en 140 pacientes (20.4 %). Le siguen, por orden de frecuencia, la diarrea con 113 pacientes (16.5%) y alteración de las pruebas hepáticas con 79 (11.5 %).

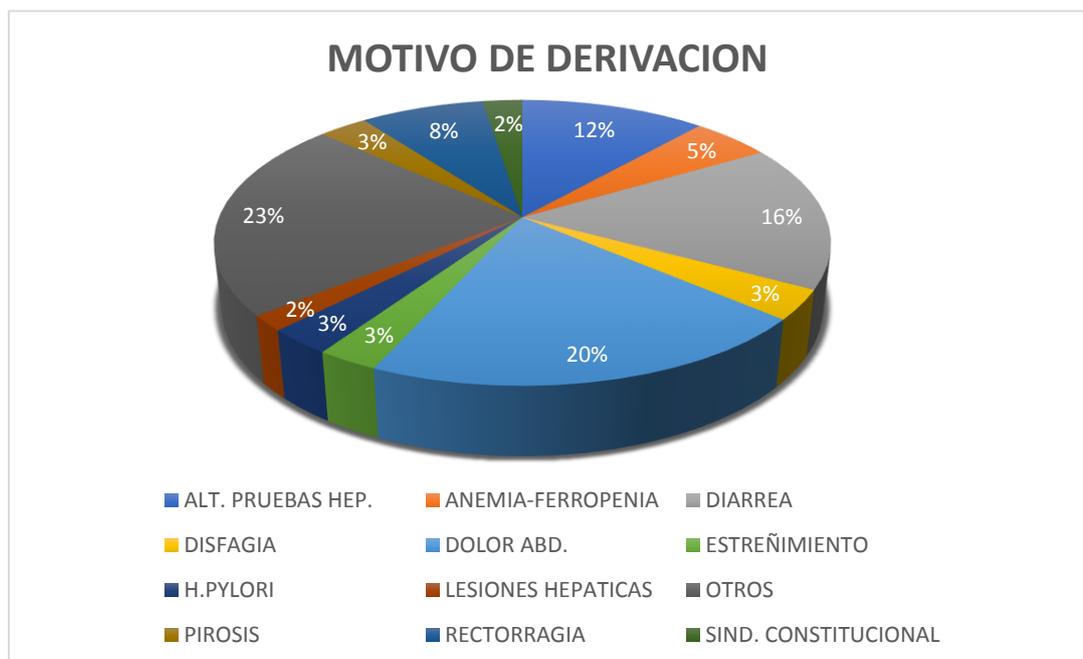


Figura: 6: Motivo de derivación

- Del total de pacientes, 310 ya habían sido valorados previamente por un especialista en Aparato Digestivo (44.9 %), mientras que los 381 restantes no tenían historia previa en el Servicio de Digestivo (55.1 %). (Figura 7)



Figura: 7: Historia previa en Digestivo

- En cuanto a las pruebas complementarias realizadas previamente a la valoración no presencial (Figura 8), 228 pacientes fueron derivados tras la realización únicamente de una prueba analítica (35 %), 204 con una prueba endoscópica en los últimos 10 años (31.3 %), 114 con una prueba de imagen radiológica (17.5 %), 89 con una prueba de imagen y una endoscopia (13.7 %) y 16 tras la realización únicamente de una prueba de detección de H. Pylori (2.5 %)

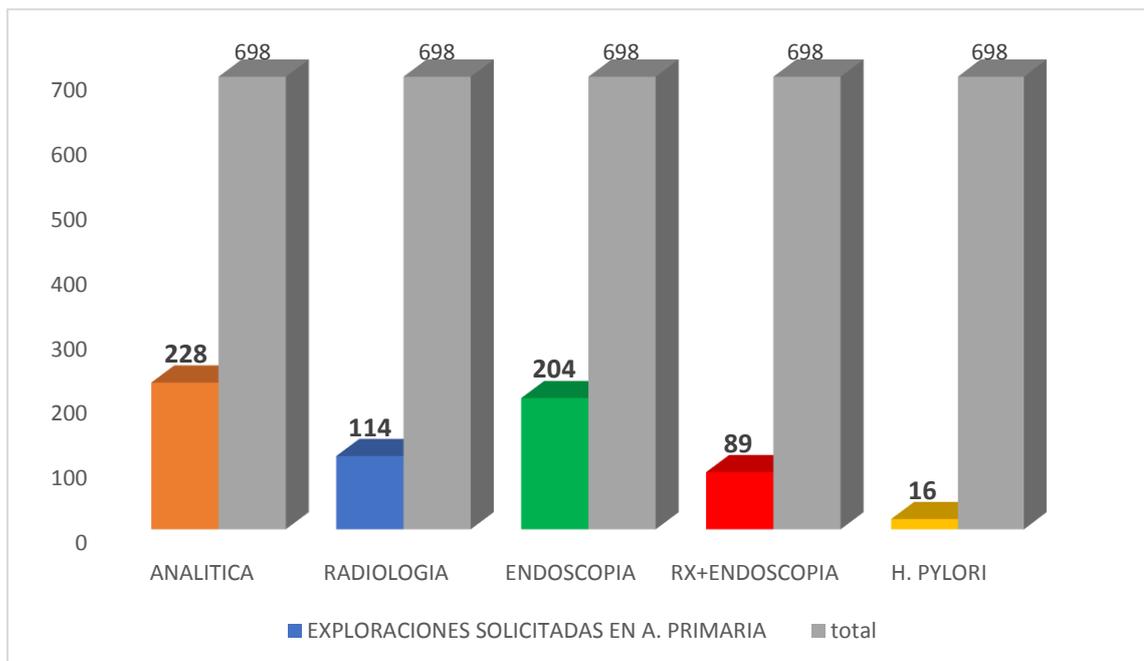


Figura: 8: Exploraciones solicitadas en Atención Primaria sobre el total de pacientes derivados.

- Tras valorar al paciente en la consulta no presencial, teniendo en cuenta los antecedentes personales, motivo de derivación, exploraciones complementarias y tratamiento habitual, las decisiones tomadas fueron (Figura 9):
 - Citar vía normal a 225 pacientes (32.2 %),
 - No citar a 166 (23.8 %),
 - Citar vía preferente a 152 (21.8 %),
 - Exploración y no citar a 94 (13.5 %),
 - Citar tras las exploraciones solicitadas a 46 pacientes (6.6 %).

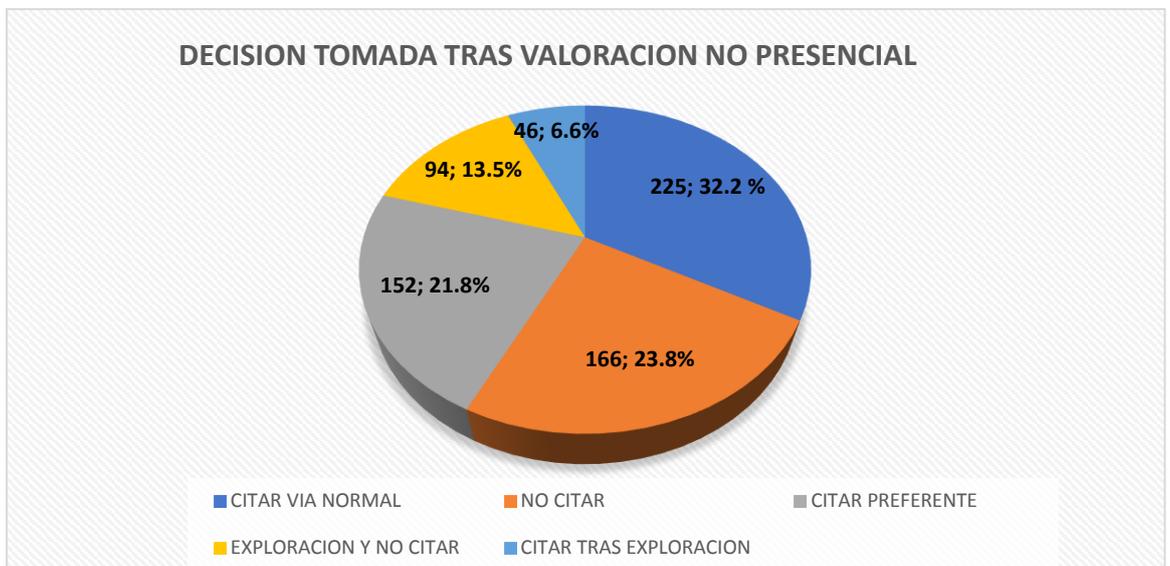


Figura: 9: Decisión tomada tras valoración no presencial

El 37.3 % de los pacientes no precisaron ningún tipo de cita en la consulta de digestivo, por lo que este programa ha reducido la demanda en esa cifra.

- Respecto al tiempo transcurrido entre la valoración no presencial y la cita presencial, la media fue de 41 ± 48 días con un rango de 1 – 371 días. La distribución por rangos intercuartílicos fue la siguiente:
 - Percentil 25: 9 días.
 - Percentil 50: 21 días.
 - Percentil 75: 56 días.

Es decir, el 75 % de los pacientes fueron vistos en menos de 56 días.

- El tiempo transcurrido entre la valoración no presencial y la cita presencial varía en función del tipo de cita que se dio desde la consulta no presencial (Figura 10).

- Los 149 pacientes que fueron citados de manera **preferente** esperaron una media de 16 días, con un intervalo de confianza al 95 % que oscila entre los 8 y los 23 días.
- Los 219 pacientes que fueron citados por vía **normal** esperaron una media de 54 días, con un intervalo de confianza al 95 % que oscila entre los 49 y los 60 días.
- Los 44 pacientes que fueron citados **tras la realización de exploraciones complementarias** esperaron una media de 63 días, con un intervalo de confianza al 95 % que oscila entre los 48 y los 80 días.
- 2 de los pacientes a los que se indicó **no citar** desde la consulta de valoración no presencial fueron citados en consulta presencial.

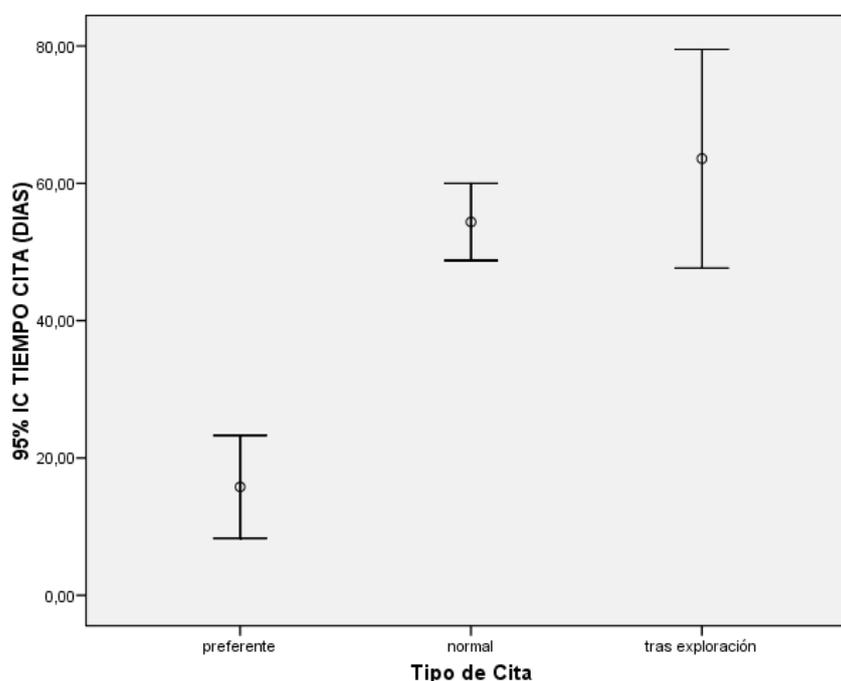


Figura: 10: Tiempo transcurrido hasta la cita

- Desde el Servicio de Aparato Digestivo, ya sea desde la consulta de valoración no presencial o desde la consulta presencial posterior, se decide solicitar una prueba analítica en 56 pacientes (13.3 %), una prueba de imagen radiológica en 102 (24.3 %), una endoscopia en 227 (54 %), prueba radiológica y endoscópica en 23 (5.5 %), otras pruebas como colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 2 pacientes (0.5 %) y pruebas de detección de Helicobacter Pylori en 10 pacientes (2.4%). (Figura 11).

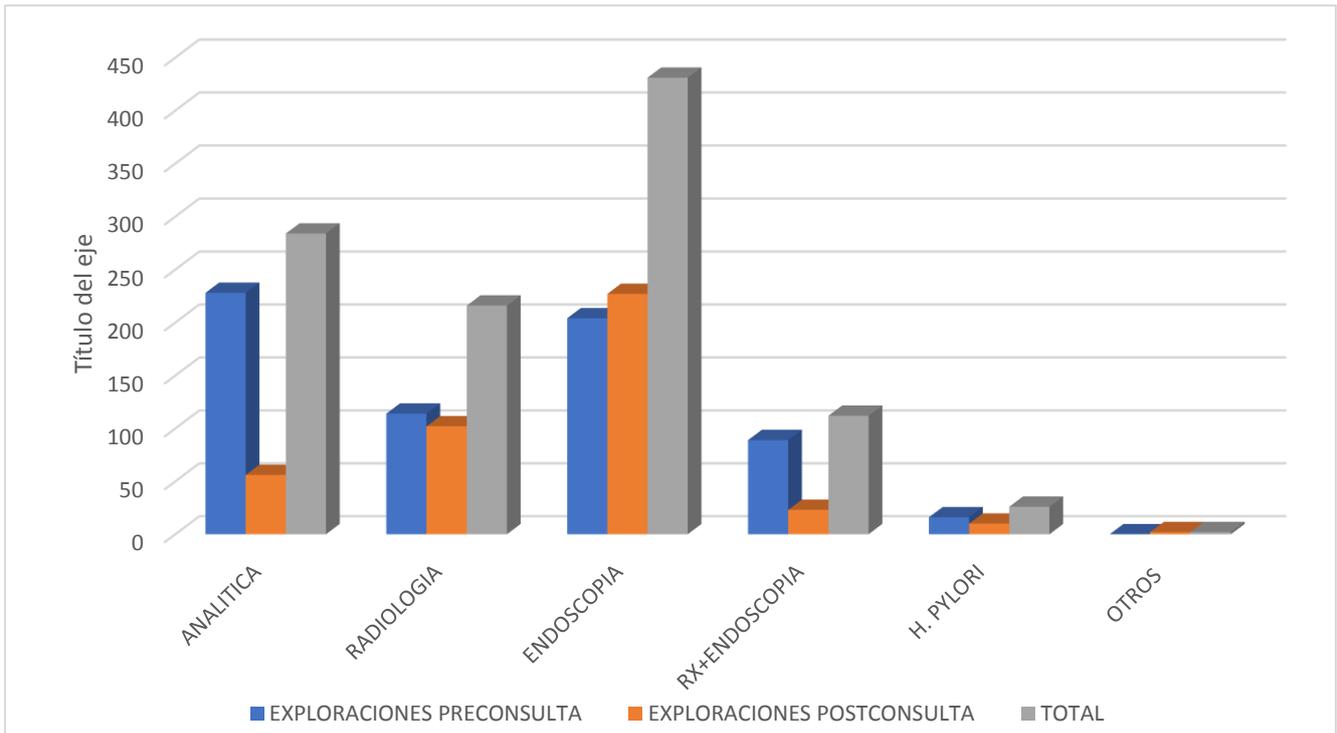


Figura: 11: Exploraciones complementarias totales

- Del total de pacientes valorados, 669 seguían con vida en el momento de la elaboración de la base de datos (96.1 %), mientras que los 27 restantes habían fallecido (3.9 %). (Figura 12).

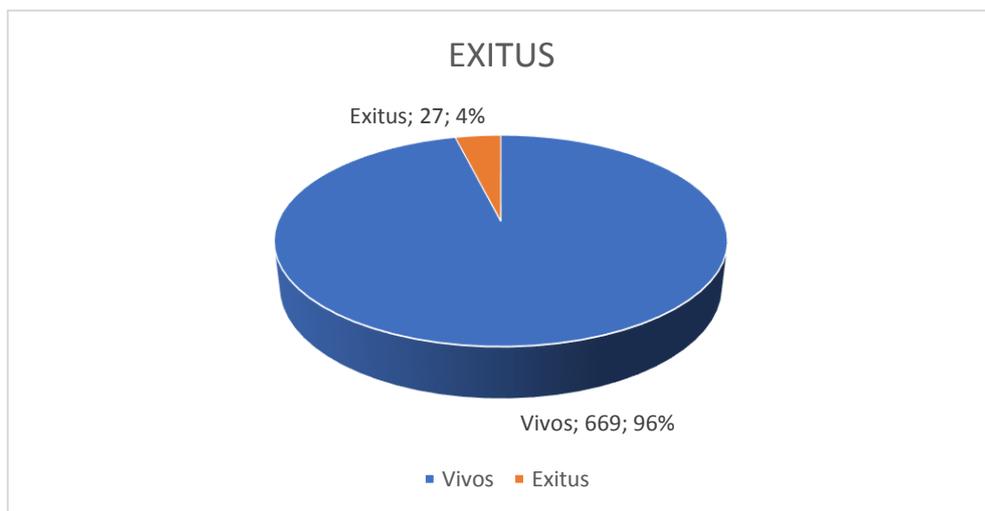


Figura: 12: Éxitus

5. DISCUSIÓN

En cuanto a los datos demográficos de los pacientes valorados en la consulta no presencial, el porcentaje de mujeres es ligeramente superior al de varones, al igual que ocurre en estudios llevados a cabo en otras comunidades autónomas (1) (3) (7) (10) (11). La edad media es ligeramente más alta que en los estudios revisados. En nuestro caso fue de 58 ± 19 años, ligeramente superior a las de estudios llevados a cabo en Madrid (10) donde la edad media fue de 50.6 ± 21 años, y en Toledo (1), donde los pacientes valorados tenían una media de edad de 43.5 años, y muy parecida a la de un estudio llevado a cabo también en Valladolid (7), donde la edad media fue de 54 ± 17 años. Esta diferencia de edad puede ser explicada por la población envejecida que reside en Castilla y León. La tasa de derivación fue ligeramente menor para los pacientes con residencia rural respecto a los urbanos, (47% rural frente a 53 % urbano), a diferencia de un estudio llevado a cabo en Melilla(11) en la que las derivaciones de pacientes residentes en núcleo urbano en que esta diferencia fue mayor (65.5 % urbano, frente a un 34.5 % del núcleo rural).

Si hablamos de los motivos de derivación, el dolor abdominal es la causa por la que más frecuentemente los médicos de atención primaria del Área de Salud Valladolid Oeste derivan a la consulta no presencial, y representa un 20.4 % del total de derivaciones. Lo mismo ocurre en otros estudios revisados (1) (10), en los que la epigastralgia es el motivo de derivación más frecuente a las consultas de Aparato digestivo. Únicamente en uno de los estudios (3) el dolor abdominal ocupa el segundo lugar en los motivos de derivación, viéndose superado por la dispepsia que era el motivo de consulta en un 25.6% de los casos. En nuestro estudio el bajo porcentaje de derivación por dispepsia puede ser explicado por la implantación de un protocolo para el tratamiento de la dispepsia en Atención Primaria desde 2016 y por tratarse de una patología que no requiere atención preferente.

Si tenemos en cuenta que del total de pacientes valorados un 44.9 % ya tenía historia previa en Aparato Digestivo, tan solo un 55.1 % de los pacientes derivados a la consulta de valoración no presencial eran pacientes no conocidos o nuevas consultas. Por el contrario, en un estudio llevado a cabo en Atención Primaria del Área de Salud de Toledo(1), de todos los pacientes que derivaban a Atención Especializada un 74.6 % eran nuevas consultas, un 19.5 % más que en nuestro estudio.

La puesta en marcha de la consulta de valoración preferente no presencial en el Servicio de Aparato Digestivo ha permitido clasificar a los pacientes en función de la gravedad y modular la fecha de la cita, en función de esta. Tras analizar los resultados hemos

comprobado que del total de pacientes derivados tan solo 152 (21.8%) cumplían criterios para la derivación preferente e incluso 260 pacientes (37.3%) no precisaban ni atención preferente ni por vía normal por parte del especialista en Aparato Digestivo.

En los pacientes derivados de forma preferente, el tiempo transcurrido desde la valoración no presencial hasta la cita presencial es de una media de 16 días, un tiempo de demora bastante similar a los 17.7 días que tuvieron que esperar los pacientes para acudir a una consulta preferente de aparato digestivo de alta resolución en el Complejo Hospitalario de Ourense (3). En el caso de los citados por la vía normal, el tiempo de espera fue de una media de 54 días, 10 días más que la demora en el Complejo Hospitalario de Ourense (3), que fue de 43.7 días y aun ligeramente por encima que el objetivo del programa PERYCLES para la atención en consultas vía normal. Finalmente, en cuanto al tiempo de demora en aquellos pacientes citados tras la realización de una exploración complementaria, la espera fue de una media de 63 días, con un intervalo de confianza al 95% que oscila entre los 48 y los 80 días. No podemos comparar dicho tiempo con el de otros centros por no haber encontrado bibliografía al respecto, pero se puede deducir que en aquellos pacientes en los que se piensa que va a ser necesaria una exploración complementaria para el estudio de la patología, es mejor citar al paciente tras dicha exploración directamente, que citarle presencialmente, ya que tan solo hay 10 días más de espera media, pero el paciente acude ya con la exploración realizada.

Un 4% de los pacientes fallecieron en el seguimiento, es decir, es importante la priorización de los pacientes para poder atender correctamente a aquellos que pueden presentar una patología orgánica grave, con consecuencias nefastas.

La principal limitación de este estudio es que se trata de un estudio retrospectivo en el que no se pudieron estandarizar los diagnósticos y se ha debido de clasificar el motivo de derivación teniendo en cuenta el texto libre del médico solicitante.

6. CONCLUSIONES

- Los pacientes valorados en el programa de cita preferente no presencial de Aparato Digestivo son en su mayoría mujeres, con una edad media de 57 años y que residen en el medio urbano.
- El motivo de derivación más frecuente ha sido el dolor abdominal, estando presente en el 20.4 % de los pacientes. La diarrea, alteración de las pruebas hepáticas y la rectorragia le siguen en frecuencia.
- La exploración complementaria más solicitada globalmente, si tenemos en cuenta las exploraciones pre y post consulta presencial, ha sido la endoscopia.
- Sólo el 22% de los pacientes precisaron cita preferente presencial y el 38% no fueron citados a consulta. Al 33% de los pacientes se les valoró en una cita presencial, pero vía normal.
- La demora en la cita de los pacientes preferentes fue de 16 días, significativamente menor que el resto de los pacientes citados a consulta presencial.
- Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la demora de la cita de los pacientes citados vía normal o tras la exploración solicitada desde la valoración no presencial por lo que parece más eficiente cuando esto es posible, solicitar previamente la exploración necesaria.
- En este grupo de pacientes observamos un 4% de mortalidad. Es fundamental analizar este grupo de pacientes para tratar de identificar sus características para favorecer una atención precoz.
- Por todo ello concluimos que la valoración preferente no presencial es una herramienta de gestión útil para priorizar la atención en consulta de digestivo a los pacientes en función de la gravedad, habiendo disminuido el número de citas presenciales en un porcentaje significativo, y mejorando la accesibilidad de aquellos que precisaban valoración presencial preferente o vía normal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Alcalá F, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005;36(3):137-43.
2. Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad Med J*. 1 de septiembre de 2008;84(995):454-8.
3. Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, González MF, Cubiella Fernández J, López Sánchez L, García García MJ, et al. Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas. *Gac Sanit*. noviembre de 2011;25(6):468-73.
4. Bharucha AE, Chakraborty S, Sletten CD. Common Functional Gastroenterological Disorders Associated With Abdominal Pain. *Mayo Clin Proc*. agosto de 2016;91(8):1118-32.
5. Mendelson R. Diagnostic tests: Imaging for chronic abdominal pain in adults. *Aust Prescr*. 1 de abril de 2015;38(2):49-54.
6. van Bommel MJJ. Consultations and referrals for dyspepsia in general practice---a one year database survey. *Postgrad Med J*. 1 de agosto de 2001;77(910):514-8.
7. de la Fuente Ballesteros SL, García Granja N, Hernández Carrasco M, Hidalgo Benito A, García Álvarez I, García Ramón E. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria. *Med Fam SEMERGEN*. 1 de octubre de 2018;44(7):458-62.
8. Gené E, García Bayo I, Barenys M, Abad A, Azagra R, Calvet X. La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33(8):555–562.
9. 732310-Plan Estrategico de Reducción y Control de Listas de Espera.pdf [Internet]. [citado 23 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/lista-espera/perycles-plan-estrategico-eficiencia-control-reduccion-list.ficheros/732310-Plan%20Estrategico%20de%20Reduccion%20y%20Control%20de%20Listas%20de%20Espera.pdf>
10. de Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. febrero de 2005;35(3):146-51.
11. Rosa-Jiménez F, Montijano-Cabrera A.M, Puente-Gutiérrez J.J, Bernal-Blanco E, Moreno-Izarra J, Delgado Moreno M. Derivaciones a consultas de aparato digestivo: diferencias en función del medio geográfico de procedencia. . *Gac Sanit*. 2011;25(6):468 – 473.
12. Jones R, Hunt C, Stevens R, et al. Management of common gastrointestinal disorders: quality criteria based on patients' views and practice guidelines. *British J Gen Pract*. 2009; 59:e199-208.
13. Farmer A, Aziz Q. Mechanisms and management of functional abdominal pain. *J R Soc Med*. 2014 Sep; 107(9): 347–354.

POSTER DEL TFG



ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE UN PROGRAMA DE VALORACIÓN NO PRESENCIAL DE CONSULTAS PREFERENTES EN APARATO DIGESTIVO

ARIAS GALLEGO, PAULA; SÁNCHEZ ANTOLÍN, GLORIA.



Grado en Medicina. Universidad de Valladolid. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

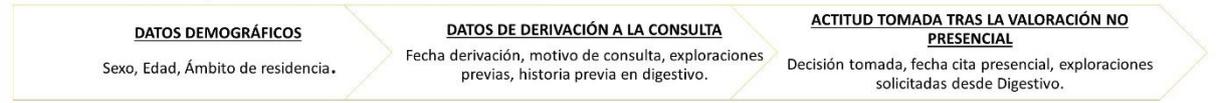
1. INTRODUCCIÓN

En Castilla y León se puso en marcha en el periodo 2015 - 2019 un **Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera (PERYCLES)** cuyo objetivo era mejorar las listas de espera y las demoras, priorizando en función de la gravedad y de la urgencia a los pacientes y conseguirlo de un forma eficiente y sostenible. Una de las herramientas recomendadas para conseguir dichos objetivos fue la implementación de **CONSULTAS PREFERENTES NO PRESENCIALES**.

2. OBJETIVO Y MATERIAL Y MÉTODOS

El principal objetivo de este trabajo es **analizar la eficiencia de la consulta de valoración preferente no presencial en Aparato Digestivo**.

Para ello se ha diseñado un **ESTUDIO RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL Y DESCRIPTIVO** en el que se incluyeron todos los pacientes derivados desde Atención Primaria a la Consulta Preferente no Presencial de Digestivo desde Julio de 2017 hasta el 31 de Diciembre de 2018. Para ello se diseñó una base de datos en la que se utilizaron como variables de estudio:



3. RESULTADOS

1. **DATOS DEMOGRÁFICOS:** se valoraron un total de 698 consultas no presenciales en las que el 55.9% eran mujeres, la edad media fue de 59 ± 19 años y un 53.3 % de los pacientes residía en el ámbito urbano.

2. **DATOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA:**

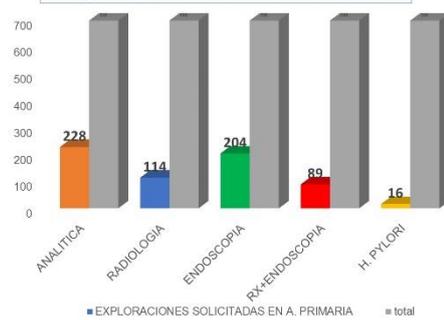
El 45% de los pacientes si tenía historia previa en Digestivo.



El dolor abdominal fue el motivo de consulta más frecuente



La exploración previa más solicitada fue la analítica.



3. **ACTITUD TOMADA TRAS LA VALORACIÓN EN LA CONSULTA:**

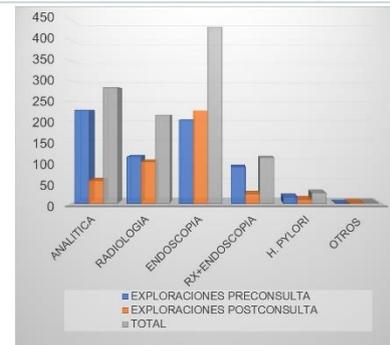
DECISION TOMADA TRAS VALORACION NO PRESENCIAL



Se decidió no citar al 38% de los pacientes Demora en la cita presencial

- Citar vía normal: 54 días.
- Citar preferente: 16 días.
- Citar tras las exploraciones solicitadas: 63 días.

La endoscopia fue la exploración más solicitada si sumamos el total de exploraciones solicitadas desde AP y Digestivo.



4. CONCLUSIONES

La consulta de valoración no presencial ha permitido:

- Priorizar la atención en consulta de digestivo a los pacientes en función de la gravedad y disminuir el numero de citar presenciales un 38%
- Mejorar la accesibilidad de aquellos que precisaban valoración presencial preferente o vía normal.
- No existen diferencias significativas en la demora de la cita de los pacientes citados vía normal o tras la exploración solicitada desde la valoración no presencial por lo que parece más eficiente, cuando esto es posible, solicitar previamente la exploración necesaria.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Alcalá F, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. Aten Primaria. 2005;36(3):137-43.
2. Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. Postgrad Med J. 1 de septiembre de 2008;84(995):454-6.
3. Quintas Lorenzo F, Dacal Rivas A, González MF, Cubiella Fernández J, López Sánchez L, García García MI, et al. Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas. Gac Sanit. noviembre de 2011;25(6):468-73.