



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA, DERMATOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN BASADA EN  
CONSULTAS COMPARTIDAS DE LA ESPECIALIDAD  
DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA EN  
ATENCIÓN PRIMARIA**

**Presentada por Laura Mata Román**

**Dirigida por:**

**Prof. D. Agustín Caro-Patón Gómez**

**Prof. Dña. Ana Almaraz Gómez**

**Valladolid, 2012**



Llegar al final de una tesis doctoral, supone haber recorrido un largo camino de esfuerzo y dedicación en el apasionante y no siempre fácil mundo de la investigación. Un camino, que en ningún caso puede recorrerse de manera solitaria, ya que se trata de un proyecto suficientemente ambicioso como para prescindir del bagaje, la experiencia y la sabiduría de quien ya lo ha recorrido y lleva muchos años de intensa dedicación profesional a la materia.

Quisiera agradecer en primer lugar la insustituible ayuda de mis directores de tesis. Al Dr. Agustín Caro-Patón, que confió en mí para llevar a cabo este proyecto. Por su gran capacidad de trabajo y por transmitirme la importancia del rigor en la labor científica. Sin su ayuda no hubiese sido posible la finalización de este proyecto. De igual modo, quisiera agradecer a la Profesora Dña. Ana Almaraz, su infatigable labor en esta tesis, la paciencia y alegría que ha mostrado en todo momento.

Al profesor Agustín Mayo, su gran apoyo en el trabajo estadístico.

A la Dra. Elisa Ibañes y la Dra. Lourdes del Olmo, por su inestimable colaboración.

A la Dra. Soledad Sañudo, por la información sobre actividad asistencial que nos ha proporcionado.

A la Gerencia de Atención Primaria del Área Oeste y a todos los colegas de los Centros de Salud de Atención Primaria que han participado en este trabajo, por su sincero interés, amabilidad y disponibilidad, aportando tiempo del que muchas veces carecían, para colaborar con nosotros.

No puedo olvidar el constante apoyo recibido de mi familia y amigos. Han estado ahí en todos los momentos, los buenos y los no tan buenos, que

nunca faltan en un proyecto de tal envergadura. Gracias a los ánimos que me han dado, a la paciencia y comprensión que han tenido conmigo en las situaciones más críticas, hoy puedo estar aquí defendiendo esta tesis.

Muy especialmente a Pili, que no ha dudado en ayudarme de modo muy generoso en tantas ocasiones.

***ÍNDICE***



---

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1. RELACIÓN ENTRE MÉDICO GENERAL Y MÉDICO DE HOSPITAL.....	3
2. EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	4
3. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA ..	7
4. DERIVACIONES A ATENCIÓN ESPECIALIZADA .....	11
5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE DERIVACIÓN .....	13
6. PERTINENCIA DE LAS DERIVACIONES.....	19
7. RESULTADOS DE LAS DERIVACIONES EN TÉRMINOS DE SALUD.....	22
8. ALGUNOS ASPECTOS REFERENTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN DIVERSOS PAÍSES .....	23
9. SISTEMAS O MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA .....	37
9.1 Volantes o documentos de derivación estándar y de contestación de los consultores.....	37
9.2 Historia clínica aportada por el paciente e informe de alta hospitalaria .....	40
9.3 Iniciativas de formación continuada y uso de guías .....	42
9.4 Consultas y clínicas de especialidades dependientes de Atención Primaria ("outreach clinics") .....	45
9.5 Especialización de los médicos generales .....	47
9.6 Derivación a consultas privadas de especialistas .....	47
9.7 Reserva en los centros de Atención Primaria de "huecos de asignación" para las diversas especialidades ("slot system") .....	48
9.8 Derivaciones previo consenso entre varios médicos generales de un Centro de Salud ("in house").....	49
9.9 Consultas compartidas .....	50
9.10 Teleconsultas compartidas .....	53
10. INTERVENCIONES DE LOS CONSULTORES EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	61
10.1 Intervenciones educativas.....	62
10.2 Intervenciones organizativas.....	65
10.3 Intervenciones financieras .....	66
11. RELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA CON ATENCIÓN PRIMARIA .....	67
11.1 Análisis preferente de la actuación del médico de Atención Primaria.....	67

---

11.2 Comparación entre la actitud de los médicos generales y la de los gastroenterólogos.....	70
11.3 Estudios de intervenciones del consultor gastroenterólogo en Atención Primaria .....	73
<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS .....</b>	<b>77</b>
<b>PACIENTES Y MÉTODOS.....</b>	<b>81</b>
1. ESTUDIO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LAS CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO DIGESTIVO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA .....	83
1.1 Periodos del estudio .....	84
1.2 Población .....	84
1.3 Características de la intervención .....	86
1.4 Parámetros valorados.....	87
2. INTERVENCIÓN DEL CONSULTOR DE APARATO DIGESTIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: CONSULTAS COMPARTIDAS Y SESIONES CLÍNICAS.....	90
3. ESTUDIO ESTADÍSTICO.....	91
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>93</b>
1. ESTUDIO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LAS CONSULTAS EXTERNAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.....	95
1.1 Número y porcentaje de derivaciones a consultas externas de Aparato Digestivo .....	95
1.2 Edad.....	99
1.3 Sexo.....	100
1.4 Demoras medias .....	101
1.5 Motivos de consulta.....	104
1.6 Pertinencia de las derivaciones.....	114
1.7 Consultas sucesivas generadas por el especialista .....	117
1.8 Primeras consultas externas a otras especialidades .....	119
1.9 Asistencia al servicio de urgencias del Hospital.....	120
1.10 Hospitalizaciones.....	124
1.11 Pruebas solicitadas por el especialista.....	125

---

2. INTERVENCIÓN DEL CONSULTOR DE APARATO DIGESTIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: CONSULTAS COMPARTIDAS Y SESIONES CLÍNICAS.....	130
<b>DISCUSIÓN</b> .....	137
1. Modificaciones cuantitativas de las derivaciones .....	143
2. Modificaciones cualitativas de las derivaciones .....	146
3. Edad y sexo .....	152
4. Demora media .....	153
5. Motivos de la derivación.....	153
6. Consultas sucesivas generadas por el especialista de Aparato Digestivo.....	154
7. Hospitalizaciones y asistencia al Servicio de Urgencias .....	155
8. Análisis de la actividad desarrollada en las consultas compartidas.....	155
9. Consideraciones y propuestas derivadas del estudio .....	159
<b>CONCLUSIONES</b> .....	163
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	167
<b>ANEXOS</b> .....	191
ANEXO I.    Enfermedad por reflujo gastroesofágico .....	193
ANEXO II.   Dispepsia, ulcus y otras enfermedades pépticas.....	195
ANEXO III.  Diarrea.....	200
ANEXO IV.  Estreñimiento .....	205
ANEXO V.   Cáncer colorrectal .....	207
ANEXO VI.  Solicitud de endoscopia digestiva .....	209
ANEXO VII.  Hepatitis virales .....	212
ANEXO VIII. Hipertransaminasemia crónica .....	215
ANEXO IX.  Colestasis .....	217
ANEXO X.   Cirrosis hepática compensada .....	220
ANEXO XI.  Cirrosis hepática descompensada .....	222



***INTRODUCCIÓN***



## **1. RELACIÓN ENTRE MÉDICO GENERAL Y MÉDICO DE HOSPITAL**

La relación entre Atención Primaria y Atención Especializada se ha ido incrementando en los últimos años, pues cada vez se tiene mayor certeza del carácter complementario de sus funciones. Antes de los años 50, esta relación se consideraba como de superior a inferior, sin embargo, en la actualidad se tiende a situar a ambas especialidades a un mismo nivel (1).

El médico de Atención Primaria tiene un conocimiento general de la mayor parte del contenido de la práctica médica, mientras que el médico de hospital tiene un conocimiento más profundo de una parte concreta de la medicina. De ahí el carácter complementario de ambas funciones y la necesidad de promover encuentros entre ellos lo más frecuentemente posible.

No obstante, persisten actitudes negativas o prejuicios derivados de una falta de conocimiento de las funciones realizadas por los médicos de ambos niveles (2).

Estos aspectos se reflejan en el estudio realizado en Inglaterra por Marshall (3), en el que se evalúa objetivamente el trabajo de una muestra de médicos generales y de consultores de hospitales, a partir de un cuestionario cumplimentado por ambos, y del que se deduce la necesidad y deseo de respeto mutuo, comprensión y trabajo conjunto. Se acepta que el médico general está capacitado para influir en las decisiones del especialista, y no únicamente para ejercer la simple función de filtro para el acceso a la atención especializada.

El mismo autor matiza en otro estudio (4) algunos aspectos de esta deseable interacción. Así, señala por ejemplo cómo el médico general, más que

conferencias o sesiones formales, prefiere una puesta al día aprovechando las derivaciones de sus pacientes al especialista, y a través de sesiones interactivas y consultas más o menos informales pero bien planteadas con los consultores, incluyendo consultas telefónicas o por correo electrónico (5).

Por otra parte, el médico especialista espera una mejora de la calidad de las derivaciones, con el compromiso de dar una respuesta clara y lo más rápida posible al médico general.

Aunque pueden presentarse obstáculos para la realización de esta tarea interactiva (escasa confianza entre ambos, sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, etc.) (6), un estudio realizado en California (7) permite deducir la percepción general favorable de los médicos de Atención Primaria en relación a las intervenciones realizadas por los consultores especialistas.

## **2. EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Un aspecto fundamental para caracterizar un sistema de salud es definir la posición de los médicos de Atención Primaria.

En países como Dinamarca, Holanda y Reino Unido, éstos tienen una posición central en el sistema sanitario, actuando como primer filtro o puerta de entrada ("gatekeeper") de dicho sistema. En este sentido, el médico general es normalmente el primer profesional que se enfrenta a los problemas del paciente y el que decide qué clase de servicios va a requerir, proporcionando una atención integral y coordinada, así como preventiva, que no suele ser tarea habitual del médico de Atención Especializada. Ello puede influir en contener los costes sanitarios, aunque esto no siempre es así, pues con cierta frecuencia la

actuación del médico general se asocia a una mayor utilización de especialidades y subespecialidades.

El médico general se encarga además de la prescripción de muchos medicamentos y del seguimiento de los pacientes, así como del acceso a los especialistas de segundo nivel cuando realmente se necesita. Así actúan como guías de los pacientes a través del sistema sanitario para asegurar que reciban la atención pertinente.

Por lo tanto, el médico de Atención Primaria debe poseer una serie de habilidades básicas que son fundamentales para la relación con los pacientes y que a menudo no son habituales entre los especialistas. Muchos expertos señalan que la Atención Primaria es esencial por su postura cercana al paciente, amplia perspectiva, flexibilidad, adaptabilidad y sobre todo continuidad.

El control de la derivación a especialistas, al hospital o a otros servicios de mayor coste, va dirigida también hacia la racionalización de los recursos y consiguiente ahorro en costes de salud. No obstante, esta función de primer filtro puede también ser considerada, desde un punto de vista negativo, como un mecanismo que restringe el acceso a otros tipos de atención más especializada, lo que puede ir en detrimento de los cuidados requeridos por el paciente.

Así, en un estudio publicado en EEUU (8) se plantea la posibilidad de prescindir de esta función de puerta de entrada, entre otros motivos porque a veces los pacientes atribuyen la no derivación a un intento de reducción de costes, según encuestas realizadas. Pero la eliminación de esta función apenas modificó la asistencia de los pacientes tanto a los especialistas como a los

médicos generales, y además se detectó poca influencia en las demoras de las consultas.

En una revisión reciente que incluye 26 estudios en 32 publicaciones, más de la mitad procedentes de EEUU, la mayoría de los sistemas que utilizaban esta función de médico general como filtro parecían asociarse con una menor utilización de los servicios de salud y menores gastos, si bien, con una gran variabilidad entre los distintos estudios y sin que la mayoría de ellos tuviera en cuenta los resultados de salud de los pacientes, haciendo resaltar la limitada calidad de los mismos (9).

Sin embargo, a pesar de las críticas de este sistema, la función de filtro continúa siendo una de las herramientas más importantes en los sistemas de salud (10). Además, existe una tendencia a reforzar el papel de los médicos generales dentro del sistema sanitario. De hecho, los ambulatorios se están dotando progresivamente de nuevas tecnologías, para así cubrir más ampliamente las necesidades de los pacientes a niveles asistenciales primarios.

En algún caso, el personal de enfermería de Atención Primaria puede actuar como filtro. En este sentido, se ha publicado en Holanda un estudio en el que la enfermera llevaba a cabo el control de la diabetes tipo 2, lo que dio como resultado una disminución de las derivaciones a los servicios de Medicina Interna, sin que incrementaran las consultas de estos pacientes a los médicos generales, así como tampoco las derivaciones a cardiología o a oftalmología para control de las complicaciones de la diabetes relacionadas con estas especialidades (11).

### **3. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

La separación entre Atención Primaria y Especializada es un hecho que plantea numerosos problemas en cuanto a la integración y coordinación entre ambos niveles para mejorar la atención sanitaria, y es un problema que viene tratándose desde hace muchos años y en muchos países europeos.

Debido a cambios en la demanda y necesidades de la población, la búsqueda de soluciones cada vez parece más urgente.

El envejecimiento de la población ha llevado a un incremento en la morbilidad, especialmente en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas. En este sentido, los pacientes que están siendo tratados por más de un médico son particularmente vulnerables a las consecuencias adversas de una inadecuada coordinación y comunicación (12).

Es importante tener en cuenta que hemos asistido a un cambio fundamental del Sistema de Salud en general hacia una situación en la que el paciente ocupa una posición central, lo que implica que la atención debe ser adaptada a sus necesidades. La evaluación por el paciente de la calidad de la atención recibida, objetivo fundamental de todo sistema de salud, depende en gran parte de la coordinación de dicha atención por los diferentes niveles de la organización sanitaria. Esto requiere la implantación de una serie de actividades específicas de coordinación.

En un estudio publicado en Reino Unido (13), los pacientes y los profesionales identificaron cinco cuestiones específicas en relación con la interfase entre atención primaria y secundaria, a saber: a) acceso a una

atención adecuada (*"getting in"*), b) orientación de la atención a su demanda (*"fitting in"*), c) obtención de información (*"knowing what's going on"*), d) continuidad de los profesionales y coordinación y comunicación entre ellos (*"continuity"*) y e) progreso a través del sistema (*"limb"*), punto este último que es fundamental para que el paciente perciba una adecuada atención.

Los datos publicados sobre la coordinación entre Atención Primaria y Especializada son fragmentados y de calidad variable (14). A pesar de ser un terreno con muchas incertidumbres, existe acuerdo respecto a la conveniencia y necesidad de la coordinación, por lo que se han realizado algunos estudios metodológicamente más o menos adecuados para evaluar las intervenciones que pueden mejorarla. Sin embargo, no existe claro consenso sobre cómo llevar a cabo dichas intervenciones. En este sentido, como señala el mismo autor, hay que tener en cuenta varios puntos:

A) La redefinición del papel de la Atención Primaria es el reto más importante para responder a las demandas dentro del sistema de salud. En nuestro país, como en la mayoría, una de las amenazas más importantes en Atención Primaria es la sobrecarga asistencial, que puede conllevar un deterioro de la calidad y de las condiciones de trabajo. Todo intento de coordinación debe tener en cuenta este contexto para que sea eficaz (14).

Ha habido pocos cambios en el último medio siglo en la Atención Primaria, mientras que el resto de especialidades se han desarrollado más debido a los avances tecnológicos. Sin embargo, se ha pasado de la figura tradicional paternal del médico de Atención Primaria a un nuevo modelo de profesional mejor capacitado, con un papel importante como primer contacto

con los pacientes e intermediario entre éstos y la Atención Especializada.

En cuanto a las mencionadas amenazas o retos planteados a la Atención Primaria, además de la sobrecarga asistencial, cabe destacar las siguientes (15):

- A veces existen circunstancias que pueden inducir a la subespecialización dentro de Atención Primaria (dificultades de acceso a segundo nivel, etc.), que pueden alterar el concepto que los pacientes y/o médicos tienen sobre el papel fundamental de la misma.
- Puede haber problemas relacionados con los cambios en la preferencia de los recién licenciados en Medicina por la elección de la especialidad de Atención Primaria u otras. Por ejemplo en EEUU en el año 2002, sólo se ocuparon el 79% de las plazas para residentes de la especialidad de Atención Primaria, mientras que la ocupación fue cercana al 100% para otras especialidades.
- Existe un mayor acceso de la población a la información en temas sanitarios, con mayor implicación en el control sobre su salud, lo que en principio parece positivo, pero que en ocasiones puede interferir en la toma de decisión de los facultativos.
- El creciente aumento en la población de las enfermedades crónicas, ha requerido un cambio en su atención, siendo asumida por equipos multidisciplinares con programas específicos, desplazando así al médico general en el cuidado de estas

enfermedades. Hay que señalar que a veces la atención compartida de enfermedades crónicas como por ejemplo la diabetes no ofrece ventajas en cuanto a los resultados de salud, comparado con el proporcionado solamente por el especialista, e incluso los costes pueden ser mayores cuando la práctica se realiza solo en Atención Primaria (16).

B) La coordinación entre niveles asistenciales en definitiva es una relación entre personas. Una buena relación personal parece esencial para facilitar este proceso. Una encuesta reciente (17) realizada a médicos de Atención Primaria y de la especialidad de Aparato Digestivo mostró, por parte de ambos niveles, que la calidad de la asistencia era mayor si existía una relación personal, hecho citado por muchos autores, como por ejemplo en el estudio inglés de Marshall (3).

C) Necesidad de coordinación con muchas especialidades, por lo que el médico especialista no puede imponer a los médicos generales intervenciones no demandadas o consensuadas, ya que no obtendría una respuesta favorable y la coordinación perdería eficacia. Por tanto, las intervenciones deberían ir enfocadas a solucionar problemas de la actividad asistencial común. Los médicos generales llevarían a cabo la coordinación de las intervenciones de las distintas especialidades hospitalarias, en función de su disponibilidad de tiempo y necesidades.

D) Enlazando con lo anterior, se plantea también la conveniencia de una coordinación farmacoterapéutica entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. De hecho, en una revisión de 36 estudios (18) sobre prescripción

de medicamentos, se detectaban problemas de insuficiente información al médico general para el seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria, desacuerdos en la selección de fármacos, posibilidad de aumento del coste por inducción de la prescripción hospitalaria, por lo que se planteaba crear comités farmacoterapéuticos formados por médicos de Atención Primaria y médicos de Atención Hospitalaria.

E) Los avances de la tecnología médica y de la terapéutica, así como el desarrollo de las especialidades y subespecialidades, llevan a una alta demanda de los servicios de salud en general, con mayores expectativas y exigencias de los pacientes, y a unos cuidados más complejos y multidisciplinarios.

#### **4. DERIVACIONES A ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

Uno de los aspectos más relevantes y que por tanto más atención ha recibido por parte de los facultativos de ambos niveles, así como de la administración, es el tema relacionado con las derivaciones de pacientes entre niveles.

En este sentido, las derivaciones desde Atención Primaria a la consulta de especialidades hospitalarias se han ido incrementando progresivamente, debido en gran parte al envejecimiento de la población y consiguiente aumento de enfermedades crónicas. De este modo, el sistema de salud en muchos casos puede verse desbordado de forma tal que no es capaz de cubrir la creciente demanda, por lo que a menudo el paciente no queda satisfecho con el proceso de la derivación (13, 19, 20). Por ejemplo, en Inglaterra, hace años, entre 6-10% de pacientes de Medicina General eran derivados a las consultas de

especialidades hospitalarias. En la medida en que han aumentado las consultas en Atención Primaria así han aumentado en Atención Especializada, de forma que las derivaciones se han incrementado en más de un 40% entre 1987 y 1998 (21), aunque en un estudio realizado en Dinamarca refieren una relación inversa entre la frecuentación a Atención Primaria y la tasa de derivaciones (22).

La deficiente comunicación en el proceso de derivación puede disminuir la calidad de la atención a los pacientes y/o dar lugar a un abuso en los recursos del sistema de salud, como realización de pruebas innecesarias o duplicación de las mismas o de tratamientos, con el consiguiente riesgo de iatrogenia. Pero también se puede incurrir en una disminución inadecuada de las derivaciones, que puede conducir a una infrautilización de recursos diagnósticos y retrasos en la terapéutica.

Existe gran variabilidad en el proceso de derivación entre unos centros y otros y entre diferentes facultativos de Atención Primaria. Se han descrito unas diferencias en las tasas de derivación de hasta veinte veces, lo que supone también unas diferencias desde el punto de vista de los costes de hasta unas diez veces (23).

Se ha señalado que los médicos generales deberían ser estimulados a derivar menos y con mayor pertinencia, ya que un número significativo de pacientes no se benefician de la derivación e incluso como ya se ha mencionado, puede ocasionar iatrogenia (24). No obstante se desconoce la frecuencia ideal de derivación para conseguir una atención lo más óptima posible (25).

## 5. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE DERIVACIÓN

Estudiando en el Reino Unido varias bases de datos bibliográficas, incluyendo los datos de la Cochrane Library entre otros, O'Donnell (23) seleccionó 91 publicaciones con objeto de comparar diferencias en una serie de aspectos en relación con la tasa de derivaciones.

De esta revisión hemos extraído una serie de factores que influyen en la toma de decisión del médico general para proceder a la derivación de un paciente a Atención Especializada (23):

### A) Factores asociados al propio médico de Atención Primaria:

- Personalidad del facultativo y la necesidad de mantener la estima ante los médicos consultores, lo que puede influir en la relación con los pacientes y con los demás colegas.
- Edad del facultativo. En un estudio finlandés se detectó mayor tasa de derivaciones en los médicos generales más jóvenes, probablemente en relación con una menor experiencia (26).
- Interés del facultativo en general, así como por una determinada especialidad en particular, lo que parece condicionar una mayor derivación a ésta (26).
- Confianza en su juicio clínico y grado de tolerancia a la incertidumbre.
- Conocimiento personal de los consultores especialistas.
- Percepción de la posibilidad de acontecimientos potencialmente letales.

- Posesión de conocimientos médicos actualizados (formación continuada).

La divulgación de la evidencia científica y puesta en práctica de las recomendaciones de las conferencias de consenso y guías es un proceso lento (27). Por ejemplo, existe un retraso importante entre la demostración de la eficacia de un nuevo tratamiento y su incorporación en la práctica clínica.

Hay estudios (14) que demuestran que la aplicación de la evidencia científica se demora más en Atención Primaria que en Atención Especializada. Por ello, las intervenciones de formación continuada por parte de los especialistas pueden ser de utilidad para acelerar la difusión de la evidencia científica.

En todo caso, el médico general se encuentra mejor informado gracias a las nuevas tecnologías que han ido surgiendo, que mejoran la formación al ser aplicadas en Atención Primaria, a través de videotextos o discos-laser interactivos, bases de datos en CD-ROM, medicina basada en la evidencia, etc. y más recientemente bibliotecas y base de datos virtuales, que han contribuido a mejorar la calidad asistencial en Atención Primaria (28, 29).

#### B) Factores asociados al paciente:

- Factores personales (edad, sexo, clase social).
- Expectativas y preferencias.

Un estudio holandés (30) valora, mediante cuestionarios, las preferencias del paciente en la transferencia de cuidados a Atención Especializada, la necesidad de elección y la información. Concluyen que la mayoría de los pacientes prefieren elegir previo consejo por parte de su médico general sobre el hospital o especialista al que deben acudir, mientras que la cuarta parte prefieren que sea el médico de Atención Primaria el que decida por ellos mismos.

En cuanto a la información, en este mismo estudio, se señala que los pacientes con enfermedades curables, con edades comprendidas entre los 25 y 65 años y con mayor nivel educativo, normalmente usan la información de internet o de prensa para la toma de decisiones.

- Presión del paciente para ser derivado al especialista de hospital.

C) Factores asociados a las características de la población (renta, paro, nivel educativo, índice de envejecimiento, dependencia, estado civil, etc.):

Un estudio español (31) observó que la tasa de derivación poblacional era mayor en zonas básicas de salud con mayor demanda de servicios sanitarios, niveles más bajos de estatus socioeconómico y mayor movilidad social (inmigración, etc.). Esto sirve para poner de manifiesto que la planificación de la oferta se debe ajustar a las características de la población.

D) Factores asociados al proceso clínico:

- Tipo de proceso y percepción de gravedad.

- Pacientes crónicos con pluripatología y polimedicados, que son los que más frecuentan los servicios sanitarios y por lo tanto precisan controles por uno o más especialistas. Estos pacientes han sido también objeto de estudio, con el fin de evaluar medidas que logren un mayor control de los mismos. Las enfermedades crónicas requieren un cuidado coordinado, por lo que el médico de Atención Primaria debe trabajar con un equipo multidisciplinario.

Un estudio Australiano (32) investiga, mediante entrevistas, el conocimiento y la percepción de los médicos de Atención Primaria sobre equipos multidiciplinarios de trabajo denominados “Consumer Health Organisations” (Organizaciones para los usuarios del sistema de salud), que ofrecen una variedad de servicios a los enfermos crónicos y a sus cuidadores. La conclusión más relevante fue que los médicos generales que se involucran más en este sistema de derivación a estas organizaciones, proporcionan una mejor atención al paciente crónico, con menor sobrecarga para el sistema de salud, comparándola con la del médico que adopta un rol más tradicional.

Este mismo aspecto se valora en un estudio reciente del mismo país (33), explorando los factores que se asocian con la derivación de pacientes con Diabetes Mellitus, cardiopatía isquémica o hipertensión arterial a equipos multidisciplinarios. La

tasa de derivación era superior en pacientes mayores de 45 años, con larga evolución de la enfermedad, múltiples comorbilidades y deterioro de la salud mental o física. A diferencia de otros estudios (31, 34) el estatus socioeconómico no influía en la tasa de derivación.

- Frecuencia y complejidad del proceso.

En un estudio americano (35) se describe una relación inversa entre la tasa de derivación y lo que denominan prevalencia práctica (frecuencia de un proceso), de tal forma que un proceso frecuente es atendido en Atención Primaria y en cambio procesos poco comunes son derivados al consultor especialista.

Estos mismos autores también tienen en cuenta la complejidad ("case mix") del proceso. Es decir, el paciente también se derivará si su proceso, aunque sea frecuente (elevada prevalencia práctica), se acompaña de un número suficiente de comorbilidades o de una comorbilidad grave. Este hecho no se detectó en la revisión de O'Donnell (23), donde el grado de complejidad no influyó claramente en las derivaciones.

#### E) Factores estructurales, relacionados con la organización del centro de Atención Primaria:

En una publicación que analiza las derivaciones de un solo médico general a varios especialistas (en total 168 derivaciones),

el 15% se atribuían a problemas de conocimientos o de habilidades por parte del médico general, pero hasta un 30% podían haberse evitado si la organización sanitaria facilitara el acceso directo al hospital o existiera más disponibilidad de recursos a nivel de la medicina general (36).

Estos factores estructurales incluyen:

- Número de facultativos por centro. Algunos autores (23), no han encontrado relación entre este parámetro y la tasa de derivaciones.
- Número de individuos de la población asignados a un facultativo.

Existen estudios que tampoco demuestran influencia significativa en la tasa de derivación (37). Sin embargo, en un estudio holandés se observa incremento de ésta a medida que aumenta el número de individuos asignados al médico general (38). En cambio, un estudio llevado a cabo en Dinamarca, ya citado previamente, detectó una asociación inversa significativa, es decir, que curiosamente disminuyeron las derivaciones a medida que el número de consultas del médico general aumentaban (22).

También se ha descrito una mayor tasa de derivaciones cuanto mayor número de especialistas estén disponibles (26).

- Localización geográfica. Se ha detectado una menor tasa de derivación en los centros rurales en relación con los urbanos (22).
- Listas de espera.

- Disponibilidad de recursos.

En resumen, quizá los factores más importantes para condicionar la tasa de derivación sean: la relación con los pacientes, la respuesta a la presión que el paciente ejerce sobre el médico general (39), la tolerancia a la incertidumbre del médico general en las tomas de decisión (40) y la percepción por parte de éste de la gravedad de un proceso (23).

Los aspectos más importantes en relación con el patrón de derivación (incluyendo la tasa) son su pertinencia, y quizá más aún, el resultado en términos de salud, es decir, en cuanto a beneficio para el paciente, aspectos que comentamos a continuación.

## **6. PERTINENCIA DE LAS DERIVACIONES**

Uno de los temas más relevantes de la comunicación entre Atención Primaria y segundo nivel se refiere a la adecuación o pertinencia de las derivaciones por parte del médico general al hospital (consultas externas, urgencias, etc.), de lo que se viene tratando desde hace ya varias décadas (23, 36, 41, 42). Esta cualidad es difícil de medir, ya que hay que considerar las expectativas tanto del paciente, como del médico general y del especialista de segundo nivel (43). En este sentido hay que tener en cuenta que existen varias razones por las que un médico general puede derivar al especialista, como Coulter y cols (43) han apuntado, a saber:

- Establecer un diagnóstico
- Realización de una técnica especial
- Orientación sobre el tratamiento

- Orientación acerca del manejo y seguimiento del proceso del paciente
- Segunda opinión, que reafirme la buena práctica del médico general, para tranquilidad del mismo y de paciente y familiares.

¿Qué define la pertinencia? En una reciente publicación por Blundell y cols en Inglaterra (44) referente concretamente a derivaciones a servicios quirúrgicos, se identifican tres atributos relacionados con la pertinencia de las derivaciones:

- Necesidad: considerada como el atributo fundamental, y que consiste en conocer si un paciente se considera adecuado para una derivación.
- Destino o nivel: a qué especialidad o a qué facultativo debe ser derivado un paciente.
- Calidad: es decir, cómo se lleva a cabo una derivación, incluyendo pruebas realizadas antes de la misma, información aportada y participación del paciente en la decisión acerca de su derivación.

Asimismo, O`Donnell (23) destaca varios aspectos que pueden ser útiles para valorar la pertinencia de la derivación, que además de ser necesaria para el paciente, debe ser realizada a tiempo en el curso de su enfermedad, ser efectiva en lograr sus objetivos, así como coste-efectiva.

En este contexto, valorando la opinión de los consultores en relación con la actividad del médico general en cuanto a la calidad de las derivaciones, el 55% de consultores especialistas opinan que el médico general podría haber agotado más posibilidades diagnósticas y terapéuticas antes de derivar al paciente (45). Algunos autores detectan hasta un 34% de derivaciones no pertinentes (36). En cambio en Cambridge se llevó a cabo una revisión por

parte de los consultores especialistas de 521 derivaciones y detectaron que sólo un 9,6% eran inadecuadas o no pertinentes (46) y que la aplicación de guías de derivación no sólo no disminuía, sino que aumentaba a un 15,9% la inadecuación de las derivaciones. Un incremento o un descenso en la tasa de derivaciones no parece influir de forma significativa en la pertinencia de las mismas, ya que aumentarían o disminuirían respectivamente de forma equivalente las derivaciones pertinentes y no pertinentes (23).

Existen muchos intentos de mejorar la comunicación entre ambos niveles, con la intención de optimizar o mejorar la frecuentación y pertinencia de las derivaciones. En este sentido, se ha sugerido la conveniencia de reforzar las competencias a nivel de los equipos de Atención Primaria, lo que obliga a una continuidad en la formación de los médicos generales, que entraña la necesidad de una relación estrecha entre estos y los especialistas de segundo nivel.

Algunos de estos intentos han sido diseñados para mejorar la calidad y comprensión de la información aportada al tiempo de la derivación. Otros han planteado alternativas innovadoras a la forma actual de consulta estándar. Estos aspectos se recogen en una reciente revisión de la Cochrane Library (47), donde se analizaron 17 estudios que evaluaban distintas intervenciones. Las medidas generalmente efectivas fueron las intervenciones educativas por parte de los consultores, la introducción de guías de práctica clínica junto con formularios de derivación estructurados y la introducción de una segunda opinión antes de la derivación. Otras medidas como la difusión pasiva de directrices o la información sobre las tasas de derivación, fueron ineficaces y los

incentivos económicos tampoco resultaron muy eficaces.

La evidencia sugiere que la confianza mutua y el fácil acceso al especialista, tanto para consultas antes de la derivación como para actividades de formación continuada, son las medidas más efectivas para mejorar la coordinación.

Morrison y cols (48) comentan que existen relativamente pocos estudios de intervención para mejorar la adecuación o la pertinencia de las derivaciones, y que se necesitaría investigar métodos que involucren tanto a la Atención Primaria como a la Especializada. En efecto, a pesar de la importancia de este tema, existen pocos datos fiables en la literatura sobre la influencia que la calidad de la comunicación-derivación entre Atención Primaria y Secundaria tiene sobre los resultados del sistema de salud.

Este tema de las intervenciones de los consultores especialistas en Atención Primaria se comentará ampliamente más adelante.

## **7. RESULTADOS DE LAS DERIVACIONES EN TÉRMINOS DE SALUD**

Otro aspecto importante del proceso de derivación es el referente a los resultados de salud de los pacientes, tema muy complicado de analizar así como de relacionar con la pertinencia de las derivaciones (23). Probablemente el mayor problema de la variabilidad en la derivación es su repercusión en cuanto al beneficio que supone para el paciente, y más que el aumento en la tasa de derivación puede ser su disminución lo que más pueda repercutir negativamente en los resultados de salud, aunque este punto no está ni mucho menos claro. Hay un estudio en el que se examina la posibilidad de que los

pacientes que se diagnostican tardíamente de cáncer, concretamente de mama y de colon, podría ser debido a una baja tasa de derivación, pero finalmente no se consiguió demostrar ninguna asociación en este sentido (49).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los trabajos que analizan la pertinencia y resultados de las derivaciones se basan en la opinión del especialista, muchas veces en desacuerdo con el médico general y el paciente (23). Además, como ya se apuntó, no se conoce la tasa adecuada de derivaciones en relación con el resultado óptimo de salud.

En el artículo de O'Donnell (23), se plantea el interrogante de si se puede modificar el comportamiento del médico general en cuanto a las derivaciones.

Quizá la respuesta estaría en la mejora en la comunicación entre ambos niveles. Las tasas de derivación deben ser utilizadas como catalizador para mejorar el diálogo y trabajo conjunto entre los médicos de Atención Primaria y Secundaria. Puede que ello no reduzca el número de derivaciones per se, pero en cambio puede proporcionar una mejor utilización de la Atención Especializada y una mejora significativa en los resultados obtenidos por los pacientes en términos de salud.

## **8. ALGUNOS ASPECTOS REFERENTES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN DIVERSOS PAISES**

Pasamos a comentar algunos aspectos relativos a los problemas relacionados con la organización, coordinación y comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada en algunos países, fundamentalmente europeos.

**A)** En **Holanda** (12), existen los típicos problemas de comunicación, que repercuten en que el paciente reciba diferente clase de información, tiempos de espera excesivamente largos, con deficiente continuidad en la atención, así como ausencia de flujo uniforme de los pacientes a través del sistema sanitario. Asimismo se menciona el uso poco eficiente de los recursos (por ejemplo, repetición de pruebas diagnósticas o incluso duplicación de tratamientos). En gran parte, todos estos problemas se atribuyen a la sobrecarga asistencial de los médicos generales, que deben además realizar múltiples funciones (actividades preventivas, atención a pacientes con enfermedades crónicas o a pacientes con procesos agudos, así como a veces urgencias). Se ha observado que los médicos de Atención Primaria con mayor carga asistencial, tenían consultas más cortas, llevaban a cabo menos técnicas intervencionistas, realizaban más prescripciones farmacológicas y tenían tasas más elevadas de derivación que aquellos con menor carga de trabajo. Más aun, las actividades de coordinación, administrativas y de formación que también tienen que llevar a cabo, requieren tiempo del que no siempre se dispone dada la elevada presión asistencial. Por consiguiente, la carga asistencial es considerada como una amenaza para la posición del médico general como filtro o coordinador de la puerta de entrada en el sistema de salud holandés.

La práctica general estuvo dominada por consultas individuales, pero recientemente prevalece el porcentaje de médicos generales que trabajan en grupos o en Centros de Salud. No obstante, los médicos generales, en su función de "puerta de entrada" o primer filtro de la atención sanitaria, tenían una influencia limitada sobre la atención que sus pacientes recibían a nivel de

hospital. Por ello, desde mediados de los 90, se ha considerado la necesidad de crear nuevas formas organizativas de atención integrada que favorecieran la cooperación y comunicación entre Atención Primaria y Secundaria, lo que depende en una gran medida de las relaciones interpersonales. Se propusieron algunos cambios generales en la organización y financiación de ambos niveles, con el objetivo de favorecer iniciativas para la atención integrada. El principal problema para resolver este asunto, es la separación, fundamentalmente de tipo organizativo, entre Atención Primaria y Secundaria. Se intentó obviar este problema mediante la creación de nuevas formas de atención, que los holandeses han denominado "atención transmural", que rompe o modifica los lazos tradicionales entre los dos niveles.

La definición más frecuentemente usada de "atención transmural" es el cuidado y la atención adaptada a las necesidades del paciente, proporcionado sobre la base de una estrecha colaboración (cooperación y coordinación) entre los dos niveles, con una responsabilidad conjunta y especificando las responsabilidades delegadas. Ello implica una colaboración con una base estructural formal (50), que puede organizarse mediante reuniones de profesionales de la salud para tratar temas relacionados con los pacientes, así como las condiciones previas necesarias para implantar el proceso de atención transmural, dando lugar a acuerdos que pueden plasmarse en protocolos o en guías.

Existen actualmente numerosas formas de "atención transmural". Van der Linden (51) hizo un inventario de ello, y reunió un total de más de 500 proyectos, catalogados en 7 grupos:

1. Atención especializada de enfermería para pacientes crónicos afectados de asma, diabetes y enfermedades reumáticas.
2. Desarrollo de guías a nivel nacional, así como a nivel regional, para diagnósticos específicos tales como asma y baja fertilidad. En algunas áreas las guías locales son desarrolladas para mejorar la organización de la atención y la comunicación entre niveles (por ejemplo, protocolos de alta, información al paciente, guías formativas, consensos sobre tratamientos, etc.).
3. Tecnología sobre la atención a domicilio por el especialista (hospital a domicilio).
4. Planes al alta mediante la introducción de enfermeras especializadas en la transferencia del paciente desde el hospital a la Atención Primaria.
5. Mejora en el acceso de los médicos generales al hospital y a las consultas de los especialistas (por ejemplo retroinformación o “feedback” en la interpretación de resultados de test diagnósticos, prescripción de medicamentos y derivación de pacientes).
6. Salas de rehabilitación para pacientes que requieren una atención temporal después de la hospitalización (por ejemplo pacientes con ictus estabilizado, o pacientes intervenidos de problemas de cadera, etc.).
7. Iniciativas para hacer más fluida la prescripción y entrega de medicamentos.

Como ejemplo de estas directrices, podemos citar redes de cuidados paliativos, en los que el médico general juega un papel coordinador central, incluso con el desarrollo de grupos de trabajo en equipo dentro del propio hospital. Otra innovación relacionada con esta atención transmural que ha tenido éxito es el

establecimiento de unidades de ictus, en los que participan los médicos generales, organizaciones de atención a domicilio, personal del hospital y enfermeras a domicilio (52).

En todo caso, no está claro el impacto de estas nuevas iniciativas de "atención transmural" sobre la función de "puerta de entrada" de los médicos generales holandeses, fundamentalmente por problemas relacionados con el sistema de financiación, que no está ajustado a la atención integral, así como la correspondiente escasez de personal tanto en Atención Primaria como en Secundaria.

**B)** En el **Reino Unido**, el principal problema está relacionado también con la coordinación a nivel de la interfase Atención Primaria-Atención Especializada, fundamentalmente también por la mala comunicación, incluso cierta rivalidad, entre los médicos del hospital y los médicos generales (12) . En efecto, se han llevado a cabo varias iniciativas de coordinación entre los dos niveles, aunque existen importantes barreras incluyendo ciertas actitudes poco comunicativas de algunos consultores y la cultura individualista de algunos médicos generales.

Además hay un problema de fragmentación entre atención primaria, servicios de la comunidad y atención social (Glendenning, 1998) (12), que se ha intentado corregir. Inicialmente los médicos generales disponían de un presupuesto ("fundholders"), con el que contrataban servicios de especialistas. Posteriormente se fueron asociando, con la aparición de los llamados grupos de Atención Primaria ("Primary Care Groups") a partir de 1999, integrados por médicos generales, enfermeras, farmacéuticos, gestores, trabajadores sociales

y autoridades del ámbito sanitario y social, organizados en redes sanitarias. Más tarde, a medida que ganaban en capacidad de gestión de sus propios presupuestos y servicios, se fueron convirtiendo en fundaciones de Atención Primaria ("Primary Care Trust") autónomas (53, 54). Con este sistema, el médico general dispone de capacidad de organización de actividades contando con los hospitales, como por ejemplo la creación de clínicas de especialidades próximas a los centros de Atención Primaria ("outreach clinics") o la contratación de servicios tales como fisioterapia, etc.

Sin embargo, hay evidencia de que la mayoría de los médicos generales perciben una sobrecarga añadida de trabajo, debida a la implicación en los grupos de Atención Primaria y en las citadas fundaciones, lo que además no se ha traducido en una mejoría tangible de los servicios en términos de calidad, y de hecho, la participación efectiva del médico general en estas fundaciones o "trusts" resultó problemática.

Más recientemente, desde Abril de 2005, distintas unidades o grupos de Atención Primaria pueden estar dotadas de un presupuesto desde las fundaciones de Atención Primaria, que pueden utilizarse para mejorar la prestación de los servicios, sin estar dichos grupos tan enmarcados dentro de un sistema de mercado como sucedía en los años 90, en parte liberando a los médicos generales de actividades financieras.

Todas estas propuestas organizativas han ido encaminadas a reforzar el papel del médico general como "puerta de entrada" en el sistema sanitario, si bien algunas iniciativas o situaciones recientes parecen desafiar este concepto, como por ejemplo: a) El trabajo de los médicos fuera de horario, que permite al

paciente tener acceso directo al sistema de salud y a diferentes profesionales de la salud, b) la dedicación a tiempo parcial del médico general, que puede afectar a la continuidad de la atención de los pacientes, c) la visión de temporalidad percibida por el médico general de zonas geográficas menos favorecidas, lo que da poca oportunidad al desarrollo de una estrecha relación entre médico y paciente y d) la emergencia de especialización en los médicos generales e incluso en las enfermeras, que convierte parcialmente a éstos en sustitutos de los servicios hospitalarios (que contrasta con las "outreach clinics", que están provistas de especialistas hospitalarios), lo que lleva a una pérdida de identidad del médico general. Todo ello lleva a la dispersión de los médicos de Atención Primaria y a una despersonalización de la relación paciente-médico general.

**C) Francia** es un ejemplo en el que el médico de Atención Primaria no tenía un papel central. Los pacientes han dispuesto tradicionalmente de libre elección de médico. Para la atención ambulatoria, podían visitar un médico general o especialista sin necesidad de derivación o limitación, bien en consulta privada o en consulta externa de hospital. Si un médico prescribía pruebas para ser realizadas por otro profesional, el paciente podía elegir el laboratorio, enfermera o médico. Aunque no había registro obligatorio con un determinado médico general, los pacientes preferían un facultativo, sin que mediaran intereses económicos. Sin embargo, había variaciones en los patrones de consulta según el estatus social, tendiendo las clases más altas a consultar al especialista, mientras que los trabajadores manuales preferían consultar con el médico general.

Esta falta de organización en el sistema francés ocasionó problemas de coordinación, en particular en lo que atañe a la continuidad de la atención, lo que supuso una fuente de insatisfacción, debido a que los pacientes tenían que organizar su propia trayectoria a través del Sistema de Salud, y que ningún profesional tenía la responsabilidad del proceso de atención sanitaria. Esto llevó al médico general a perder su protagonismo, debido al acceso directo de los pacientes a profesiones altamente especializadas.

Esta falta de coordinación ocasionaba un impacto negativo en la calidad de la atención. Por ejemplo, las enfermedades crónicas que conllevan la necesidad de contactar con diferentes profesionales, frecuentemente no son tratadas de forma adecuada. Una coordinación defectuosa supone también un problema en la interfase entra atención hospitalaria y atención ambulatoria, así como en la interfase entre atención sanitaria y atención social. Esto ha llevado al gobierno francés a adoptar de forma obligatoria, la posición del médico general como filtro o "puerta de entrada" desde 2005, y queda por ver si este nuevo sistema resolverá adecuadamente las mencionadas deficiencias (12).

**D)** En los países de la **Europa Central y del Este** (12), tampoco el médico general tenía un papel central. Por el contrario, la tendencia era que la práctica médica común se trasladara a dispensarios, concebidos como clínicas especializadas para problemas específicos de salud.

A finales de los años 80, antes de la democratización, existían dos tipos básicos de Atención Primaria:

a) Uno de ellos estaba localizado en un centro de Atención Primaria de salud, que también se conocía con el término de "casa de salud", que podría

corresponder a los mismos grupos o centros de los países occidentales de Europa. Estos centros principalmente consistían en grupos formados por médicos generales y otros especialistas (pediatras, ginecólogos, internistas, oftalmólogos, dermatólogos, etc.). Por ejemplo, en la primitiva Unión Soviética la estructura básica de estos centros de salud estaba formada por los llamados triplete (internista, pediatra y ginecólogo).

b) Otro sistema ligeramente diferente se creó en los países de la ex-Yugoslavia, donde los médicos generales era reconocidos como los profesionales básicos de Atención Primaria, aunque trabajando también la mayoría de ellos en los centros de Atención Primaria junto con otros especialistas, si bien eran aquellos los que realizaban la función de "puerta de entrada", asumiendo el control de una lista personal de enfermos, custodiando los expedientes de éstos, además de otras responsabilidades administrativas.

Estas estructuras no se prestaban a que el paciente percibiera una atención personalizada. En los años 90, la transición de los países de la Europa central y del este, se caracterizó por la existencia de dos tendencias paralelas y en general simultáneas: a) reconocimiento de los facultativos de los centros de Atención Primaria, sobre todo al médico general, como elemento central de este servicio básico de salud y b) privatización de la atención sanitaria.

Ambas tendencias condujeron a la desintegración de la estructura preexistente de la Atención Primaria de salud y puso al médico general en una nueva situación, como representante de la Atención Primaria en general, desde la perspectiva profesional médica, y al mismo tiempo se convirtió en un empresario privado. Ello reforzó su papel coordinador, pero al mismo tiempo

debía desarrollar nuevas tareas, tanto financieras como organizativas. Todo ello supone la necesidad de una amplia colaboración y de un amplio equipo de trabajo. Por ello, muchas veces el papel de la coordinación tiene que llevarse a cabo por un gestor o una autoridad sanitaria local que no siempre está representada por un profesional médico. Este sistema podría dar lugar a una situación paradójica en la que los facultativos de Atención Primaria, aun trabajando juntos, presentarían dificultades para la colaboración y coordinación, al estar integrados dentro de un amplio grupo de personal. Ello condicionaría que los pacientes y la población en general, valoren más a los consultores de los hospitales que a los médicos de Atención Primaria.

**E) En Estados Unidos,** la organización de la sanidad está muy mediatizada por el ámbito económico, de tal forma que se tienen muy en cuenta los costes a la hora de establecer las diferentes posibilidades de atención sanitaria. Es el único de los países desarrollados donde el sistema sanitario no cubre a toda la población, es decir, no se trata de un sistema sanitario nacional público, que se define como aquel que cubre a toda la población y que se financia en más del 50% con fondos públicos (55).

En principio se ha venido rechazando el papel del médico general como primer filtro del sistema sanitario, como función fundamental o exclusiva, ya que numerosos pacientes pueden entrar en el sistema sanitario a través de los servicios de Urgencias o por contacto de forma directa con otros profesionales de la salud, como los especialistas u otro tipo de personal sanitario (enfermera, etc.). No obstante, se tiende a considerar al médico general como el primer contacto del paciente con el sistema sanitario en muchas circunstancias,

aunque su cometido es mucho más extenso. Abarcaría otras funciones, incluyendo el ámbito de la familia y de la comunidad.

Dentro de este concepto, el médico general debe ser accesible, es decir, debe existir facilidad para que el paciente pueda iniciar la interacción por cualquier problema de salud, eliminando barreras tanto geográficas, como administrativas, financieras, culturales e idiomáticas. Debe además poseer el conocimiento y las habilidades para tratar la mayoría de afecciones físicas, mentales, emocionales y sociales de un paciente y debe también poseer el suficiente juicio para solicitar la participación de otros profesionales para el diagnóstico y/o tratamiento (56). En ese sentido parece que el papel del médico de Atención Primaria en EEUU se va asimilando a la función de "puerta de entrada" o primer filtro ("gatekeeper"), entre otros motivos porque existe evidencia de un coste más elevado cuando la atención se realiza directamente por los especialistas hospitalarios, quizá por existir mayor nivel de intervención diagnóstica (16). Además se ha venido observando un progresivo interés de los estudiantes de medicina por acceder a la especialidad de Atención Primaria en la década de los 90 (57), aunque posteriormente dicho interés parece haber descendido (15).

Se ha propuesto más recientemente el concepto de integración total del sistema de salud entre Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Social (lo que se ha denominado "superpráctica"), con creación de grupos o redes multidisciplinarias (incluyendo a los médicos generales), y que se tiende a trasladar al modelo inglés (58).

F) El sistema de sanidad pública en **España** se ha basado en la dualidad Atención Primaria y Atención Especializada, que muy frecuentemente se encuentran también distanciadas en cuanto a comunicación y coordinación, existiendo una interfase o separación entre ellas, a menudo vacía de contenido y definición.

En España, la organización de la Atención Primaria ha procurado orientarse según el modelo que recomendó la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Alma-Ata en 1978. A partir de entonces el gobierno español impulsó esta nueva concepción de la Atención Primaria que se coloca como el núcleo principal del sistema sanitario. Posteriormente, en Abril de 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad, la organización asistencial integra todas las estructuras y servicios públicos sanitarios dentro del sistema nacional de salud (Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE del 28 de Abril 102:15207-25), estableciéndose los dos niveles asistenciales interrelacionados y vinculados entre sí: Atención Primaria y Atención Especializada. Desde entonces, la Atención Primaria constituye la puerta de entrada al sistema ("gatekeeper"). En este nivel se resolvería la mayoría de los problemas de salud, se aconseja y orienta al paciente a la vez que se coordina la Atención Especializada que se precise, que comprende las consultas externas hospitalarias, la atención en los servicios de urgencia hospitalarios y consiguiente hospitalización si procede.

Coincidiendo con esta reforma, en España, como en otros países, tuvo lugar un cambio en la financiación del sistema sanitario, que pasó de ser del tipo Bismarck (procedente de los impuestos asociados al trabajo, es decir,

seguridad social) al tipo Beveridge (procedente de impuestos generales). Si bien en la mayoría de los países el pago del médico de Atención Primaria es por capitación (por número de pacientes asignados), en España, así como en Cuba, los facultativos de Atención Primaria se consideran funcionarios asalariados, aunque en nuestro país existe un 10% de pago por capitación, que incluye número de pacientes asignados, y también puede complementarse por cuestiones relacionadas con dispersión geográfica, etc. (55).

Para el mejor funcionamiento de los centros de salud, así como para la coordinación entre ambos niveles, fue ventajosa la dedicación a tiempo completo del médico de familia, así como el establecimiento de la historia clínica en los centros de salud, dotados además de capacidad docente para la formación de residentes. En este ámbito, la atención especializada tiene la misión de transmitir los conocimientos y de intervenir en los aspectos relacionados con los procesos específicos cuya complejidad sobrepase la capacidad del nivel primario. En este sentido, es imprescindible la coordinación y la comunicación con Atención Primaria, para así ofrecer una mejor atención a la población.

Este sistema de salud español, que en teoría no ofrece demasiadas dudas, presenta en la práctica importantes diferencias percibidas por los profesionales de ambos niveles, que en gran parte están condicionadas por la existencia de dos unidades de gestión distintas con diferentes responsables administrativos, con presupuestos propios de cada nivel y con objetivos diferentes. Por otra parte puede también considerarse la falta de estímulo de los médicos y la creciente demanda que multiplica la presión asistencial,

creando un entorno que puede favorecer la desconexión y la falta de comunicación entre ambos niveles asistenciales. Por ello se han intentado implantar sistemas que traten de aliviar estos problemas de comunicación, como por ejemplo utilizar los sistemas informáticos aprovechándolos para establecer citas en tiempo real en las diferentes especialidades desde Atención Primaria, tratando de aumentar la fluidez en las relaciones entre los dos niveles, disminuyendo la burocracia y tratando de acortar las demoras (59).

Un tipo de comunicación que ha sido analizado en España (Comunidad Valenciana) consiste en la derivación directa entre Atención Primaria y Especializada en patología quirúrgica no urgente, realizando el estudio preoperatorio en Atención Primaria con cita telefónica para los servicios de Cirugía, existiendo una coincidencia diagnóstica entre Atención Primaria y Cirugía en el 90% de los casos. Ello indica pertinencia de estas derivaciones, con disminución de la demora y aumento de la relación personal entre Atención Primaria y Especializada, que además es percibida de forma beneficiosa por el paciente (60). Además la mejora progresiva del funcionamiento de los centros de salud en España tiende a una mejor adecuación o pertinencia de las derivaciones y a una disminución de las hospitalizaciones evitables (llamadas también patologías susceptibles de atención ambulatoria) (61).

## **9. SISTEMAS O MEDIOS DE COMUNICACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA.**

### **9.1 Volantes o documentos de derivación estándar y de contestación de los consultores.**

Este es un procedimiento clásico de derivación, y en este sentido se han hecho varios intentos de mejorar la calidad de este tipo de comunicación escrita, organizando y estructurando el contenido del volante de derivación, así como la respuesta por parte del especialista.

Una de las principales razones de la escasez de información que muchas veces proporciona el médico general, es la falta de tiempo, por lo que sería necesario implantar estrategias más efectivas, para estimular el uso de volantes adecuados de derivación.

En varios países se han desarrollado impresos estructurados, que incluyen recomendaciones sobre los ítems que debe incluir un adecuado volante de derivación. Sin embargo, a pesar del consenso sobre los contenidos de estos volantes, no existe clara evidencia de la mejora en la calidad de la comunicación.

Un prototipo de volante debería contener como mínimo, de acuerdo con las recomendaciones del Colegio de Médicos Generales de Holanda, según se refiere en la revisión de Wallace y cols (62), los siguientes datos:

- Identificación del médico
- Información personal del paciente
- Signos y síntomas
- Razón de derivación

- Resultados de pruebas realizadas desde Atención Primaria
- Fármacos utilizados
- Historia familiar

Un número de estudios observacionales evidenciaron que la aportación de datos del paciente por parte del médico de Atención Primaria era a menudo inadecuada o inexistente, así como las respuestas de los médicos consultados, que a veces no existían o contenían insuficiente información, y además con cierta frecuencia llegaban demasiado tarde, reduciendo oportunidades formativas o docentes (63, 64).

Recientemente se ha realizado en EEUU un amplio análisis llevado a cabo por el Centro para el Estudio del Cambio en el Sistema de Salud (Centre for Studying Health System Change) con la participación de 4.720 médicos (entre médicos generales y consultores especialistas), en relación con la percepción de la comunicación entre los dos niveles. Un 69,3% de los médicos generales encuestados referían que "siempre" o "la mayoría de las veces" enviaban notificación de la historia del paciente y los motivos de consulta, pero sólo el 34,8% de los especialistas estaban de acuerdo con esta notificación. De forma similar el 80,6% de los especialistas referían que "siempre" o "la mayoría de las veces" enviaban los resultados de la consulta a los médicos generales, pero solo el 62,2% de éstos estaban de acuerdo. En este estudio se hace especial énfasis en la necesidad de adquirir conocimientos y adoptar ciertas tecnologías de la información en relación con la salud. Un ejemplo sería la utilización de sistemas electrónicos como pueden ser las denominadas consultas electrónicas mediante email ("e-Referral") (65, 66, 67).

En un estudio español los médicos de Atención Primaria recibían un informe del médico de Atención Especializada en aproximadamente la cuarta parte de los casos (2). Del mismo modo, en un estudio (68) referido a consultas con cirujanos ortopédicos, sólo hubo respuesta por parte de Atención Especializada en un 44% de los casos.

Asimismo, se ha demostrado una clara relación entre la calidad de la información proporcionada por el médico de Atención Primaria y la pertinencia de la derivación (25). Este mismo autor en el mismo estudio señala que de 705 derivaciones a 13 especialidades, el 13% no eran pertinentes y un 4% de éstas se dirigían a especialidades que no eran las adecuadas.

En cuanto al documento de respuesta de los especialistas en relación con la información aportada por el médico general, existen varios estudios. Por ejemplo en un estudio inglés relativo a pacientes con problemas ortopédicos, no se detectó relación entre información aportada por el médico de Atención Primaria y la calidad de respuesta del especialista (69). Otros autores españoles (70) detectan resultados similares. Se ha sugerido en otro estudio (2) la posibilidad de utilizar un correo interno entre Atención Primaria y Especializada para agilizar la comunicación. Otra publicación Australiana sobre comunicación entre Atención Primaria y Urgencias hospitalarias a través de documentos estructurados, tampoco describe diferencias significativas en cuanto a la actitud del servicio de Urgencias al comparar el grupo de estudio con el grupo control y se sugiere también la posibilidad de utilizar la vía electrónica o telefónica para dicha comunicación (71).

En un estudio reciente en la especialidad de ORL, se comparan dos tipos

de informe o documento de contestación dirigido al médico de Atención Primaria, uno estructurado y otro de redacción libre, siendo el primero mejor valorado en cuanto a cantidad y calidad de información y facilidad de comprensión de su contenido (72).

## **9.2 Historia clínica aportada por el paciente e informe de alta hospitalaria.**

En este caso, el médico de Atención Primaria entrega al paciente su historia clínica, que aportará a la consulta del médico de Atención Especializada, y viceversa, lo que puede ser útil cuando existen problemas logísticos en el intercambio de información entre profesionales. La información será tanto mejor cuantos más datos sean aportados. Esto parece que puede conllevar efectos positivos en los resultados de salud del paciente, aunque no hay ensayos aleatorizados sobre este tema (73, 74).

La implantación de una historia médica común es una buena solución para la transmisión de la información entre Atención Primaria y el hospital, siendo un objetivo claro en un sistema público de salud, no exento, sin embargo, de problemas de compatibilización de sistemas y de confidencialidad (14).

En cuanto al informe de alta hospitalaria como nexo de unión y de comunicación importante entre los dos niveles, se ha publicado un análisis de la calidad de este informe, por parte de los médicos generales. Éstos detectan una serie de deficiencias, más en las especialidades quirúrgicas que en las médicas, como omisión de datos, a veces excesiva información o defectos de redacción, concluyendo que debe cuidarse la calidad de estos informes para mayor

claridad en cuanto al tratamiento y al seguimiento del paciente por parte de cualquiera de los dos niveles (75).

En el metaanálisis llevado a cabo por Kripalani (76), el objetivo era hallar la prevalencia de déficit de comunicación e información transmitida al alta hospitalaria e identificar intervenciones para mejorar este proceso. Observaron una deficiente comunicación directa entre el hospital y el médico de Atención Primaria (3%-20%). De hecho sólo el 12%-34% de los médicos de Atención Primaria disponía del informe de alta en la primera visita tras un ingreso, manteniéndose igualmente bajo a las cuatro semanas (51%-71%). Además, en un porcentaje elevado de las altas no se describían aspectos importantes como las exploraciones diagnósticas (33%-63%), el tratamiento en el hospital (7%-22%) o el tratamiento al alta (2%-40%). Esto afectó a la calidad asistencial hasta en un 25%, siendo un motivo de insatisfacción para el médico de Atención Primaria, si bien, su impacto en la evolución del paciente parece menor, como muestra Bell en su serie (77), donde no detectó ninguna relación entre el retraso en la transmisión del informe de alta hospitalaria y la aparición de efectos negativos para el paciente durante el seguimiento.

Una serie de medidas que se plantean para mejorar esta situación son las comentadas por Kripalani (76), mostrando que el uso de sistemas electrónicos para generar el alta, el uso de formularios estandarizados y el hecho de que el propio paciente fuera el transmisor de la información escrita, fueron más efectivos al compararlos con un grupo control.

### **9.3 Iniciativas de formación continuada y uso de guías.**

Pretender que el médico general tenga un control de todas las especialidades médicas es tarea prácticamente imposible. Thomson O'Brien y cols. (78) revisaron la efectividad de reuniones dirigidas a la formación del médico general, y concluyeron que la sola realización de sesiones docentes era poco probable que influyera en la práctica del profesional de Atención Primaria. En cambio podían ser útiles las reuniones interactivas entre el médico general y el especialista de segundo nivel.

Una forma de intentar mejorar la formación y la práctica médica es consultar la opinión de un experto, si bien tampoco parece haber demostrado una clara eficacia (79).

Las guías clínicas se han usado en muchas especialidades con el objeto de mejorar la práctica y la pertinencia de las derivaciones a Atención Especializada. Davis y cols (80) concluyen que las guías clínicas pueden ser eficaces en cambiar la práctica profesional, aunque su eficacia depende de cómo se elaboren. Algunos estudios muestran que el empleo de estas guías no parece reducir derivaciones inadecuadas o no pertinentes o incluso aumentarlas (46). Además, puede suceder también que no haya acuerdo uniforme entre los especialistas de segundo nivel en relación con las mencionadas guías (48), que por otra parte, son diseñadas para grupos de pacientes y esto a veces dificulta su aplicación individualizada por el médico de Atención Primaria (62).

Woolf y cols (81) analizan los beneficios y los riesgos de las guías clínicas que han venido imponiéndose en la práctica médica en prácticamente todos los países desarrollados. En algunos casos como en Holanda, las guías se

confeccionan de forma consensuada por médicos generales y especialistas hospitalarios y en otros países como Inglaterra, Finlandia o Suecia de acuerdo con la medicina basada en la evidencia, o como en Francia en conferencias de consenso. En EEUU se ha tenido en cuenta para su elaboración la mejora de la calidad asistencial y el control de los costes. En España y Australia también se están utilizando guías consensuadas de acuerdo con la medicina basada en la evidencia, y en España concretamente existen métodos para la confección de dichas guías.

En este sentido un grupo de estudio en Cataluña (Grup Sagessa) (82) se plantea la elaboración de guías basadas en la gestión por procesos, lo que requiere varios requisitos para su implantación dentro de un plan de atención integrada y de los llamados programas de mejora continua de la calidad. Dichos requisitos son los siguientes:

- a) Ausencia de barreras entre los dos niveles asistenciales que permita la coordinación entre ambos en el llamado "continuum" asistencial.
- b) Solo podría aplicarse a aquellos procesos en los que se conoce su historia natural, y en los que las actuaciones sean factibles en cada fase de la enfermedad.
- c) Requieren un soporte importante de información (equipo informático considerable con financiación y formación de las personas participantes) que permita un análisis profundo de la atención prestada, con evaluación de todos los aspectos (práctica clínica, vertiente económica y satisfacción de pacientes y personal sanitario).

d) Capacidad de modificar la provisión de la atención en función de los resultados.

Las guías constituyen una herramienta importante para proporcionar una atención más consistente y eficiente, a la vez que homogénea y para llenar el hiato existente entre la práctica clínica y lo que aporta la evidencia científica. Además pueden ser utilizadas por el médico como herramienta de protección médico-legal, o para reforzar su posición cuando el médico se relacione con la Administración, que puede no estar de acuerdo con su práctica clínica. Todo esto lo citan estos autores como ventajas de la utilización de las guías.

No obstante, existen riesgos o limitaciones, siendo la más importante la posibilidad de errores en las recomendaciones, dado su carácter general, cuando se aplican a un paciente individual. Por otra parte, los grupos que desarrollan las guías no siempre disponen del tiempo necesario para ello, ni las fuentes, ni las habilidades para reunir y seleccionar los conocimientos más actualizados. Además, en algunos casos, las necesidades de los pacientes puede que no sean el principal objetivo en la elaboración de las guías, sino que pueden mediar intereses económicos, políticos, etc.

En ocasiones las actuaciones condicionadas por las guías pueden no ser eficaces e incluso a veces perjudiciales en algún caso concreto. Los algoritmos tan frecuentemente utilizados a veces reducen la atención del paciente a una secuencia de decisiones binarias (si/no) a menudo inadecuadas para la complejidad de la práctica médica. Por otra parte, las guías deben ser actualizadas periódicamente, lo que con frecuencia, o no se lleva a cabo o se realiza de forma incorrecta (81).

#### **9.4 Consultas y clínicas de especialidades dependientes de Atención Primaria (“Outreach clinics”).**

Una manera de proporcionar consejo al médico general es a través de consultas de especialistas adscritos a los centros de Atención Primaria. Estas consultas y clínicas se han desarrollado fundamentalmente en Inglaterra en la década de los 90 y por iniciativa de los médicos de Atención Primaria proveedores de financiación (“fundholders”) (83). Estas consultas estaban integradas por consultores especialistas contratados por los médicos de Atención Primaria a través de las denominadas compañías (“trust”) de Atención Primaria. Dichos consultores trabajan en conexión más directa con los médicos generales en un marco extrahospitalario cercano a la zona correspondiente a Atención Primaria. Pueden existir dos formas de organización de estas consultas: a) como ambulatorio en el que sólo se encuentran los consultores, sin estar presente el médico general y b) como consulta compartida, que parece ofrecer mejores resultados en salud, y que corresponde fundamentalmente al modelo holandés, como más adelante se comentará (58). La primera especialidad a la que se aplicó este sistema fue Psiquiatría, pero posteriormente se extendió a las demás especialidades. Son en cierta medida equiparables en nuestro país (excluido el tema de la financiación), a ambulatorios de especialidades, y a la prácticamente extinguida medicina especializada de cupo y en algún caso a pequeños hospitales comarcales. Tienen la ventaja de la proximidad al domicilio de los pacientes, lo que supone un ambiente más familiar, con personal facultativo conocido (62).

Los estudios publicados en relación con la práctica médica desarrollada

en estas clínicas en Inglaterra (83, 84, 85, 86), han mostrado la preferencia de los pacientes por dichas clínicas al compararlas con las derivaciones a las consultas externas del hospital en las especialidades de Reumatología, Cardiología, ORL, Medicina General, Cirugía General, Pediatría y Ginecología. Detectan un mayor grado de satisfacción por parte de los pacientes (a excepción de la especialidad de dermatología), mejor acceso a los especialistas, con disminución de las listas de espera, menor número de consultas sucesivas, disminución del número de pacientes que no acuden a las citas, mayor número de pacientes que son dados de alta, y mayor porcentaje de derivaciones pertinentes a las consultas externas hospitalarias. Asimismo el coste para el paciente era menor, aunque no para el Servicio Nacional de Salud, ya que los especialistas tendían a ver menos pacientes que en las consultas externas del hospital, y además hay que tener en cuenta el tiempo empleado para el desplazamiento de dichos especialistas. No se han detectado en estos estudios resultados relevantes en los parámetros de salud, y aunque se cree que puede representar un sistema de formación para el médico general, este hecho tampoco ha sido claramente demostrado, en parte porque a veces falta una adecuada implicación activa del médico general en esta actividad conjunta (62). No obstante, no parece que estas clínicas a pesar de su proximidad con los centros de Atención Primaria fomenten la relación entre los médicos generales y los consultores, y la atención al paciente se ha venido desarrollando en un principio fundamentalmente por éstos. Con cierta frecuencia además se daba la circunstancia de que algunos pacientes eran derivados a las "outreach clinics" sin cancelar sus correspondientes consultas hospitalarias (84).

### **9.5 Especialización de los médicos generales.**

Se ha considerado la posibilidad de que los médicos generales puedan especializarse en alguna rama concreta con el fin de disminuir derivaciones a Atención Especializada, lo que ha tenido lugar en la última década, si bien parece que puede aumentar el coste sanitario, como se ha demostrado en la especialidad de Dermatología (58). A veces el dotar de mayor equipamiento a Atención Primaria no ha tenido un impacto significativo en cuanto a las derivaciones a los servicios hospitalarios, y en la opinión de algunos autores, se ha utilizado más de forma aditiva que de forma sustitutiva (16).

### **9.6 Derivación a consultas privadas de especialistas.**

Este sistema se ha publicado en Finlandia (87), donde estudian durante un periodo de 34 meses la posibilidad de poder derivar tanto a especialistas de los hospitales públicos como a especialistas privados. En este país existe el sistema de copago a nivel de los especialistas hospitalarios (no de los médicos generales), y en este estudio los privados percibirían la misma remuneración que los especialistas de los hospitales. Así se complementarían las derivaciones entre ambos tipos de especialistas, y se observó que los de los hospitales públicos recibían pacientes fundamentalmente para seguimiento, y a los privados se derivaban con mayor frecuencia los pacientes para segunda opinión. Este sistema disminuyó la derivación a los hospitales, aumentando la derivación a los especialistas privados, lo que probablemente supuso una disminución de costes, ya que éstos son mayores cuando el estudio diagnóstico se lleva a cabo a nivel institucional, teniendo en cuenta que ambos especialistas

perciben la misma remuneración.

### **9.7 Reserva en los centros de Atención Primaria de “huecos de asignación” para las diversas especialidades (“slot system”).**

Este sistema consiste en disponer de un número limitado de citas para cada especialidad y centro de salud por unidad de tiempo, generalmente con carácter mensual.

El estudio de Bridgman y cols (88) valora la tasa de derivación mensual por 10.000 habitantes a Cirugía Ortopédica y detecta un descenso de la misma de un 22% en los centros de Atención Primaria que voluntariamente participan en este sistema, comparado con los controles (10%). El tiempo de observación fue de 18 meses (con un periodo pre intervención de 12 meses). Se facilitaban guías consensuadas entre Atención Primaria y médicos consultores para tratar de mejorar la pertinencia de las derivaciones, así como descripciones de rutas de derivación. Para ello participaba un comité formado por un traumatólogo, un médico general, un reumatólogo, un especialista en salud pública y gestores del hospital y del servicio de salud local. Este sistema de huecos definió que si un centro se excedía en su cuota de derivación, no podía derivar ningún paciente más durante este mes, lo que llevó al comentario de un médico general: “disponiendo de un sistema de huecos asignados, me hace pensar cuidadosamente antes de derivar”. El problema de este sistema consiste en buscar una solución si se sobrepasa la cuota de pacientes que cada centro puede derivar al mes. En este sentido, los autores de este estudio hablan de cierta flexibilidad en cuanto a la designación de “huecos” o “slots” según

características de cada centro de salud y de cómo estén distribuidos estos huecos entre los distintos centros de Atención Primaria participantes.

En todo caso, algunos de los médicos participantes juzgaban beneficioso este sistema, pues les obligaba a pensar más sobre la pertinencia o no de la derivación. No está claro, sin embargo, el grado de aceptación de este sistema si se hiciera de forma generalizada y obligatoria.

### **9.8 Derivaciones previo consenso entre varios médicos generales de un centro de salud ("in house").**

La derivación "in house" consiste en la derivación de un paciente por parte del médico de Atención Primaria a otro médico que trabaja en su mismo ámbito para una segunda opinión respecto a la necesidad de una derivación a Atención Especializada. Esta idea se impone ante la considerable variación que existe en los índices de derivación de las diferentes patologías entre los médicos generales. Con este sistema se pretende mejorar la decisión clínica y a la vez beneficiar al paciente y al sistema de salud. Algunos estudios (89, 90) plantearon si este sistema de derivación era factible y aceptado por los pacientes. De los 177 pacientes valorados en este estudio con el sistema de segunda opinión, en 109 (61%) la derivación se juzgó como correcta, mientras que en el 38% restante se consideró suficiente su manejo en Atención Primaria. En las encuestas realizadas a los pacientes a los 12 meses de iniciarse el estudio, la satisfacción fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo derivado directamente al hospital. Los autores comentan que aunque esta práctica no tiene por qué generalizarse, esto puede representar una buena

oportunidad para revisar el manejo del paciente y llevar a una más pertinente decisión de derivación, pudiendo corregir tanto un defecto como un exceso. El problema puede radicar en una sobrecarga adicional de trabajo que habría que comparar con el beneficio que supone la reducción de las derivaciones al hospital.

### **9.9 Consultas compartidas**

Ya se ha comentado el carácter complementario de las funciones entre medicina general y hospitalaria, y la necesidad de promover encuentros entre los profesionales.

Como literalmente señala Horder (1), "todos reconocemos que cuando los consultores especialistas y los médicos generales examinan conjuntamente a un paciente, la historia y la política no cuentan para nada. Cada uno de los facultativos aprende del otro, y sobre todo el que más se beneficia es el paciente".

Una forma interesante de llevar a cabo los encuentros entre los profesionales de ambos niveles con el objetivo de proporcionar una atención coordinada y consensuada a los pacientes es el sistema de las consultas compartidas entre Atención Primaria y los especialistas de los hospitales.

Cabe citar aquí la costumbre que tenía lugar hacia los años 80 y anteriores y que se describe en un estudio inglés (91), en cuanto a las consultas domiciliarias compartidas por los consultores especialistas en presencia del médico general. Las especialidades más consultadas entonces eran Geriátrica, seguida por Psiquiatría y Medicina Interna, y con menor

frecuencia Dermatología, Reumatología, Cirugía general, Gastroenterología, Neumología y Traumatología. Se valora negativamente que haya descendido esta actividad y se propone un estudio para considerar los motivos de este descenso y para intentar reintroducir esta práctica, que puede ser beneficiosa para mejorar la relación interfacultativa, así como la atención al enfermo, evitar ingresos indebidos, etc.

La forma habitual de derivación desde Atención Primaria a las consultas externas de las especialidades dependientes de los hospitales, puede comportar una reducción de la eficiencia, sobre todo desde el punto de vista de los costes, pues como ya se comentó, conlleva un riesgo considerable de duplicación de técnicas, consultas de seguimiento innecesarias e insatisfacción entre pacientes y médicos (92).

Las consultas compartidas a las que nos referimos en este apartado se desarrollaron como una alternativa a la derivación estándar al especialista. En ellas, el médico general y el médico de Atención Especializada pasaban consulta conjuntamente, con pacientes físicamente presentes, lo que se podía complementar con consultas o sesiones sin presencia física del paciente. Hay que diferenciarlas de las consultas en las clínicas periféricas ("outreach clinics" del sistema inglés, a las que antes nos hemos referido), atendidas por un médico de Atención Especializada contratado por Atención Primaria, en las que habitualmente no está presente el médico general.

En encuestas realizadas acerca de la comunicación, parece que el médico general y el especialista hablan lenguajes diferentes, lo que da lugar a problemas en la interpretación del motivo de la derivación. Las consultas

compartidas pueden ser útiles en corregir este problema.

Según esta práctica, el médico general selecciona los pacientes en los que existen dudas en el diagnóstico y/o tratamiento. También puede discutirse la pertinencia de las derivaciones, así como solicitar consejo del especialista sobre problemas relacionados con la práctica clínica, administrativos, etc. (62).

Estas consultas pueden ahorrar pruebas complementarias y tratamientos innecesarios, como se ha mostrado en algunos estudios llevados a cabo en Holanda, sobre consultas compartidas entre el médico general y una variedad de diferentes especialistas (62, 93). En efecto, Wallace y cols (62) citan una serie de estudios realizados en Maastrich donde las consultas compartidas se realizaron en forma de reuniones mensuales entre un grupo de 4 ó 5 médicos generales con un médico consultor de Atención Especializada. Durante las sesiones de aproximadamente 1,5 horas, cada médico general podía citar a uno o dos pacientes, que eran valorados junto con los otros médicos generales y el especialista consultor. Tales consultas fueron organizadas con Traumatología y Ortopedia, Cardiología, Dermatología y Reumatología. En conjunto hubo una muy buena aceptación de las consultas compartidas, ya que parece que tenían un efecto directo en el tratamiento del paciente y en la comunicación. Como resultado del aprendizaje, esta práctica redujo el número de pacientes remitidos a Atención Especializada y de hecho, en el caso de Traumatología, las derivaciones se redujeron en un 50%, y en el caso de Cardiología en un 10%. Además, en relación con la especialidad de Traumatología y Ortopedia se ha demostrado una reducción en las consultas sucesivas en atención hospitalaria de un 60 a un 40% (93). Aparte de estos hallazgos se describen en estos

mismos estudios, otros aspectos relacionados con la formación y la comunicación.

En una publicación reciente (94) se señalan las ventajas de una serie de intervenciones de la especialidad de Nefrología en las consultas de Atención Primaria en una zona próxima a Barcelona, referidas fundamentalmente a enfermos renales crónicos, dada la elevada prevalencia de esta patología en la población general. Las intervenciones consistieron en la elaboración de un documento de consenso entre la Sociedad Española de Nefrología y la de Medicina Familiar y Comunitaria sobre enfermedad renal crónica, así como un sistema de información clínica compartida, por ejemplo vía correo electrónico, informes explicativos de devolución en caso de derivación inadecuada, y consultas compartidas coincidiendo con reuniones de formación continuada. Concluyen que el desarrollo de esta intervención mejora la adecuación y la priorización de las consultas a Nefrología, así como la comunicación entre los dos niveles de atención sanitaria, y proporciona un sistema de formación continuada para mejorar el tratamiento de los pacientes nefrológicos. El proceso ha conducido a una selección de pacientes con mayor complejidad en las consultas externas de Nefrología.

### **9.10 Teleconsultas compartidas**

Le telemedicina es la aplicación de las nuevas tecnologías de la comunicación a la actividad médica, que posibilita el rápido acceso a la información y puede ser aplicado sobre todo en zonas en que la distancia plantea problemas. Normalmente hay una distancia física entre médico general

y el médico de Atención Especializada, y lo habitual es que sea el paciente quien la recorra. Está bien documentada la insatisfacción que sufre el paciente tras viajar grandes distancias, tener largas esperas y breves consultas (62). La teleconsulta compartida permite encuentros virtuales entre paciente y médicos y así obviar estos inconvenientes.

Se trata de implantar una red informática para la comunicación con los pacientes en su domicilio o entre los médicos de Atención Primaria y los hospitales. Puede constituir también un elemento de gestión que mejore la eficiencia de la atención y la optimización de recursos. Pueden enviarse imágenes (telerradiología, teledermatología, etc.) o según el motivo de su aplicación puede hablarse de teleasistencia, telediagnóstico, teledocencia, etc. Se tiende a la historia clínica única que puede ser introducida en este sistema. La ventaja es que cuando todos los profesionales que intervienen en un mismo proceso comparten y disponen de toda la información, se facilitan los procesos diagnósticos y se evita duplicidad de intervenciones. Permite también fomentar la investigación (estudios multicéntricos, etc), la docencia y disminuir los trámites burocráticos. También es cierto que obliga a un cambio en nuestro pensamiento profesional, y quizá puede contribuir a deshumanizar las relaciones interpersonales (95).

Parece que la introducción de la videoconferencia en el sistema de salud, que ha estado en uso en el campo de la medicina desde finales de los años 60, puede proporcionar algunas ventajas en la comunicación entre los dos niveles de atención sanitaria. Varios estudios han investigado tales consultas en diversas especialidades (Dermatología, Cardiología, Traumatología y Psiquiatría)

(96). Más recientemente se han desarrollado revisiones de la literatura relacionadas con la telemedicina, y todas ellas expresan la escasez de estudios rigurosos que examinen la efectividad de ésta en general y de las teleconsultas en particular, así como la ausencia de evaluaciones económicas (97). Los estudios relacionados con este tema han demostrado en general un alto nivel de satisfacción por los pacientes, aunque la validez de estos hallazgos ha sido cuestionada en alguna publicación (98).

En un estudio llevado a cabo en Finlandia durante un periodo de 5 meses, comparando las teleconsultas con un grupo control en el que se utiliza el volante de derivación convencional, el 52% de la responsabilidad del tratamiento en el grupo de intervención se mantiene en el ámbito de Atención Primaria, lo que supone una reducción de derivaciones a las consultas externas de los hospitales, con el consiguiente ahorro de costes (99).

En otro estudio realizado en un área urbana y otra rural de Inglaterra, en el que el paciente y el médico general se encuentran en la zona de Atención Primaria, comunicándose mediante teleconferencia con el especialista que está en el hospital, valoran la percepción de este tipo de intervención por parte del paciente, quien considera como positivo la mayor comodidad, menor coste y mayor puntualidad y como dato negativo la menor relación médico-paciente, en el sentido de cierto sentimiento de despersonalización mediado por el uso de la tecnología (100). Estos mismos autores, en otra publicación, señalan que la comunicación se establece de forma más intensa entre paciente y especialista, tomando el médico general una actitud más pasiva. Se señala que puede además haber problemas de interacción entre los dos niveles, probablemente

derivados de la diferente forma de actuar de los consultores en los hospitales y de los médicos generales en el ámbito de Atención Primaria (101).

No está claro por qué la telemedicina no se ha sometido a una valoración detallada como ocurre con otras formas de tecnologías de la salud. Pueden existir varias razones. Así, la telemedicina se introdujo por unos pocos entusiastas y los proyectos se fueron agotando al acabarse la financiación. Por otra parte ha habido numerosos proyectos en casi todas las especialidades médicas y esto hace que sea difícil agrupar estudios clínicos con suficiente número de participantes. Asimismo se ha documentado la compleja organización de la telemedicina, en particular el hecho de planificar la disponibilidad de dos médicos y el paciente al mismo tiempo (hecho que también sucede en las consultas compartidas, es decir, con presencia física). Otra razón de la escasez de valoraciones de la telemedicina puede explicarse por los rápidos cambios que han experimentado las tecnologías utilizadas en medicina, que van quedando obsoletas.

Sin embargo, las aplicaciones de la telemedicina tienen el potencial de cambiar las formas de organización de los servicios de salud, y de aportar nuevas experiencias, tanto para los pacientes como para los profesionales. Las consultas virtuales pueden ser útiles para conseguir una inmediata comunicación en la interfase Atención Primaria-Especializada, estableciéndose un "feedback", por ejemplo sobre las derivaciones actuales o previas de pacientes. Además permiten un aprendizaje interactivo e intercambio inmediato de datos (62).

En 1997/98, se llevó a cabo un estudio piloto (102) como preparación

para un ensayo controlado aleatorizado, para valorar el resultado de la implantación de teleconsultas mediante videoconferencia a tiempo real comparado con las consultas externas convencionales. Se reclutaron para este ensayo piloto cuatro centros urbanos con una población entre 7.800 y 10.300 habitantes. El estudio se realizó en el Royal Free Hospital de Londres, y las especialidades incluidas en el ensayo fueron Traumatología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Urología, Pediatría y Endocrinología, con un consultor para cada especialidad participante.

Los criterios de entrada fueron:

- Derivación rutinaria para diagnóstico.
- Derivación para consejo sobre el manejo de los pacientes en base a la historia clínica y a las pruebas realizadas en Atención Primaria.
- Derivación para pruebas complementarias a las que no tiene acceso directo el médico general (por ejemplo resonancia magnética, endoscopia, etc.).
- Se excluyeron las derivaciones urgentes, donde cualquier retraso en el tiempo fuera crítico.

En este estudio piloto, se randomizó a los médicos generales participantes de forma que se les asignó la mitad de las especialidades del estudio para la práctica de las teleconsultas compartidas y la otra mitad de las especialidades para la derivación de los enfermos a las consultas externas convencionales. A su vez los enfermos que consintieron participar en el estudio fueron aleatorizados para participar en las teleconsultas compartidas o para ser derivados de forma convencional.

Como ya hemos indicado, este estudio sirvió para realizar otro más amplio dirigido por Wallace y con el mismo equipo del Royal Free Hospital de Londres (con sus equivalentes centros urbanos de atención primaria) y además el Royal Shrewsbury Hospital, que está en relación con una comunidad rural y semirural (con sus equivalentes centros rurales de atención primaria) (62).

La hipótesis de este estudio era que las videoconsultas, frente a las consultas convencionales, podrían:

- Reducir las citas sucesivas en el hospital.
- Reducir el número de intervenciones médicas y técnicas diagnósticas.
- Reducir el número de contactos con el sistema de salud.
- Tener un impacto positivo sobre la satisfacción.
- Tener un impacto positivo sobre el estado de salud del paciente.
- Reducir los costes.

Los resultados de este ensayo son coherentes con el hecho de que estas consultas virtuales ofrecen unos niveles mayores de satisfacción para el paciente que las consultas externas convencionales, con ahorro sustancial de pruebas complementarias, pero que en cambio se asocian de forma variable con incremento de consultas de seguimiento en especialidades quirúrgicas (ORL, Traumatología y Urología), y en el hospital de ámbito rural. En cambio no hubo diferencias en Gastroenterología y otras especialidades médicas.

Muchos especialistas perciben la necesidad de ser ellos mismos los que exploren al paciente, especialmente donde las técnicas de examen pueden requerir una habilidad o acceso a instrumentos más allá del alcance del médico general, como sucede en algunos casos de ORL y Traumatología. Esto

probablemente explique en parte este incremento de las citas de seguimiento encontradas en el ensayo.

Un estudio cualitativo llevado a cabo en paralelo al ensayo principal (103), detectó también problemas en algunos casos derivados de las consultas virtuales, motivados probablemente por la falta de presencia real del paciente en la consulta del especialista.

En general, las aplicaciones de telemedicina han sido más ampliamente implantadas en zonas con dispersión rural de población, y hay evidencia de que esto es más coste efectivo en dichas zonas (104). Por ello en el estudio de Wallace y cols (62), se diseñaron los dos brazos (rural y urbano), donde hubo pocas diferencias en cuanto a las características de los pacientes incluidos en el ensayo entre las dos zonas, así como tampoco en la gestión de consultas externas entre los dos hospitales. Por ello, consideran que estos resultados se relacionan más bien con diferencias en la actitud de los médicos. En estas zonas de mayor dispersión de población, las teleconsultas pueden estar particularmente indicadas. Sería conveniente un entrenamiento previo de los médicos generales, sobre todo para determinadas especialidades, dotándoles de tecnología adecuada, para poder así realizar una mejor comunicación con el especialista y en general con el hospital.

La hipótesis de que las consultas virtuales no incrementarían el gasto sanitario no se pudo demostrar a corto plazo (6 meses), aunque parece que se reducen los costes para el paciente, y la pérdida de productividad es menor. Tal vez prolongando la duración de esta actividad, podrían reducirse las consultas sucesivas y las pruebas complementarias, además de cumplir una tarea

formativa de los médicos generales, con un posible ahorro a largo plazo.

No obstante, los efectos de los costes de las consultas virtuales deben ser interpretados con cautela. Se sugiere que el coste por paciente fue más alto en la consulta virtual que en la estándar, en contra de la hipótesis inicial, que se basó en que un mejor manejo del paciente, a través de una buena comunicación, condujera a un ahorro. Sin embargo, en otro estudio de Wallace y cols (92), observaron que la consulta virtual conducía a una reducción significativa de pruebas complementarias, con la consiguiente reducción de £ 5 por paciente.

El ensayo mostró también una reducción significativa en pruebas complementarias realizadas en los pacientes vistos en consulta virtual. Esto coincide con las conclusiones del estudio de consultas compartidas reales llevado a cabo por Vierhout y cols (93), y que fue también puesto de manifiesto en el estudio paralelo anteriormente mencionado (103). Evitar la duplicación de pruebas complementarias es importante, tanto en términos de ahorrar recursos para el sistema de salud (105) como para reducir inconvenientes, molestias y posibles riesgos para los pacientes implicados.

La satisfacción del paciente fue más alta en el grupo de intervención de la consulta compartida virtual que en el grupo control, y en apariencia independiente del resultado de la consulta, aunque esto no necesariamente tiene que reproducirse así en la rutina diaria. No se encontraron diferencias en los parámetros de calidad de vida, de forma similar a lo descrito en el estudio de Vierhout (93).

Tampoco se ha detectado clara influencia de estas teleconsultas virtuales

en lo que se refiere a la aceptación de la enfermedad por parte del paciente, que depende de muchos factores, incluyendo la duración de la consulta y la continuidad de los cuidados. Por otra parte un problema que plantea la consulta virtual para muchos médicos es la capacidad de empatizar o de comunicarse.

El estudio de Wallace y cols (62) sugiere que la expectativa del paciente, la empatía del médico (percibida por el paciente), y la propia confianza del médico en la relación terapéutica, son factores clave.

## **10. INTERVENCIONES DE LOS CONSULTORES EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, existen varios sistemas por los que se puede intervenir en la relación entre los dos niveles de atención sanitaria, como se señala en la recopilación de 17 estudios realizada por Akbari y cols (Cochrane Data Base of Systematic Reviews) (47):

- ✓ Intervenciones educacionales, formativas o docentes.
- ✓ Intervenciones organizativas.
- ✓ Intervenciones financieras.

A estos tres tipos de intervención, Faulkner (106), en una recopilación de 44 estudios añade un cuarto tipo de intervención basada en un sistema de orientación a la sociedad, como por ejemplo, mediante campañas de información.

Pasamos a citar algunos estudios que utilizan los tres primeros tipos de intervención:

### 10.1 Intervenciones educativas:

En este sentido cabe destacar los estudios basados en intervenciones educativas, como el de Abu-Ramadan (107) que estudia las derivaciones por traumatismos oculares. En dicha intervención se mezclan actividades de tipo educacional con actividades de tipo organizativo, detectando una disminución de derivaciones. En el estudio se consideró un periodo de 19 meses previo a la intervención y otro de 29 meses después de la misma.

Banait (108) lleva a cabo un ensayo randomizado sin periodo previo a la intervención, utilizando un grupo control, con un seguimiento de 6 a 7 meses de intervención, consistente en sesiones de tipo formativo, en las que se entregaban guías clínicas para el manejo de la dispepsia. Además, se realizaban visitas de refuerzo del especialista a los centros de salud a los tres meses de comienzo del estudio. Se estudió el número de derivaciones a endoscopia así como su pertinencia, el gasto farmacéutico en cuanto a la prescripción de antiseoretos y la solicitud de test serológicos de detección de *Helicobacter pylori*. Detectaron un incremento discreto en la tasa de solicitud de gastroscopias, pero con mayor pertinencia (62,5% en el grupo de intervención frente al 50,8% del control). La ausencia de hallazgos patológicos en la gastroscopia fue de un 39,5% en el grupo de estudio y de un 43,4% en el control (si bien antes de la intervención los resultados fueron de 37,8% y de 39,1% respectivamente), por lo cual podemos concluir en este estudio que no existen unas diferencias muy llamativas en estos aspectos. Los estudios mostraron además un aumento de la solicitud de test serológicos de *Helicobacter pylori*. Sin embargo, no hubo reducción en la prescripción para

antisecretores.

Jones, (109) en otro estudio con randomización y grupo control, evaluó el desarrollo y distribución de guías para el manejo de la dispepsia, durante un periodo de 6 meses pre intervención y otros 6 meses post intervención. No hubo cambios significativos en cuanto a derivación a consultas externas de pacientes con esta patología, derivación a endoscopia y a estudios radiológicos. Los resultados de este tipo de intervención no resultaron eficientes, pues observaron un incremento estadísticamente significativo en el gasto farmacéutico por la prescripción de fármacos utilizados en procesos del tracto digestivo superior. Los autores concluyeron que la aceptación y adopción de guías fue variable por parte de los médicos generales y sus efectos en cuanto a algunos aspectos del comportamiento clínico fueron poco relevantes, y no necesariamente asociados a reducción de costes o mejoras de la calidad de la atención.

Grimshaw (110) evaluó, en un estudio no randomizado, una serie de intervenciones sobre cuatro procesos (lumbalgia, menorragia, sospecha de úlcera péptica y varices en extremidades inferiores) durante 4 meses pre y otros 4 meses post intervención. Compararon cuatro tipos de intervenciones educativas con un grupo control. Estas fueron: a) distribución de guías, b) discusiones en pequeños grupos de médicos generales con el consultor correspondiente, c) estudio mediante feedback o retroalimentación de las derivaciones y d) solicitud de opinión y discusión con un facultativo médico independiente. Observaron un aumento en el número de derivaciones cuando la intervención consistía en las mencionadas discusiones de pequeños grupos,

en contra de la hipótesis planteada. No encontraron cambios significativos en las tasas y pertinencia de las derivaciones en el resto de intervenciones.

Bennett y cols (111), realizaron un ensayo randomizado de intervención educativa, en relación a pacientes con otitis media supurada. Utilizaron un listado de factores de riesgo, sistema de video formativo o de entrenamiento, o combinación de ambos, comparado con un grupo control, sin periodo previo a la intervención. Tras 12 meses de la intervención, se detectó un aumento del porcentaje de derivaciones adecuadas o pertinentes, sólo si se combinaba el listado con el video formativo.

Otros estudios referidos al tema de la infertilidad (48, 112), observaron durante 12 y 9 meses respectivamente los resultados de la intervención consistente en uno de ellos (112) en la distribución de guías y utilización de volantes de solicitud estructurados, y en el otro (48) además la realización de sesiones formativas. Observaron un incremento de la información de los pacientes, así como de realización de pruebas adecuadas antes de la derivación, si bien no hubo diferencias en la tasa de derivaciones, y todo ello con incremento de los costes al Sistema Nacional de Salud.

Thomas y cols (113) evaluaron de forma randomizada, durante 5 meses preintervención y 10 postintervención, los efectos de una guía basada en el acceso abierto y rápido para pruebas diagnósticas, frente a un grupo control, en dos situaciones urológicas comunes (prostatismo y hematuria). A los médicos generales participantes se les ofreció un encuentro formativo de 2 horas y distribuyeron guías por correo. El 48% de los pacientes elegidos fueron derivados con el nuevo sistema, liberando el equivalente a 350 huecos para

pacientes nuevos durante un periodo de 12 meses, lo que hizo que el tiempo de espera para primeras consultas para las condiciones tratadas disminuyera, aunque también sucedió esto para los controles, pues la derivación rápida permitió liberar huecos para citas. No hubo diferencias en los patrones de derivación o en la complejidad. La adecuación de la derivación aumentó significativamente con las guías de derivación.

Ya se ha comentado ampliamente la intervención consistente en consultas compartidas y sesiones, llevada a cabo en Holanda por Vierhout (93), en un estudio randomizado, en el que no hubo periodo preintervención, sobre pacientes con problemas de Traumatología y Ortopedia.

## **10.2 Intervenciones organizativas:**

En cuanto a estudios fundamentalmente de intervención sobre la organización, se citan los siguientes:

Bertakis y cols (114) evaluaron comparativamente las características de la atención prestada a pacientes nuevos vistos por Medicina Interna, frente a aquellos atendidos por el médico general, observando menor número de derivaciones y menores costes anuales derivados de realización de pruebas de laboratorio en aquellos pacientes atendidos por médicos generales, así como menor asistencia al servicio de urgencias.

O´Cathain y cols (115) evaluaron los efectos de disponer de servicio de fisioterapia en Atención Primaria. El propósito de este servicio era reducir las derivaciones a Traumatología y observaron aumento de las derivaciones a Fisioterapia y menos derivaciones a Traumatología y Reumatología.

Kinnersley y cols (90) valoraron los resultados de una segunda opinión "in house" antes de la derivación, que ya se comentó anteriormente.

Bridgman y cols (88) evaluaron los efectos de un "slot system" (huecos de asignación), diseñado para disminuir el tiempo de espera localizando un número predeterminado de consultas al traumatólogo, sobre lo cual ya se ha comentado previamente.

### **10.3 Intervenciones financieras:**

Se refieren a la influencia que una incentivación de tipo económico a los participantes en la intervención pueda tener sobre los resultados.

Cuatro estudios de intervención de tipo financiero (87, 116, 117, 118), observaron modestas reducciones en las tasas de derivación, aunque ninguno atendió a evaluar la calidad de los cuidados. Hay insuficiente evidencia para dictar conclusiones firmes sobre los potenciales efectos de intervenciones financieras. En un estudio que faculta a los médicos de Atención Primaria a derivar pacientes a especialistas privados, aumentan las tasas de derivación a éstos, con poco o nulo efecto en la tasa global de derivaciones (87).

Como se ve, existen múltiples estudios que tratan el problema de cómo mejorar la relación entre los niveles de atención sanitaria, basados fundamentalmente en optimizar los sistemas de derivación, tanto en lo que se refiere a la tasa como a la pertinencia y a los costes que pueden gravar al sistema de salud. Parece que ciertas intervenciones de tipo formativo son las que tienen mayor impacto en algunos de estos parámetros, fundamentalmente

las que utilizan guías y volantes estructurados de derivación y las consultas compartidas.

## **11. RELACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA CON ATENCIÓN PRIMARIA**

Existen estudios en la literatura relacionados con el seguimiento de pacientes con patología digestiva, a nivel de Atención Primaria, que podríamos clasificar en tres grupos:

- ✓ Análisis preferente de la actuación del médico de Atención Primaria.
- ✓ Comparación entre la actitud de éstos y la de los gastroenterólogos.
- ✓ Estudios de la intervención del consultor gastroenterólogo en Atención Primaria.

### **11.1 Análisis preferente de la actuación del médico de Atención Primaria.**

La investigación por parte de los especialistas de Atención Primaria sobre distintos procesos patológicos, y en concreto sobre las enfermedades digestivas, que por ejemplo en el Reino Unido representa aproximadamente un 10% del total de las consultas, ha contribuido al conocimiento de estas enfermedades. Esta contribución cubre aspectos epidemiológicos y de la historia natural de algunas enfermedades o procesos (sobre todo en patologías funcionales). Asimismo también puede ayudar al diagnóstico precoz del cáncer digestivo u otras enfermedades orgánicas tales como enfermedad inflamatoria

intestinal o enfermedad celiaca. Otra aportación relevante son los ensayos terapéuticos en determinadas patologías, especialmente centrados en patologías funcionales o en los tratamientos erradicadores de *Helicobacter pylori*, manteniendo las directrices de las guías de la especialidad de gastroenterología (119).

Un estudio llevado a cabo por la Sociedad Europea para la Atención Primaria en Gastroenterología (120) en varios países europeos, incluyendo España, trató sobre varias patologías digestivas comunes tales como reflujo gastroesofágico, dispepsia, erradicación de la infección por *Helicobacter pylori*, síndrome de intestino irritable y rectorragia. En este estudio detectan diferencias importantes entre facultativos y entre los diferentes países que atribuyen a variaciones en los sistemas de salud aunque también a diferentes niveles de conocimiento, en relación con diversas estrategias formativas y de investigación.

En otro estudio realizado en Italia (121), sin ningún tipo de intervención, se refleja la actitud del médico general en relación con patologías del tracto digestivo superior, según los síntomas y otros datos de los pacientes tratados. Los autores muestran que en muchas ocasiones no existe adherencia a las guías establecidas, por lo que hacen recomendaciones en cuanto a la adaptación a dichas guías o protocolos, para su mejor seguimiento por los médicos generales.

Gené y cols (14) analizaron el manejo de la infección por *Helicobacter pylori* y el acceso a pruebas diagnósticas desde Atención Primaria. Concluyen que la mayoría de los médicos de Atención Primaria siguen razonablemente las

guías clínicas, aunque incide en la notable heterogeneidad geográfica que existe para el acceso a recursos diagnósticos por parte del médico general.

En relación a este tema, existen estudios en la literatura, que además de mostrar la actuación de los médicos de Atención Primaria en determinados aspectos de la patología digestiva, hacen especial hincapié en la mayor implicación que estos pueden tener y su papel primordial en la prevención primaria de ciertas enfermedades digestivas, así como de su seguimiento y la prevención de complicaciones de las mismas. Por ejemplo, una reciente revisión (122) muestra el papel del médico de Atención Primaria en la prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de pacientes con aumento de transaminasas, cirrosis y complicaciones de la misma, e incluso identificación de pacientes susceptibles de trasplante hepático. En esta misma revisión se hace mención de algunos trabajos donde sería importante un apoyo de los especialistas para completar el estudio de algunas situaciones, por ejemplo en pacientes con aumento de niveles de transaminasas,  $\gamma$ -glutamyltranspeptidasa y fosfatasa alcalina (123). Para ello, se realizan reuniones de consenso con grupos de expertos, con objeto de dar unas pautas de actuación al médico de Atención Primaria, como los elaborados para el manejo de la esteatosis no alcohólica y de hipertransaminasemias de causa no alcohólica ni vírica en general (124, 125).

Un estudio español (126), detecta una prevalencia de hipertransaminasemia asintomática de aproximadamente un 15%, predominando sobre todo en obesos y muchas veces acompañada de aumento de la  $\gamma$ -glutamyltranspeptidasa. Es interesante la aportación que realiza este

estudio en cuanto a que aproximadamente un 30% de los pacientes normalizan las transaminasas durante el seguimiento, por lo que sugieren repetir su determinación antes de derivar o de solicitar otras pruebas, con el fin de evitar costes innecesarios. Señalan también como dato interesante que si la hipertransaminasemia se acompaña de síndrome metabólico y/o elevación concomitante de la  $\gamma$ -glutamyltranspeptidasa, incrementa la posibilidad de persistencia en el tiempo de dicha hipertransaminasemia.

### **11.2 Comparación entre la actitud de los médicos generales y la de los gastroenterólogos.**

Existen otros estudios que han intentado comparar la actuación del médico de Atención Primaria y del Gastroenterólogo ante las diferentes patologías digestivas y su adecuación a las guías clínicas. Mientras en unas patologías no existen apenas diferencias en el manejo, en otras se detectan diferencias significativas.

En el trabajo de Bretagne (127), a través de un cuestionario de 44 preguntas a 136 médicos generales y 91 gastroenterólogos, se muestran unas estrategias similares de actuación frente a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ya sea desde la consulta de Atención Primaria como de Aparato Digestivo, exceptuando un mayor porcentaje de solicitud de gastroscopia por el gastroenterólogo (64% vs 38%).

Sin embargo, Fendrick y cols (128) en un trabajo publicado en 1996, encontraron diferencias significativas entre Atención Primaria y Especializada al comparar el manejo de *Helicobacter pylori*, a través de una encuesta realizada

a 4.500 gastroenterólogos y médicos de Atención Primaria. En efecto, hubo un mayor nivel de información sobre la relación de *Helicobacter pylori* con enfermedad ulcerosa, así como un mayor porcentaje de prescripciones de tratamiento erradicador en los gastroenterólogos.

Spiegel y cols (129), en 2008, también detectan diferencias al comparar ambos niveles asistenciales, en cuanto a la definición, tratamiento, prescripción de fármacos y uso de técnicas radiológicas y endoscópicas en el manejo de la dispepsia. A través de encuestas realizadas a médicos de Atención Primaria y gastroenterólogos, sobre el manejo de la dispepsia, encuentran que los médicos generales usan en mayor medida las técnicas radiológicas en lugar de las endoscópicas como método diagnóstico, y evidenciaron también un menor uso de fármacos antiulcerosos. Sin embargo, eran éstos los más concienciados con los efectos secundarios de estos medicamentos, en comparación con los gastroenterólogos. Asimismo, observan una mayor adherencia a las guías clínicas por parte de estos últimos.

Tampoco existe concordancia en lo que se refiere a las patologías que precisan controles endoscópicos, como la vigilancia tras polipectomía. Así lo muestra un estudio nacional americano (130) que, tras evaluar las recomendaciones de vigilancia hechas por 1.000 médicos generales, comparándolas con las establecidas por la US Multisociety Task Force on colorectal cancer, se observa un exceso de endoscopias de control, sobre todo en lesiones de bajo riesgo de malignización. Esto en parte se puede justificar por los constantes cambios en las guías de actuación, que pueden ser un factor de confusión. Pero al mismo tiempo, también sugiere que precisamente este

campo requiere de un apoyo formativo, para así poder ofrecer un sistema de acceso abierto que disminuya los costes y reduzca al máximo las derivaciones inapropiadas, y así no demorar la exploración a los pacientes con síntomas que justifican la solicitud de colonoscopia.

El hecho de intentar aumentar la adecuación de las endoscopias también conlleva un aumento de su rendimiento diagnóstico. Así lo muestran varios estudios, mediante análisis retrospectivos. En uno de ellos, con 596 pacientes (131), tras evaluar la adecuación de las endoscopias solicitadas desde atención extra hospitalaria (que incluye médicos de familia y cirujanos por un lado y gastroenterólogos por otro) de acuerdo con los criterios del EPAGE (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy) (132), valoraron adecuadas o pertinentes globalmente un 67% de las pruebas, sin encontrar diferencias significativas en la pertinencia independientemente de quien lo solicitara, con un rendimiento diagnóstico de las mismas de 30% frente a un 7% de las no adecuadas.

Asimismo, un estudio previo realizado por nuestro grupo, no detectó diferencias significativas entre el porcentaje de gastroscopias normales (así como colonoscopias), al comparar las solicitadas por los especialistas de Aparato Digestivo con las solicitadas por los médicos de Atención Primaria (133).

Por otra parte, Balaguer y cols (134) valoran las indicaciones y adecuación de las colonoscopias, según los criterios EPAGE, en una Unidad Endoscópica de acceso abierto. Algunos factores asociados a la pertinencia fueron la edad y el médico que solicitaba la exploración, encontrando un mayor

porcentaje de solicitudes inapropiadas en los menores de 45 años (68%) y en las peticiones procedentes de Cirugía (39%) y de Atención Primaria (25%), en comparación con las solicitudes no adecuadas de Medicina Interna (22%) y Gastroenterología (15%). En términos globales, de los 312 pacientes analizados, encuentran un 23% de pruebas inadecuadas. En las exploraciones pertinentes, se observa un 42% de hallazgos relevantes frente al 21% de las solicitudes no pertinentes. Esto supone un alto porcentaje de pruebas inapropiadas para un sistema de acceso abierto. Por todo lo anteriormente expuesto, podría mejorar esta situación con la implantación de guías validadas (criterios del EPAGE, etc.) para lograr una mayor correlación entre adecuación y rendimiento.

### **11.3 Estudios de intervenciones del consultor gastroenterólogo en Atención Primaria.**

Además de las intervenciones ya citadas en las publicaciones de Banait y cols (108), Jones y cols (109), Grimshaw (110) y de las teleconsultas dirigidas a Gastroenterología en el estudio llevado a cabo por Wallace y cols (62), existen otras publicaciones, como la de Ladabaum y cols (135) en la que describen un tipo de intervención mediante sesiones formativas, relacionadas con la estrategia de "test and treat" para la erradicación del *Helicobacter pylori*, a nivel de Atención Primaria, lo que puede incrementar su aceptación a este nivel asistencial y quizá mejorar los resultados clínicos y económicos, comparándolos con el manejo habitual de estos pacientes.

En relación a este mismo tema, un grupo inglés (136) evaluó el papel de

las guías para el manejo de la infección por *Helicobacter pylori*, en distintos países europeos, centrándose en los factores que podían estar influyendo en su desarrollo, tales como factores epidemiológicos, accesibilidad a métodos diagnósticos desde Atención Primaria, resistencias a antibióticos, etc. Por ello, las diferencias entre los distintos países hacen necesaria una valoración individualizada, para adaptar las guías a las necesidades de cada país.

En otro estudio, Baker y cols (137), tratan sobre el control de las derivaciones en relación a la vigilancia tras polipectomía. Valoran la actuación de un asistente no médico perteneciente al equipo de un centro de salud, formado en el tema, apreciándose una mejor actuación desde Atención Primaria en la vigilancia del cáncer colorrectal.

Otros estudios (138) muestran un grado de idoneidad en las indicaciones de endoscopia digestiva alta solicitadas por el médico general similar a las solicitadas por gastroenterólogos, pero previa realización de cursos de formación continuada, sobre indicaciones, riesgos y beneficios de la endoscopia. La utilización de programas para aumentar la capacidad resolutive, con implantación de guías de práctica clínica, consigue mayor adecuación y disminución del tiempo de espera, como señalan otros autores, al aplicar estas guías para las indicaciones de endoscopia digestiva en pacientes con dispepsia o con rectorragia. (139). Uno de estos programas podría ser el establecimiento de circuitos rápidos de diagnóstico de cancer colorrectal con criterios de ingreso en dicho circuito previamente pactados entre Atención Primaria y Especializada (140). Sin embargo, en este estudio, el rendimiento diagnóstico fue bajo, por lo que los autores sugieren mejorar las alternativas existentes como el cribado

poblacional, que permita un diagnóstico precoz en pacientes que aún no presenten sintomatología. Como muestra de la colaboración e intervención del gastroenterólogo y de otras especialidades a nivel de Atención Primaria, se ha organizado un grupo de trabajo para la prevención de cáncer de colon en España, en el que participan sociedades de Gastroenterología, Oncología, etc., además de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (141).

Otras intervenciones aplicadas a procesos tales como la enfermedad inflamatoria intestinal, ha sido por ejemplo el desarrollo de protocolos de actuación para la atención compartida entre Atención Primaria y Gastroenterología, donde se destaca la mayor implicación de los médicos de Atención Primaria en asumir estos pacientes con descompensación leve o moderada de su patología de base y su mayor satisfacción por un sistema de acceso abierto a consultas monográficas relacionadas con este proceso, permitiendo esto una mejor comunicación con el especialista en caso de descompensación grave (142).

Existen estudios (143, 144) que consideran las consultas de alta resolución en Aparato Digestivo como un complemento eficaz a la actividad habitual de derivación. En uno de ellos (144), tanto el médico de Atención Primaria como el servicio de Urgencias pueden tener acceso a dichas consultas, de acuerdo con la opinión extraída de una encuesta realizada a los servicios de Digestivo de varios hospitales andaluces. El paciente derivado desde Atención Primaria debe acudir en ayunas y con pruebas analíticas elementales realizadas previamente. Estas consultas pueden favorecer la colaboración entre ambos niveles, con la posibilidad de elaborar protocolos conjuntos. Además servirían

de filtro por parte del especialista responsable de Aparato Digestivo para que los pacientes seleccionados pasaran a consultas monográficas de la especialidad y el resto continuaran la atención por su médico de familia. Estas consultas de alta resolución, según la opinión de los servicios encuestados, no deberían de atender a más de 10 pacientes, debiendo ajustarse a criterios estrictos de derivación a estas consultas, para evitar su sobreutilización.

***HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS***



## **HIPÓTESIS DE TRABAJO**

Son bien conocidos los problemas que existen en la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Alguno de ellos se refiere a la tasa y pertinencia de las derivaciones de los pacientes y su repercusión en la carga asistencial de los servicios hospitalarios.

Se plantea la hipótesis de que la presencia periódica de un consultor especialista en los centros de salud para asistir al médico general en sus consultas (denominadas por este motivo consultas compartidas), podría mejorar la calidad de las derivaciones, con la consiguiente disminución de la sobrecarga asistencial, tanto a nivel de las consultas externas como quizá la asistencia a los servicios de Urgencias.

Por otra parte, prácticamente no se han descrito en la literatura datos sobre este tipo de intervención en la especialidad de Gastroenterología y Hepatología.

Existe una elevada prevalencia de enfermedades digestivas que ocasiona una sobrecarga asistencial para esta especialidad, por lo que se considera necesaria la actuación del médico de Atención Primaria, que podría en muchas ocasiones colaborar en la atención de pacientes con enfermedades digestivas, mediante coordinación entre ambos niveles.

## **OBJETIVOS**

- Valorar si la implantación de consultas compartidas y sesiones clínicas formativas de la especialidad de Aparato Digestivo llevadas a cabo en los centros de salud, ejerce alguna influencia en el número de derivaciones a las

consultas externas de Aparato Digestivo. Secundariamente se considerará también su repercusión sobre el número de consultas externas de otras especialidades, así como la asistencia a los servicios de urgencias y hospitalizaciones.

- Valorar la influencia de esta intervención sobre la pertinencia de dichas derivaciones.
- Valorar si existen diferencias entre los centros de salud urbanos y rurales.
- Conocer los grupos de enfermedades que con mayor frecuencia consultan los médicos de Atención Primaria al consultor de Aparato Digestivo, tanto en las derivaciones como en las consultas compartidas y sesiones clínicas formativas.

***PACIENTES Y MÉTODOS***



## **1. ESTUDIO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LAS CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO DIGESTIVO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

Se analizan una serie de parámetros en el total de los pacientes derivados a las consultas externas de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid, desde cuatro centros de Atención Primaria, dos urbanos y dos rurales, en ambos casos uno de intervención y otro control.

Los facultativos de los centros de salud considerados en este estudio permanecieron estables a lo largo de toda su duración, y su número fue de 15 en el centro urbano de intervención ("Gamazo"), 13 en el urbano control ("Casa del Barco"), 13 en el rural de intervención ("Tordesillas") y 11 en el rural control ("Medina de Rioseco"). Para mantener la confidencialidad se asignó por otra persona un número a los facultativos de los cuatro centros de salud.

Las pirámides de población y la localización geográfica de los centros de intervención y sus correspondientes controles fueron similares, a excepción del número de individuos pertenecientes a los centros rurales, como más adelante se menciona.

Hay que señalar que durante los años previos al inicio de este estudio, se distribuyeron por la práctica totalidad de los centros de salud de nuestra área (no sólo por los incluidos en este estudio) una serie de protocolos diagnósticos, terapéuticos y de derivación, de los procesos más frecuentes de la especialidad. En algunos centros se han llevado a cabo sesiones para exponer

dichos protocolos, que se han venido actualizando periódicamente. También existen criterios de indicación para derivación a endoscopia digestiva (tanto gastroscopia como colonoscopia), ya que existe un sistema de acceso abierto a estas exploraciones desde Atención Primaria. Los mencionados protocolos figuran en los anexos.

### **1.1 PERIODOS DEL ESTUDIO**

El periodo global del estudio abarca desde noviembre de 2004 hasta junio de 2008 ambos inclusive.

La intervención se llevó a cabo en dos centros de salud (urbano de intervención y rural de intervención), comenzando en noviembre de 2005.

En el estudio hemos considerado dos periodos:

a) Periodo preintervención o de referencia (periodo 0), desde noviembre de 2004 a octubre de 2005 ambos inclusive.

b) Periodo de intervención, desde enero de 2006 a junio de 2008 ambos inclusive, a su vez dividido en otros dos:

Periodo de intervención 1: de 1 de enero de 2006 a 30 de junio de 2007.

Periodo de intervención 2: de 1 de julio de 2007 a 30 de junio de 2008.

### **1.2 POBLACIÓN**

Un total de 1.536 pacientes fueron derivados a las consultas externas de Aparato Digestivo durante el periodo de estudio, considerando globalmente los cuatro centros mencionados. Se excluyeron los pacientes correspondientes a los dos meses del inicio de la intervención (87 pacientes) con objeto de lograr una progresiva adaptación de los facultativos de Atención Primaria a la misma. Ello supone que la población considerada para el estudio completo de todos los

parámetros considerados en este trabajo sea de 1.449 pacientes.

Se consideraron las pirámides de población durante los cuatro años consecutivos correspondientes a las zonas de salud a analizar. Los centros urbanos cubrían zonas similares de la ciudad (perteneciendo en ambos casos a la zona centro). El centro de intervención rural tenía una población superior a la de su correspondiente centro control. Los centros urbanos tenían una población similar en número de individuos (tabla 1).

En la tabla 2 se representa la actividad asistencial global de los cuatro centros de salud correspondientes a este estudio, y en la tabla 3 las derivaciones/mes en cada centro, calculando la tasa de derivación por 10.000 habitantes, teniendo en cuenta la población asignada a cada centro.

Los datos que se muestran en la tabla 1 y tabla 2 han sido proporcionados por la Gerencia de Atención Primaria de nuestra Área de Salud.

CENTRO	AÑO	EDAD		TOTAL
		14-64 años	≥65 años	
<b>Urbano intervención</b>	2005	14.224	4.928	19.152
	2006	14.093	4.907	19.000
	2007	13.848	4.949	18.797
	2008	13.430	4.976	18.406
<b>Urbano control</b>	2005	11.486	3.752	15.238
	2006	11.442	3.740	15.182
	2007	11.424	3.728	15.152
	2008	11.186	3.801	14.987
<b>Rural intervención</b>	2005	7.951	2.564	10.515
	2006	8.030	2.584	10.614
	2007	8.105	2.580	10.685
	2008	8.108	2.620	10.728
<b>Rural control</b>	2005	4.808	1.802	6.610
	2006	4.810	1.783	6.593
	2007	4.797	1.791	6.588
	2008	4.712	1.820	6.532

**Tabla 1:** Población con edad superior a 14 años, perteneciente a los centros de salud de estudio, durante los años correspondientes a la recogida de datos.

<b>ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>					
<b>Centros de salud</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
Urbano intervención	61.977	68.737	72.010	73.185	340.114
Urbano control	72.173	71.032	71.014	69.500	354.630
Rural intervención	67.002	74.050	79.697	79.975	367.477
Rural control	67.718	60.367	61.798	61.524	326.843

**Tabla 2:** Total de pacientes con edad superior a 14 años atendidos en los centros de salud (actividad asistencial) durante los años del estudio.

<b>Centros</b>	<b>Nº derivaciones/mes</b>	<b>Población asignada</b>	<b>Tasa de derivación x10.000 habitantes</b>
<b>Urbano intervención</b>	21,06	19.152	10,99
<b>Urbano control</b>	10,00	15.238	6,56
<b>Rural intervención</b>	10,5	10.515	9,98
<b>Rural control</b>	8,4	6.610	12,70

**Tabla 3:** Derivaciones/mes, población asignada y tasa de derivación x 10.000 habitantes en cada centro de salud en el periodo de referencia (año 2005).

### **1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN**

El tipo de intervención que hemos llevado a cabo ha sido fundamentalmente de tipo formativo, consistente en reuniones periódicas (frecuencia aproximadamente mensual) en un centro de salud urbano y otro rural, para llevar a cabo consultas compartidas y sesiones clínicas en relación con pacientes y temas de la especialidad de Gastroenterología y Hepatología. Dicha intervención fue llevada a cabo por un facultativo de Aparato Digestivo acompañado de un residente de cuarto año de la especialidad. En las consultas compartidas se atendía a pacientes de forma conjunta con su correspondiente médico general, que previamente les había seleccionado. Estas consultas tenían una duración aproximada de 75 minutos. Durante otros 60 minutos se

comentaban en sesión clínica de carácter informal otros casos o problemas sin presencia física del paciente. En ellas se comentaban también otras cuestiones relacionadas con las derivaciones, especialmente lo que se refiere a su pertinencia, así como otros temas de interés clínico y científico. En total se llevaron a cabo en el centro urbano 27 intervenciones y 28 en el centro rural.

#### **1.4 PARÁMETROS VALORADOS**

En nuestro estudio, los parámetros se valoraron a partir de los datos obtenidos del Sistema de Información Clínica del Hospital Universitario Río Hortega registrado en la Agencia Estatal de Protección de Datos.

Éstos han sido los siguientes:

- a. Número de derivaciones por centro y periodo de estudio.
- b. Edad y sexo de los pacientes derivados a consultas externas.
- c. Demora media desde la solicitud de consulta externa por Atención Primaria.
- d. Motivo de las derivaciones dividido en cinco apartados:
  - Tracto digestivo superior
  - Tracto digestivo inferior
  - Patología hepática
  - Páncreas y vías biliares
  - Otros.

Estos motivos se desglosaron en los correspondientes procesos, de acuerdo a los datos obtenidos de la valoración de las derivaciones (tabla 4).

GRUPOS DE DIAGNÓSTICO	PROCESOS
<b>1.Tracto digestivo superior</b>	-Dispepsia/epigastralgia/ <i>Helicobacter pylori</i>
	-Dolor abdominal no epigástrico
	-Disfagia o sospecha de patología esofágica
	-Pirosis
	-Otra patología gástrica (gastroenteritis aguda, etc)
	-Hemorragia digestiva alta
<b>2.Tracto digestivo inferior</b>	-Dolor abdominal/meteorismo
	-Diarrea
	-Estreñimiento
	-Alternancia ritmo intestinal
	-Obstrucción intestinal
	-Rectorragia
	-Diverticulosis
	-Pólipos de colon
	-Hemorroides/otra patología anal
	-Enfermedad celiaca
	-Enfermedad inflamatoria intestinal
<b>3.Hígado</b>	-Serología de hepatitis positiva
	-Hipertransaminasemia
	-Hiperbilirrubinemia/Ictericia
	-Otras alteraciones hepáticas
	-Hallazgos ecográficos: lesiones ocupantes de espacio (LOEs), hepatomegalia, esteatosis
	-Ferritina elevada
	-Cirrosis
<b>4. Vía biliar y páncreas</b>	-Litiasis biliar/colangitis/pólipos vesiculares
	-Patología pancreática
<b>5. Otras</b>	-Anemia/ferropenia/macrocitosis/déficit de vitamina B12
	-Elevación de marcadores tumorales
	-Síndrome constitucional
	-Antecedentes familiares (cáncer colorrectal, etc.)
	-A petición de paciente
	-Otra patología no digestiva

**Tabla 4:** Grupos de diagnóstico y procesos considerados al estudiar los motivos de derivación.

e. Pertinencia.

Se valoró la pertinencia de las derivaciones según los siguientes criterios

analizados en los volantes de derivación solicitados por el facultativo de Atención Primaria:

- Derivación de patologías propias de la especialidad de Gastroenterología y Hepatología.
- Realización de exploraciones diagnósticas accesibles a Atención Primaria previas a la derivación.
- Tratamientos llevados a cabo en Atención Primaria previo a la derivación.

Se consideró pertinente cuando cumplía al menos dos de los requisitos, incluyendo siempre el primero. En caso contrario se consideraba no pertinente. Se consideró dudosa en caso de difícil interpretación de los datos aportados en el volante de derivación o patologías que podrían haber sido probablemente resueltas en Atención Primaria.

- f. Consultas sucesivas generadas por el especialista de Aparato Digestivo a partir de las derivaciones a primeras consultas desde Atención Primaria.
- g. Derivaciones a otras especialidades estudiadas a partir de los pacientes derivados a las consultas de Aparato Digestivo. Este parámetro se analizó globalmente, sin considerar periodos de referencia y de intervención, comparando los centros de intervención con los centros controles.
- h. Asistencia al servicio de Urgencias del Hospital de referencia.
  - Urgencias generales
  - Urgencias ocasionadas por problemas digestivos. Se valoraron los cinco grupos de diagnóstico que se consideraron dentro de los motivos de derivación a las consultas externas.

También se analizaron estos parámetros sin tener en cuenta los periodos del estudio.

- i. Hospitalizaciones por motivos digestivos consideradas asimismo durante el periodo global del estudio.
- j. Pruebas solicitadas por el especialista de Aparato Digestivo en los pacientes derivados desde Atención Primaria, considerando los periodos de referencia y de intervención por separado:
  - Gastroskopias
  - Colonoscopias
  - TAC
  - RMN

## **2. INTERVENCIÓN DEL CONSULTOR DE APARATO DIGESTIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: CONSULTAS COMPARTIDAS Y SESIONES CLÍNICAS**

En este apartado del estudio que representa la intervención que hemos realizado, se ha anotado el número de pacientes atendidos en la consulta compartida, con sus correspondientes diagnósticos, así como el número y diagnóstico de los pacientes comentados en la sesión clínica, en ambos centros de intervención.

Se distribuyeron los motivos de consulta en los cinco grupos de diagnóstico ya descritos previamente en relación con los motivos de derivación a consultas externas de la especialidad. Algunos pacientes presentaban más de un diagnóstico de la especialidad de aparato digestivo, por lo que se contabilizó además el total de los procesos valorados en la consulta y sesiones clínicas.

### 3. ESTUDIO ESTADÍSTICO

El objetivo principal del estudio es el análisis de los cambios producidos en el número de derivaciones. Para ello, se ha calculado el número medio de derivaciones por mes. Aquellos facultativos con menos de 10 derivaciones en el periodo de referencia (periodo 0), se han agrupado en un solo facultativo "ficticio", con el fin de ajustar los datos a una distribución normal.

La variable de interés es el cambio relativo en el número de derivaciones de cada uno de los dos periodos de intervención estudiados en relación al período de referencia, se trata por tanto de razones calculadas como sigue,

$$(1) (N^{\circ} \text{ derivaciones } P_1 - N^{\circ} \text{ derivaciones } P_0) / N^{\circ} \text{ derivaciones } P_0$$

$$(2) (N^{\circ} \text{ derivaciones } P_2 - N^{\circ} \text{ derivaciones } P_0) / N^{\circ} \text{ derivaciones } P_0$$

Además, se ha calculado su diferencia entre los centros de salud donde se desarrolló la intervención y los centros control, así como entre centros rurales y urbanos.

Tanto para dichas variables como para las diferencias calculadas entre centros de intervención /centros control y urbano/rural, se han estimado los correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Se ha considerado un muestreo estratificado de conglomerados en los que el conglomerado es el centro de salud y el estrato el ámbito rural o urbano. Al disponer de un solo conglomerado en cada estrato, hemos estimado la variabilidad entre conglomerados del mismo estrato utilizando el estimador correspondiente a la variabilidad entre todos los conglomerados. Esto produce una sobreestimación del error y por tanto unos intervalos de confianza más conservadores. La metodología utilizada puede encontrarse en muchas

monografías de poblaciones finitas (145).

Para el estudio de la variable "consultas sucesivas al especialista", se ha construido un modelo de regresión logística binaria en el que la variable dependiente es la indicación o solicitud de una consulta sucesiva al especialista. Como variables dependientes, se han incluido: edad (<60 años/>=60 años), sexo, ámbito geográfico (rural/urbano), tipo de centro (intervención/control) y período del estudio. Este análisis nos proporciona valores de Odds Ratio asociados a cada variable corregidos por la presencia de los demás valores en el modelo.

Otros procedimientos estadísticos utilizados han sido:

- Descripción de variables: distribución de frecuencias para las categóricas y media y desviación típica para las cuantitativas.
- Comparación de medias: t de student ó ANOVA. En este último caso, los contrastes a posteriori se han realizado mediante el test de Duncan.
- Variables categóricas: Test de  $\chi^2$ .

Los datos han sido analizados utilizando los programas MS Excel 2007<sup>®</sup> y SPSS<sup>®</sup> (Statistical Package for Social Sciences) 15.0

***RESULTADOS***



## **1. ESTUDIO DE LOS PACIENTES DERIVADOS A LAS CONSULTAS EXTERNAS DE APARATO DIGESTIVO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA**

### **1.1 Número y porcentaje de derivaciones a consultas externas de Aparato Digestivo.**

Como se ha comentado en el apartado de pacientes y métodos, la variable de interés a analizar es el cambio relativo, es decir el porcentaje, en el número de derivaciones de cada uno de los dos periodos de intervención estudiados en relación al período de referencia (período "0") y su diferencia entre los centros de salud donde se desarrolló la intervención y los centros control (tabla 5, figura 1).

En el primer periodo de intervención, se observa una disminución respecto del periodo "0" o de referencia de un 51,45% en el número de derivaciones en los centros de intervención y de un 21,45% en los centros controles. En ambos casos, la disminución es estadísticamente significativa.

Al analizar dicha disminución en el segundo periodo de intervención, se observa que en los centros de intervención el número de derivaciones disminuye un 57,15% y un 27,96% en los centros control. En este caso sólo el cambio producido en los centros de intervención es estadísticamente significativo.

Las diferencias en cuanto a los descensos en el porcentaje de derivaciones entre los centros de intervención y los centro control son de 30% para el primer periodo y de 29,19% para el segundo, siempre a favor de los

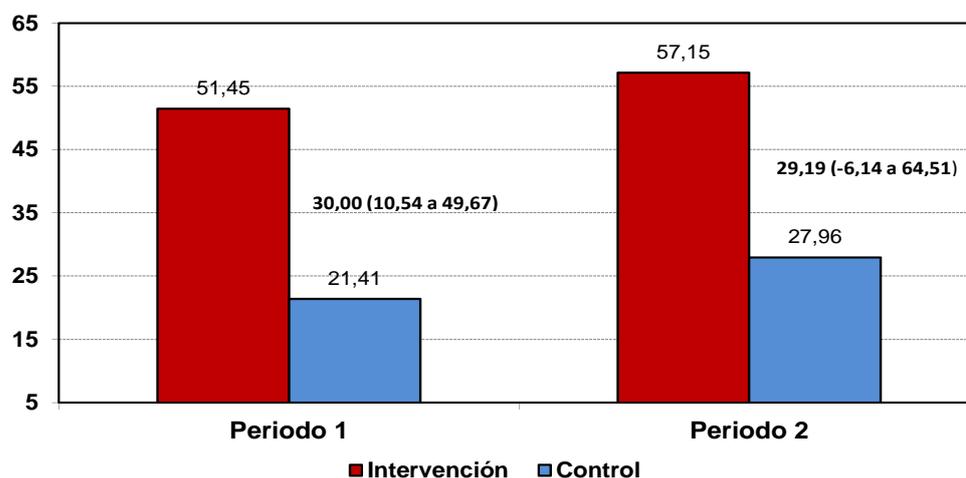
centros de intervención. Dichas diferencias sólo son significativas para el primer período de intervención.

Grupo	Centro	Periodo 0	Periodo intervención 1			Periodo intervención 2		
		Nº deriv/mes	Nº deriv/mes	Dif *	%**	Nº deriv/mes	Dif*	%**
Intervención (I)	Urbano	21,06	10,17	10,89	51,70	7,29	13,77	65,38
	Rural	10,50	5,15	5,35	50,95	6,20	4,34	40,95
	Total	15,78	7,66	8,12	<b>51,45</b> <b>(41,4 a 61,46)</b>	6,76	9,02	<b>57,15</b> <b>(38,99 a 75,31)</b>
Control (C)	Urbano	10,00	6,55	3,45	34,5	6,95	3,05	30,50
	Rural	8,40	7,92	0,48	5,7	6,32	2,08	24,76
	Total	9,20	7,23	1,97	<b>21,41</b> <b>(4,29 a 38,61)</b>	6,63	2,57	<b>27,96</b> <b>(-3,18 a 59,11)</b>
Diferencia I/C				<b>30,00</b> <b>(10,54 a 49,67)</b>			<b>29,19</b> <b>(-6,14 a 64,51)</b>	

\* Diferencia absoluta en relación al periodo de referencia

\*\* Diferencia en términos relativos (%)

**Tabla 5:** Se expresan los cambios en los porcentajes de derivaciones entre los centros de intervención y control, comparando entre éstos, considerando conjuntamente el centro urbano y el rural.



**Figura 1:** Porcentaje de descenso en el número de derivaciones respecto al periodo de referencia.

Cuando se realiza el análisis anterior para el medio rural y el medio urbano por separado, se obtienen los resultados que presentamos en la tabla 6 y figuras 2, 3 y 4.

En el medio urbano las diferencias entre el centro de intervención y control son de 17,21% para el primer periodo y de 34,88% para el segundo. En ninguno de los dos casos son estadísticamente significativas.

En el medio rural, las diferencias entre el centro de intervención y el centro control son de 45,24% para el primer periodo y de 16,19% para el segundo. Dichas diferencias son estadísticamente significativas sólo en el primer periodo.

Grupo	Tipo centro	Periodo 0	Periodo intervención 1			Periodo intervención 2		
		N° deriv/mes	N° deriv/mes	Dif *	%**	N° deriv/mes	Dif*	%**
Urbano	Intervención	21,06	10,17	10,89	51,70	7,29	13,77	65,38
	Control	10,00	6,55	3,45	34,5	6,95	3,05	30,50
	Diferencia I/C				17,21 (-22,51 a 56,94)			34,88 (-37,22 a 106,99)
Rural	Intervención	10,5	5,15	5,35	50,95	6,20	4,34	40,95
	Control	8,40	7,92	0,48	5,71	6,32	2,08	24,76
	Diferencia I/C				45,24 (5,51 a 84,97)			16,19 (-55,91 a 88,29)

\* Diferencia absoluta en relación al periodo de referencia

\*\* Diferencia en términos relativos (%)

**Tabla 6:** Se expresan los cambios en los porcentajes de derivaciones entre los centros de intervención y control, comparando por separado los urbanos y los rurales.

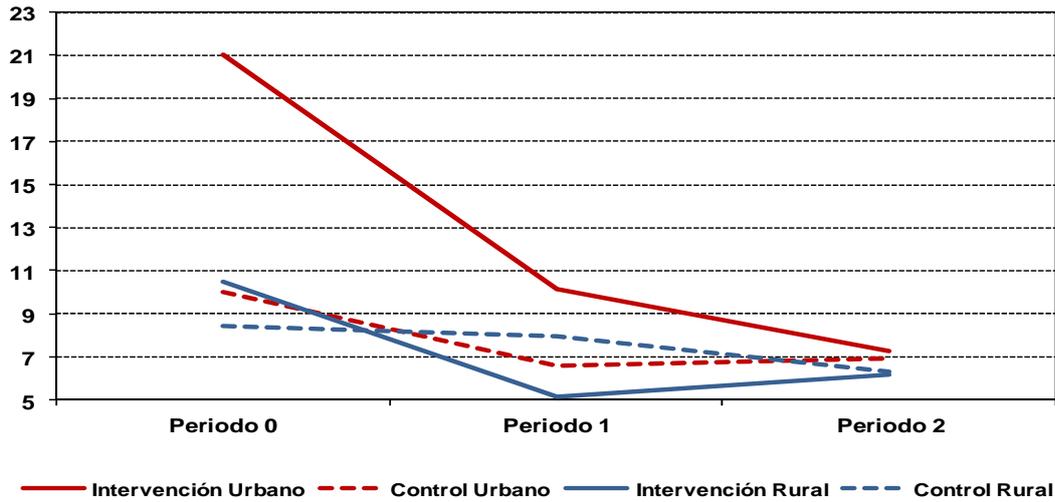


Figura 2: Número medio de derivaciones por centro y periodo

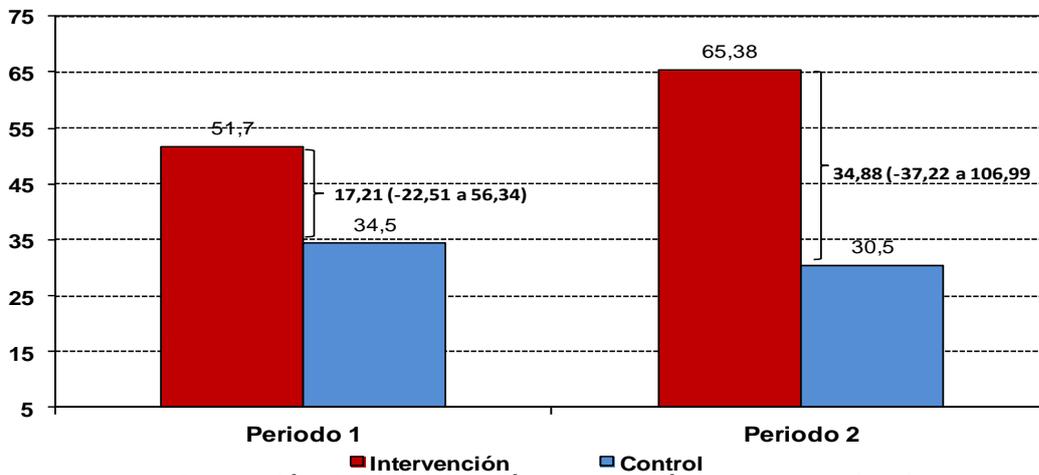


Figura 3: Proporción de disminución en el número de derivaciones respecto del periodo inicial. Medio urbano.

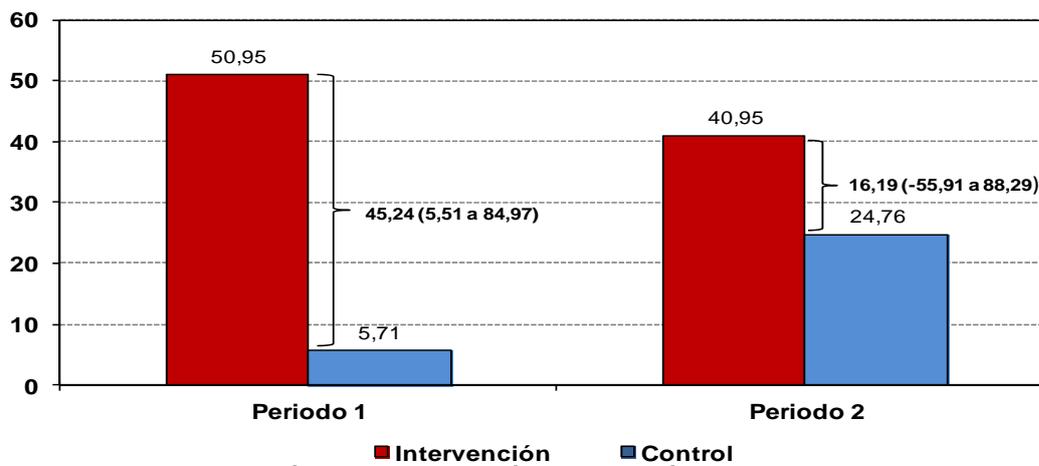


Figura 4: Proporción de disminución en el número de derivaciones respecto del periodo inicial. Medio rural.

## 1.2 Edad.

La edad, considerando conjuntamente los cuatro centros, osciló entre 14 y 94 años. La media fue de  $55,98 \pm 18,14$  y de  $54,02 \pm 17,56$  años en los centros urbanos de intervención y control y  $51,67 \pm 18,63$  y de  $53,64 \pm 17,93$  años en los centros rurales de intervención y control respectivamente. Hubo una diferencia significativa ( $p=0,011$ ) entre los centros urbano y rural de intervención (tabla 7, figura 5).

Tipo de centro	N	Media (edad)	Desviación típica	p
URBANO INTERVENCION	516	55,98 <sup>1</sup>	18,143	0,011
URBANO CONTROL	322	54,02 <sup>1,2</sup>	17,564	
RURAL INTERVENCION	296	51,67 <sup>1,2</sup>	18,630	
RURAL CONTROL	315	53,64 <sup>2</sup>	17,929	
<b>Total</b>	1449	54,16	18,122	

<sup>1,2</sup>: Subconjuntos homogéneos para  $\alpha=0.5$

Tabla 7: Edad (Media $\pm$ Desviación típica)

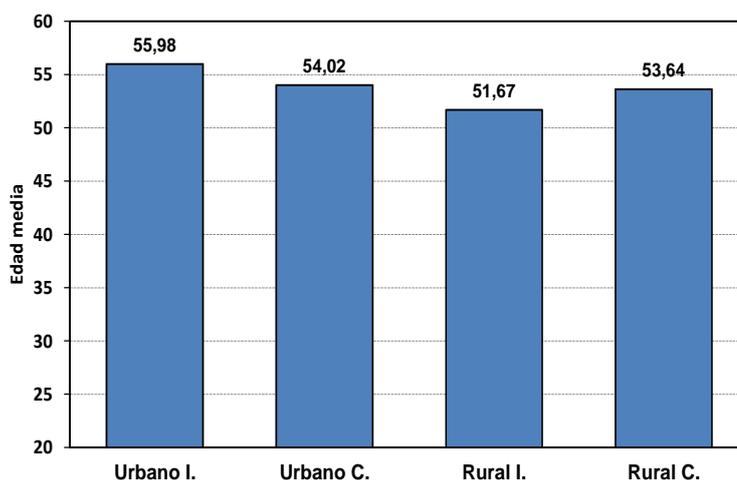


Figura 5: Representación gráfica de medias de edad correspondientes a los cuatro centros (I=intervención, C=control).

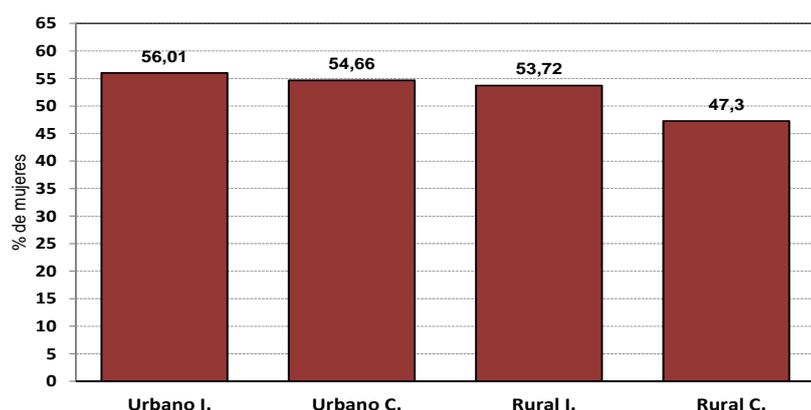
### 1.3 Sexo.

La distribución por sexos se presenta en la tabla 8 y figura 6. Se observa un ligero predominio de los varones en todos los centros excepto en el centro rural control. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En el total de la población estudiada conjuntamente de los cuatro centros, hubo 46,7% de varones y 53,3% de mujeres.

CENTRO	SEXO		Total	p
	Varón	Mujer		
Urbano intervención	N	227	289	ns
	%	44%	56%	
Urbano control	N	146	176	
	%	45,30%	54,70%	
Rural intervención	N	137	159	
	%	46,30%	53,70%	
Rural control	N	166	149	
	%	52,70%	47,30%	
Total	N	676	773	
	%	46,70%	53,30%	

**Tabla 8:** Distribución en número y porcentaje de varones y mujeres en los cuatro centros de salud y en la población total estudiada.



**Figura 6:** Representación gráfica de los porcentajes de sexo femenino correspondientes a los cuatro centros (I=intervención, C=control).

#### 1.4 Demoras medias.

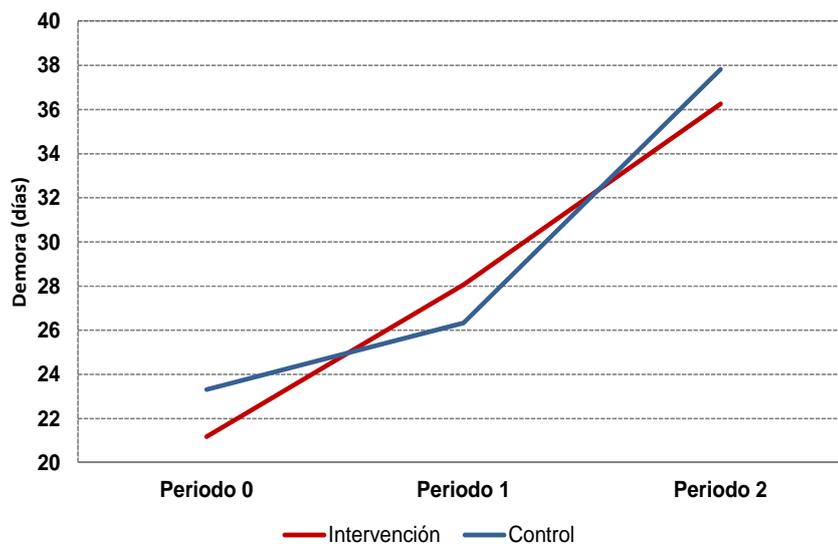
Analizando los centros de intervención y de control, sin tener en cuenta el medio rural o urbano, se detectó un ascenso progresivo en la demora media, tanto en los centros de intervención como en los controles (figura 7), con diferencias significativas entre los periodos de referencia 0 y los periodos 1 y 2 ( $p < 0,0001$ ) (tabla 9).

Al considerar por separado los cuatro centros de salud, observamos esta tendencia ascendente entre todos ellos (figura 8), existiendo asimismo diferencias estadísticamente significativas globalmente entre los 3 periodos al considerar cada uno de estos centros ( $p < 0,0001$ ) (Tabla 10). Los contrastes a posteriori revelan diferencias significativas entre los tres periodos, a excepción del centro rural control en el que no hay diferencias entre el periodo 0 y 1.

CENTRO	Periodo	N	Media	DT	Mínimo	Máximo	p
Intervención	0	379	21,18 <sup>1</sup>	8,406	1	47	<0,0001
	1	271	28,06 <sup>2</sup>	14,698	0	70	
	2	162	36,25 <sup>3</sup>	15,397	4	71	
Control	0	221	23,32 <sup>1</sup>	9,579	3	49	<0,0001
	1	251	26,33 <sup>2</sup>	12,524	0	71	
	2	165	37,82 <sup>3</sup>	14,856	6	99	

<sup>1,2,3</sup>: Subconjuntos homogéneos para  $\alpha=0.05$

**Tabla 9.** Demora en días de la derivación a Atención Especializada desde centros de intervención y control. Media y desviación típica.

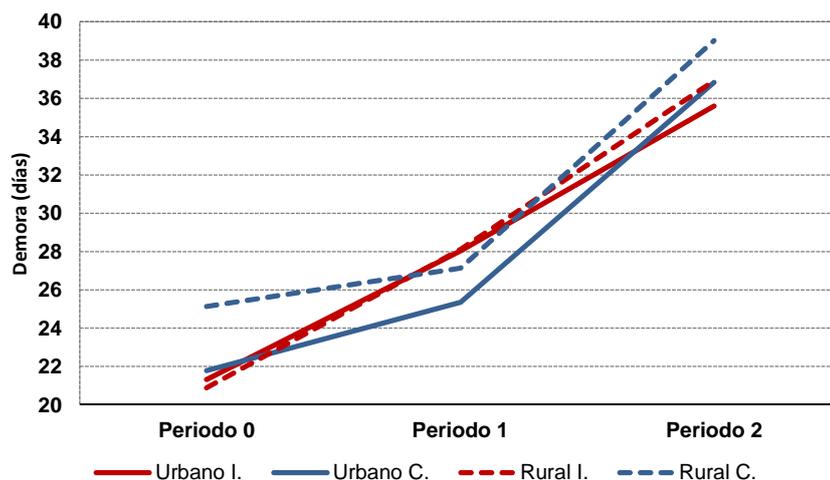


**Figura 7:** Evolución de la demora media en los periodos considerados en los centros de intervención y de control.

CENTRO	Periodo	N	Media	DT	Mín.	Máx.	p
Urbano intervención	0	253	21,32 <sup>1</sup>	8,436	2	47	<0,0001
	1	182	28,03 <sup>2</sup>	14,364	2	70	
	2	81	35,59 <sup>3</sup>	16,204	4	69	
Urbano control	0	120	21,79 <sup>1</sup>	9,225	3	49	<0,0001
	1	113	25,35 <sup>2</sup>	12,867	0	58	
	2	89	36,82 <sup>3</sup>	16,291	6	99	
Rural intervención	0	126	20,89 <sup>1</sup>	8,372	1	43	<0,0001
	1	89	28,11 <sup>2</sup>	15,441	0	67	
	2	81	36,91 <sup>3</sup>	14,617	4	71	
Rural control	0	101	25,13 <sup>1</sup>	9,720	6	47	<0,0001
	1	138	27,13 <sup>1</sup>	12,225	5	71	
	2	76	39,00 <sup>2</sup>	12,985	7	78	

<sup>1,2,3</sup>: Subconjuntos homogéneos para  $\alpha=0.05$

**Tabla 10:** Demora en días de la derivación a Atención Especializada desde centros de intervención y control, considerando por separado los centros urbanos y los rurales. Media y desviación típica.



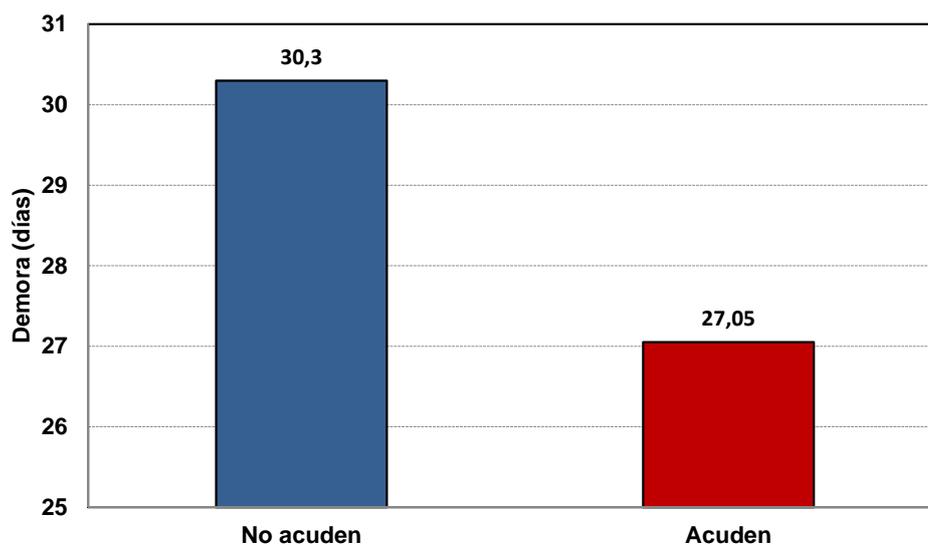
**Figura 8:** Evolución de la demora media en los periodos considerados en los centros de intervención y de control, separando los cuatro centros de salud del estudio.

Relación de la demora con la asistencia a la cita de consulta:

Ésta fue más elevada de forma significativa ( $30,30 \pm 14,89$  días) en los 94 pacientes que no acuden a la cita, en relación con los 1.355 que acuden ( $27,05 \pm 13,50$  días) ( $p=0,025$ ) (tabla 11 y figura 9).

	ACUDEN A LA CONSULTA	N	MEDIA	DESVIACIÓN TIPICA	p
DEMORA	NO	94	30,3	14,886	0,025
	SI	1355	27,05	13,496	

**Tabla 11:** Demora en días de la derivación, considerando los pacientes que no acuden a la cita de consulta externa y los que acuden a la misma.



**Figura 9:** Relación entre la demora y el porcentaje de pacientes que acuden o no a la cita de la consulta externa.

### 1.5 Motivos de consulta.

Los motivos de consulta se expresan en las tablas 12 a 15 , donde se desglosan por periodos, incluyendo el motivo principal, y en caso de existir, un motivo secundario. Este se presentó en 417 casos (30,8%). Además en 57 casos (4,2%) existía un tercer motivo de consulta. Como motivo principal en los cuatro centros del estudio, predominó la dispepsia, el dolor abdominal no epigástrico y las alteraciones del tránsito intestinal, y como segundo motivo destacan los síntomas esofágicos (especialmente pirosis).

La asociación más frecuente de motivos de consulta fue entre dispepsia y pirosis, detectándose en 49 casos, que corresponde al 17,2 % de los pacientes que eran derivados por dispepsia (285 casos).

Los motivos de consulta se agruparon en cinco grupos diagnósticos,

observándose una distribución bastante similar en los cuatro centros. En todos ellos hubo un predominio de la patología del tracto digestivo superior, tanto en el periodo de referencia como en el de intervención. Solamente en el grupo urbano de intervención, la distribución de los grupos diagnósticos fue diferente de forma estadísticamente significativa, al comparar el periodo de referencia con el de intervención ( $p=0,031$ ) (tabla 16 y figuras 10 a 15).

CENTRO URBANO DE INTERVENCIÓN								
GRUPOS DE DIAGNÓSTICO	PROCESOS		MOTIVO DE CONSULTA 1			MOTIVO DE CONSULTA 2		
			PERIODO			PERIODO		
			0	1+2	Total	0	1+2	Total
Tracto digestivo superior	Dispepsia/Epigastralgia/Gastritis/ulcus	N %	<b>62</b> <b>(26,7)</b>	<b>54</b> <b>(23)</b>	<b>116</b> <b>(24,8)</b>	2 (2,7)	3 (4,3)	5 (3,5)
	Patología esofágica (ERGE, etc.)	N %	20 (8,6)	18 (7,7)	<b>38</b> <b>(25,5)</b>	<b>10</b> <b>(13,7)</b>	<b>8</b> <b>(11,6)</b>	<b>18</b> <b>(12,7)</b>
	Hemorragia digestiva alta	N %	2 (0,9)	2 (0,9)	4 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tracto digestivo inferior	Abdominalgia/meteorismo	N %	<b>40</b> <b>(17,3)</b>	<b>46</b> <b>(19,6)</b>	<b>86</b> <b>(18,4)</b>	<b>8</b> <b>(11)</b>	4 (5,8)	12 (8,5)
	Alteraciones tránsito intestinal	N %	<b>33</b> <b>(14,3)</b>	<b>27</b> <b>(11,6)</b>	<b>60</b> <b>(12,8)</b>	<b>17</b> <b>(23,3)</b>	<b>14</b> <b>(20,2)</b>	<b>31</b> <b>(21,8)</b>
	Rectorragia	N %	9 (3,9)	10 (4,3)	19 (4,1)	5 (6,8)	3 (4,3)	8 (5,6)
	Riesgo cáncer colorectal (pólipos, antecedentes familiares)	N %	8 (3,4)	10 (4,3)	18 (3,9)	4 (5,5)	2 (2,9)	6 (4,2)
	Otras (divertículos, hemorroides)	N %	9 (3,9)	3 (1,3)	12 (8,6)	2 (2,8)	5 (7,2)	7 (4,9)
Patología hepática	Alteraciones de las pruebas de función hepática (hipertransaminasemia, etc)	N %	18 (7,8)	17 (7,3)	35 (7,5)	5 (6,9)	3 (4,3)	8 (5,6)
	Serología virus hepatitis	N %	7 (6,6)	10 (4,2)	17 (3,7)	0 (0,0)	5 (7,2)	5 (3,5)
	Ictericia	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	1 (1,4)	2 (1,4)
	LOES hepáticas	N %	6 (2,6)	7 (3,0)	13 (2,8)	2 (2,7)	1 (1,4)	3 (2,1)
	Otras (cirrosis, etc)	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Patología vía biliar/páncreas	Patología biliar	N %	5 (2,2)	1 (0,4)	6 (1,3)	3 (4,1)	5 (7,2)	8 (5,6)
	Patología pancreática	N %	2 (0,9)	1 (0,4)	3 (0,6)	2 (2,7)	0 (0,0)	2 (1,4)
Otras	Anemia/ferropenia	N %	3 (1,3)	2 (0,9)	5 (1,1)	1 (1,4)	2 (2,9)	3 (2,1)
	Síndrome constitucional	N %	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,2)	<b>9</b> <b>(12,3)</b>	<b>9</b> <b>(13,0)</b>	<b>18</b> <b>(12,7)</b>
	Revisión patología ya diagnosticada	N %	4 (1,7)	17 (7,2)	21 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Otra patología no digestiva	N %	2 (0,9)	5 (2,1)	7 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	A petición del paciente	N %	1 (0,4)	2 (0,9)	3 (0,6)	0 (0,0)	4 (5,8)	4 (2,8)
	Miscelánea (halitosis, etc)	N %	1 (0,4)	2 (0,9)	3 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>TOTAL</b>		N %	232 (100)	235 (100)	467 (100)	73 (100)	69 (100)	142 (100)

**Tabla 12:** Motivos de consulta, principal (motivo 1) y secundario (motivo 2) en centro urbano de intervención. En negrita se muestran las patologías más frecuentes (>10%). (Periodo 0: referencia, periodo 1+2: intervención).

CENTRO URBANO CONTROL								
GRUPOS DE DIAGNÓSTICO	PROCESOS		MOTIVO DE CONSULTA 1			MOTIVO DE CONSULTA 2		
			PERIODO			PERIODO		
			0	1+2	Total	0	1+2	Total
Tracto digestivo superior	Dispepsia/Epigastralgia/Gastritis/ulcus	N %	<b>33</b> <b>(30.2)</b>	<b>52</b> <b>(26.9)</b>	<b>88</b> <b>(28.2)</b>	<b>5</b> <b>(10.6)</b>	<b>5</b> <b>(8)</b>	<b>10</b> <b>(9,1)</b>
	Patología esofágica (ERGE, etc.)	N %	9 (7,6)	18 (9,3)	27 (8,6)	<b>6</b> <b>(12,8)</b>	<b>10</b> <b>(15,9)</b>	<b>16</b> <b>(14,5)</b>
	Hemorragia digestiva alta	N %	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
Tracto digestivo inferior	Abdominalgia/meteorismo	N %	<b>28</b> <b>(23,5)</b>	<b>22</b> <b>(11,4)</b>	<b>50</b> <b>(16)</b>	2 (4,3)	4 (6,4)	6 (5,4)
	Alteraciones tránsito intestinal	N %	<b>14</b> <b>(11,7)</b>	<b>28</b> <b>(14,5)</b>	<b>42</b> <b>(13,5)</b>	<b>12</b> <b>(25,6)</b>	<b>15</b> <b>(23,8)</b>	<b>27</b> <b>(24,5)</b>
	Rectorragia	N %	3 (2,5)	9 (4,7)	12 (3,8)	4 (8,5)	2 (3,2)	6 (5,5)
	Riesgo cáncer colorectal (pólipos, antecedentes familiares)	N %	4 (3,3)	12 (6,2)	16 (5,1)	3 (6,4)	5 (8,0)	8 (7,2)
	Otras (divertículos, hemorroides)	N %	1 (0,8)	1 (0,5)	2 (0,6)	1 (2,1)	1 (1,6)	2 (1,8)
Patología hepática	Alteraciones de las pruebas de función hepática (hipertransaminasemia, etc)	N %	7 (5,9)	18 (9,3)	25 (8,0)	2 (4,2)	0 (0,0)	2 (1,8)
	Serología virus hepatitis	N %	5 (4,2)	9 (4,6)	14 (4,6)	0 (0,0)	2 (3,2)	2 (1,8)
	Ictericia	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
	LOES hepáticas	N %	0 (0,0)	2 (1,0)	2 (0,6)	1 (2,1)	2 (3,2)	3 (2,7)
	Otras (cirrosis, etc)	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Patología vía biliar/ páncreas	Patología biliar	N %	1 (0,8)	6 (3,1)	7 (2,2)	1 (2,1)	2 (3,2)	3 (2,7)
	Patología pancreática	N %	1 (0,8)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Otras	Anemia/ferropenia	N %	3 (2,5)	4 (2,1)	7 (2,2)	2 (4,3)	2 (3,2)	4 (3,6)
	Síndrome constitucional	N %	0 (0,5)	1 (0,5)	1 (0,3)	2 (4,3)	<b>9</b> <b>(14,3)</b>	<b>11</b> <b>(10,0)</b>
	Revisión patología ya diagnosticada	N %	4 (3,4)	5 (2,6)	9 (2,9)	1 (2,1)	4 (6,3)	5 (4,5)
	Otra patología no digestiva	N %	2 (1,7)	2 (1,0)	4 (1,3)	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (0,9)
	A petición del paciente	N %	0 (0,0)	1 (0,5)	1 (0,3)	2 (4,3)	0 (0,0)	2 (1,8)
	Miscelánea (halitosis, etc)	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>TOTAL</b>		N %	119 (100)	193 (100)	312 (100)	47 (100)	63 (100)	110 (100)

**Tabla 13:** Motivos de consulta, principal (motivo 1) y secundario (motivo 2) en centro urbano control. En negrita se muestran las patologías más frecuentes (>10%).(Periodo 0: referencia, periodo 1+2: intervención).

CENTRO RURAL DE INTERVENCIÓN								
GRUPOS DIAGNÓSTICOS	PROCESOS		MOTIVO DE CONSULTA 1			MOTIVO DE CONSULTA 2		
			PERIODO			PERIODO		
			0	1+2	Total	0	1+2	Total
Tracto digestivo superior	Dispepsia/Epigastralgia/Gastritis/ ulcus	N %	<b>29</b> <b>(24,3)</b>	<b>45</b> <b>(28,0)</b>	<b>74</b> <b>(26,4)</b>	<b>3</b> <b>(10,7)</b>	<b>3</b> <b>(6,3)</b>	<b>6</b> <b>(7,9)</b>
	Patología esofágica (ERGE, etc.)	N %	<b>13</b> <b>(10,9)</b>	10 (6,2)	23 (8,2)	<b>4</b> <b>(14,3)</b>	<b>7</b> <b>(14,6)</b>	<b>11</b> <b>(14,4)</b>
	Hemorragia digestiva alta	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (2,1)	2 (2,6)
Tracto digestivo inferior	Abdominalgia/meteorismo	N %	<b>22</b> <b>(18,5)</b>	<b>41</b> <b>(25,5)</b>	<b>63</b> <b>(22,5)</b>	1 (3,6)	3 (6,3)	4 (5,2)
	Alteraciones tránsito intestinal	N %	<b>19</b> <b>(16,0)</b>	11 (6,8)	<b>30</b> <b>(10,6)</b>	<b>4</b> <b>(14,3)</b>	<b>12</b> <b>(25,0)</b>	<b>16</b> <b>(21,0)</b>
	Rectorragia	N %	5 (4,2)	11 (6,8)	16 (5,7)	<b>3</b> <b>(10,7)</b>	<b>5</b> <b>(10,4)</b>	<b>8</b> <b>(10,5)</b>
	Riesgo cáncer colorectal (pólipos, antecedentes familiares)	N %	7 (5,9)	2 (1,2)	9 (3,2)	2 (7,1)	<b>7</b> <b>(14,6)</b>	<b>9</b> <b>(11,8)</b>
	Otras (divertículos, hemorroides)	N %	4 (3,4)	8 (4,9)	12 (4,3)	1 (3,6)	1 (2,1)	2 (2,6)
Patología hepática	Alteraciones de las pruebas de función hepática (hipertransaminasemia, etc)	N %	8 (6,7)	4 (2,5)	12 (4,3)	2 (7,1)	1 (2,1)	3 (3,9)
	Serología virus hepatitis	N %	2 (1,7)	6 (3,7)	8 (2,9)	1 (3,6)	0 (0,0)	1 (1,3)
	Ictericia	N %	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,3)
	LOES hepáticas	N %	2 (1,7)	0 (0,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,3)
	Otras (cirrosis, etc)	N %	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Patología vía biliar/páncreas	Patología biliar	N %	2 (1,7)	10 (6,2)	12 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Patología pancreática	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Otras	Anemia/ferropenia	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (2,1)	2 (2,6)
	Síndrome constitucional	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	1 (2,1)	2 (2,6)
	Revisión patología ya diagnosticada	N %	4 (3,4)	3 (1,9)	7 (2,5)	2 (7,1)	1 (2,1)	3 (3,9)
	Otra patología no digestiva	N %	0 (0,0)	3 (1,9)	3 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	A petición del paciente	N %	1 (0,8)	2 (1,2)	3 (1,1)	2 (7,1)	1 (2,1)	3 (3,9)
	Miscelánea (halitosis, etc)	N %	1 (0,8)	3 (1,9)	4 (1,4)	0 (0,0)	2 (4,2)	2 (2,6)
<b>TOTAL</b>		N %	119 100	161 100	280 100	28 100	48 100	76 100

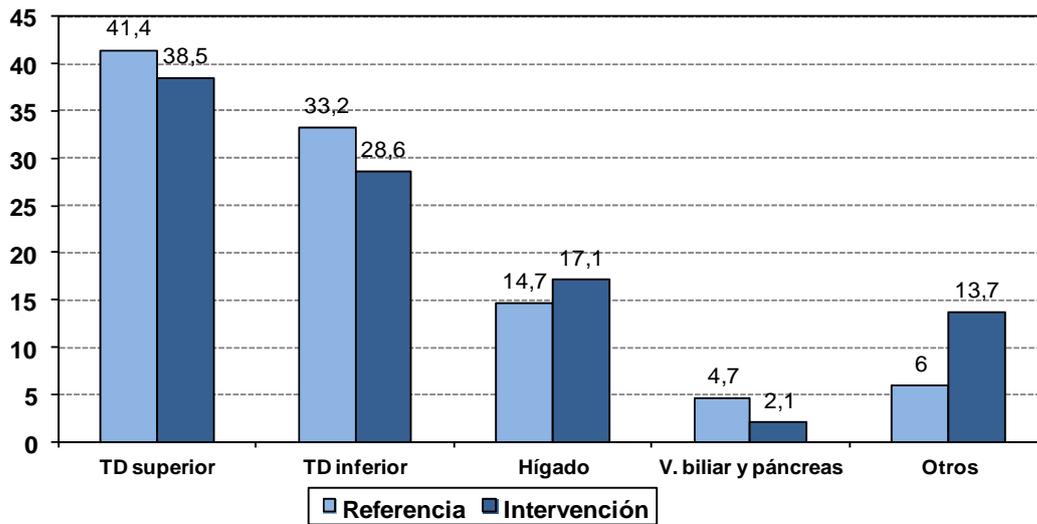
**Tabla 14:** Motivos de consulta, principal (motivo 1) y secundario (motivo 2) en centro rural de intervención. En negrita se muestran las patologías más frecuentes (>10%).(Periodo 0: referencia, periodo 1+2: intervención).

CENTRO RURAL CONTROL								
GRUPOS DIAGNÓSTICOS	PROCESOS		MOTIVO DE CONSULTA 1			MOTIVO DE CONSULTA 2		
			PERIODO			PERIODO		
			0	1+2	Total	0	1+2	Total
Tracto digestivo superior	Dispepsia/Epigastralgia/Gastritis/ ulcus	N %	<b>21</b> <b>(21,9)</b>	<b>44</b> <b>(22)</b>	<b>65</b> <b>(22)</b>	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,1)
	Patología esofágica (ERGE, etc.)	N %	<b>10</b> <b>(10,4)</b>	<b>29</b> <b>(14,5)</b>	<b>39</b> <b>(13,2)</b>	<b>6</b> <b>(20,7)</b>	<b>10</b> <b>(16,7)</b>	<b>16</b> <b>(18,0)</b>
	Hemorragia digestiva alta	N %	0 (0,0)	2 (1,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tracto digestivo inferior	Abdominalgia/meteorismo	N %	<b>17</b> <b>(17,7)</b>	<b>33</b> <b>(16,5)</b>	<b>50</b> <b>(16,9)</b>	1 (3,4)	3 (5,0)	4 (4,5)
	Alteraciones tránsito intestinal	N %	6 (6,3)	<b>29</b> <b>(14,5)</b>	<b>35</b> <b>(11,8)</b>	<b>6</b> <b>(20,6)</b>	<b>11</b> <b>(18,3)</b>	<b>17</b> <b>(19,0)</b>
	Rectorragia	N %	3 (3,1)	4 (2,0)	7 (2,4)	<b>7</b> <b>(24,1)</b>	4 (6,7)	<b>11</b> <b>(12,4)</b>
	Riesgo cáncer colorectal (pólipos, antecedentes familiares)	N %	7 (7,3)	4 (2,0)	11 (3,7)	0 (0,0)	4 (6,7)	4 (4,5)
	Otras (divertículos, hemorroides)	N %	0 (0,0)	4 (2,0)	4 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Patología hepática	Alteraciones de las pruebas de función hepática (hipertransaminasemia, etc)	N %	<b>14</b> <b>(14,6)</b>	<b>30</b> <b>(15,0)</b>	<b>44</b> <b>(14,9)</b>	2 (6,8)	<b>7</b> <b>(11,7)</b>	<b>9</b> <b>(10,1)</b>
	Serología virus hepatitis	N %	1 (1,0)	8 (4,0)	9 (3,1)	2 (6,9)	4 (6,7)	6 (6,7)
	Ictericia	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	LOES hepáticas	N %	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	1 (3,4)	4 (6,7)	5 (5,6)
	Otras (cirrosis, etc)	N %	2 (2,1)	0 (0,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Patología vía biliar/páncreas	Patología biliar	N %	3 (3,1)	2 (1,0)	5 (1,7)	1 (3,4)	3 (5,0)	4 (4,5)
	Patología pancreática	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Otras	Anemia/ferropenia	N %	2 (2,1)	2 (1,0)	4 (1,4)	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,1)
	Síndrome constitucional	N %	1 (1,0)	1 (0,5)	2 (0,7)	1 (3,4)	5 (8,3)	6 (6,7)
	Revisión patología ya diagnosticada	N %	4 (4,2)	5 (2,5)	9 (3,0)	1 (3,4)	2 (3,3)	3 (3,4)
	Otra patología no digestiva	N %	3 (3,1)	3 (1,5)	6 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	A petición del paciente	N %	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)	0 (0,0)	1 (1,1)
	Miscelánea (halitosis, etc)	N %	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	1 (1,1)
<b>TOTAL</b>		N %	96 100	200 100	296 100	29 100	60 100	89 100

**Tabla 15:** Motivos de consulta, principal (motivo 1) y secundario (motivo 2) en centro rural control. En negrita se muestran las patologías más frecuentes (>10%).(Periodo 0: referencia, periodo 1+2: intervención).

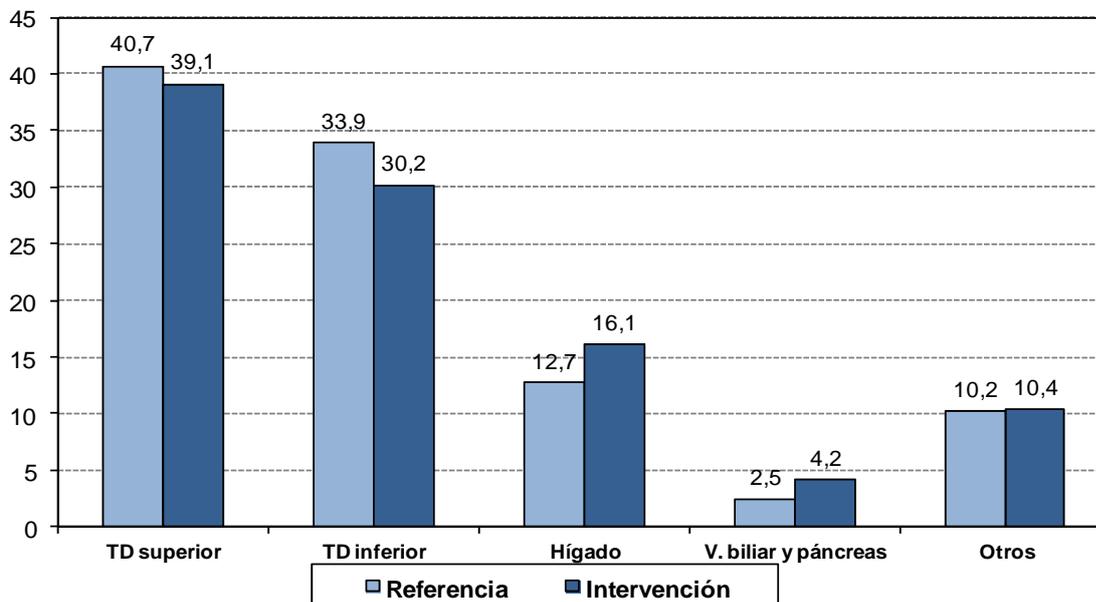
CENTRO	GRUPOS DE DIAGNÓSTICO	DE	PERIODO 0 (Referencia)	PERIODOS 1 Y 2 (Intervención)	TOTAL	p
Urbano intervención	Tracto digestivo superior	N	96	90	186	0,031
		%	41,4%	38,5%	39,9%	
	Tracto digestivo inferior	N	77	67	144	
		%	33,2%	28,6%	30,9%	
	Hígado	N	34	40	74	
	%	14,7%	17,1%	15,9%		
	Vía biliar y páncreas	N	11	5	16	
%	4,7%	2,1%	3,4%			
Otras	N	14	32	46		
	%	6,0%	13,7%	9,9%		
Total	N	232	234	466		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		
Urbano control	Tracto digestivo superior	N	48	75	123	ns
		%	40,7%	39,1%	39,7%	
	Tracto digestivo inferior	N	40	58	98	
		%	33,9%	30,2%	31,6%	
	Hígado	N	15	31	46	
	%	12,7%	16,1%	14,8%		
	Vía biliar y páncreas	N	3	8	11	
%	2,5%	4,2%	3,5%			
Otras	N	12	20	32		
	%	10,2%	10,4%	10,3%		
Total	N	118	192	310		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		
Rural intervención	Tracto digestivo superior	N	54	73	127	ns
		%	45,4%	45,3%	45,4%	
	Tracto digestivo inferior	N	37	52	89	
		%	31,1%	32,3%	31,8%	
	Hígado	N	15	15	30	
	%	12,6%	9,3%	10,7%		
	Vía biliar y páncreas	N	2	10	12	
%	1,7%	6,2%	4,3%			
Otras	N	11	11	22		
	%	9,2%	6,8%	7,9%		
Total	N	119	161	280		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		
Rural control	Tracto digestivo superior	N	36	83	119	ns
		%	37,5%	41,7%	40,3%	
	Tracto digestivo inferior	N	23	55	78	
		%	24,0%	27,6%	26,4%	
	Hígado	N	18	45	63	
	%	18,8%	22,6%	21,4%		
	Vía biliar y páncreas	N	4	3	7	
%	4,2%	1,5%	2,4%			
Otras	N	15	13	28		
	%	15,6%	6,5%	9,5%		
Total	N	96	199	295		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

**Tabla 16:** Motivos de consulta por grupos de diagnóstico en los cuatro centros.



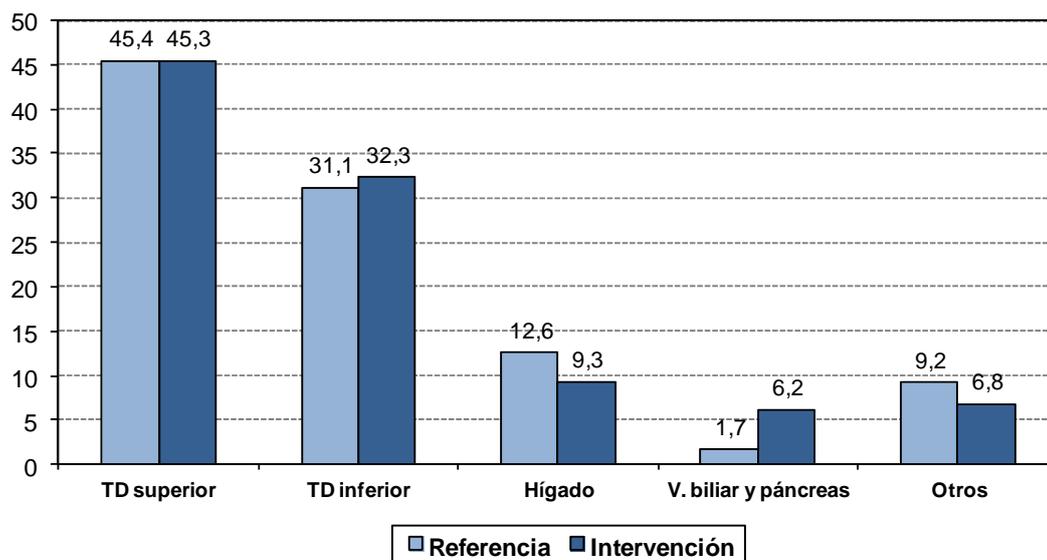
**Figura 10:** Motivos de consulta (%) por grupos de diagnóstico en centro urbano de intervención.

(TD: Tracto digestivo)



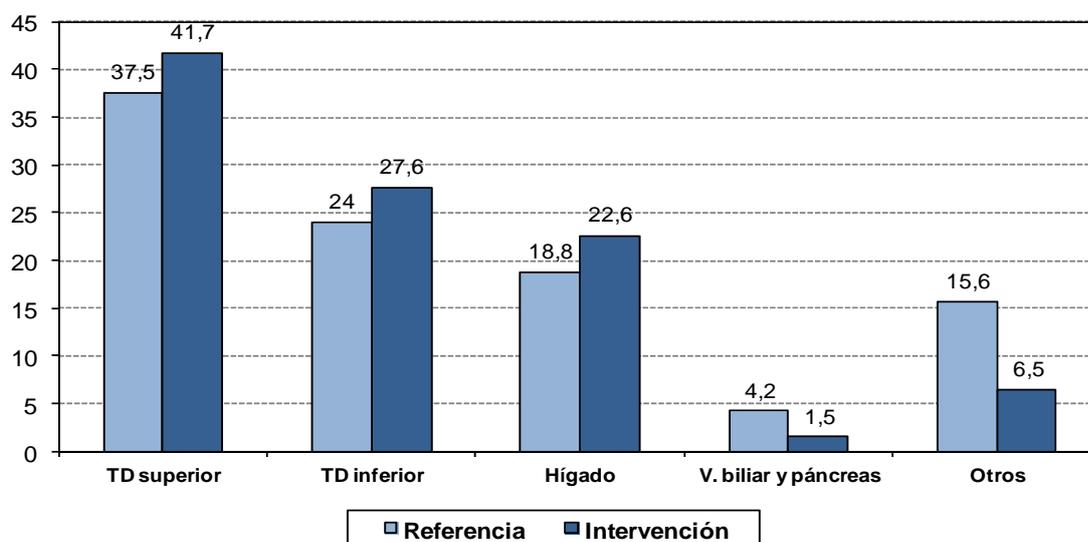
**Figura 11:** Motivos de consulta (%) por grupos de diagnóstico en centro urbano control.

(TD: Tracto digestivo)



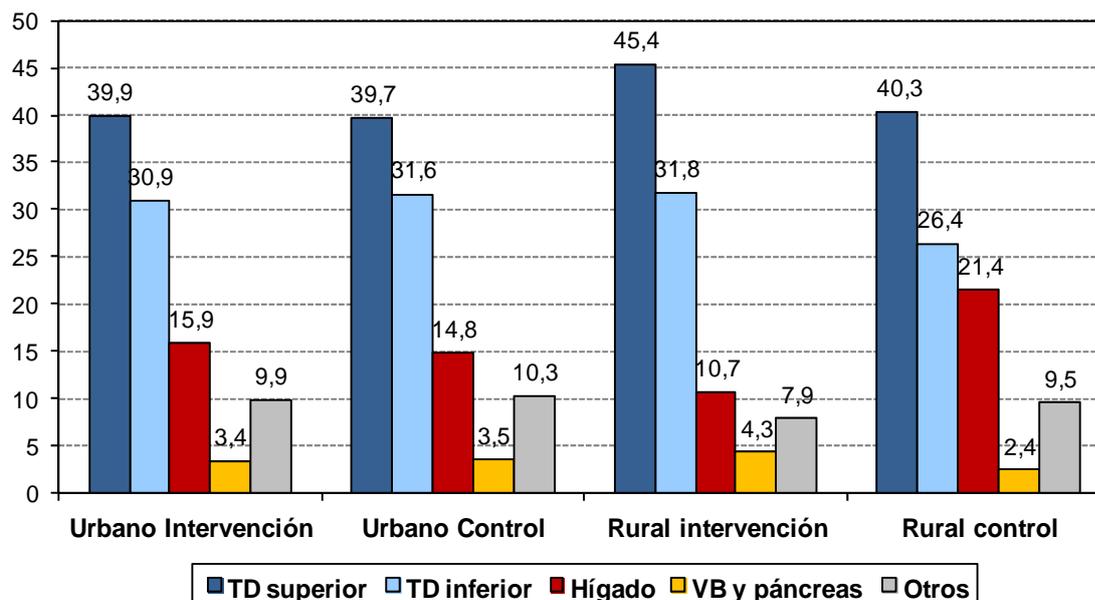
**Figura 12:** Motivos de consulta (%) por grupos de diagnóstico en centro rural de intervención.

(TD: Tracto digestivo)



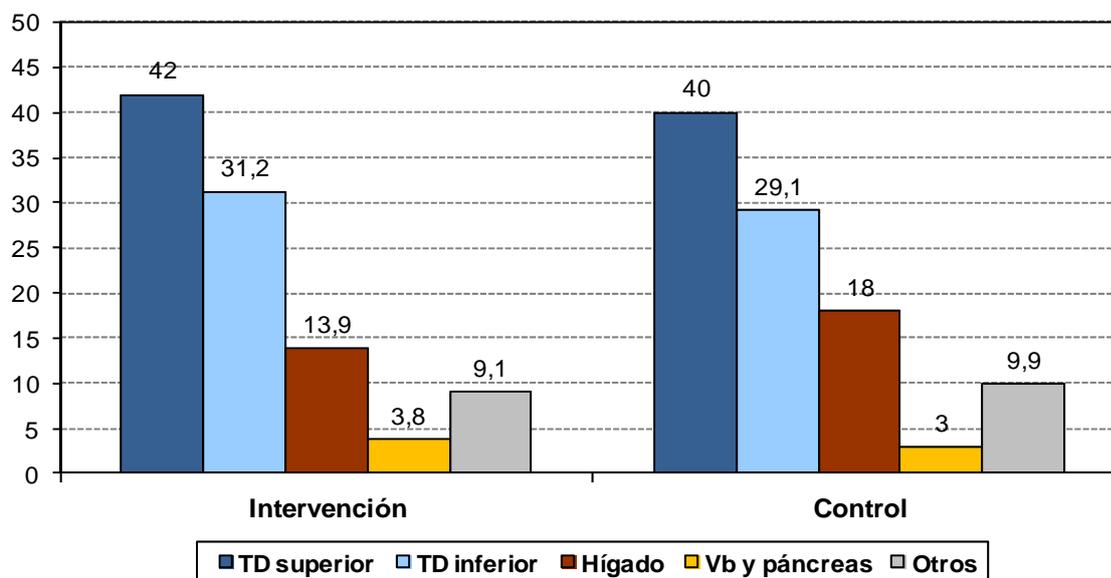
**Figura 13:** Motivos de consulta (%) por grupos de diagnóstico en centro rural control.

(TD: Tracto digestivo)



**Figura 14:** Motivos de consulta (%) por grupos de diagnóstico y por centro durante todo el periodo de estudio.

(TD: Tracto digestivo)



**Figura 15:** Motivos de consulta por grupos de diagnóstico. Centros de intervención y centros control durante todo el periodo de estudio

(TD: Tracto digestivo)

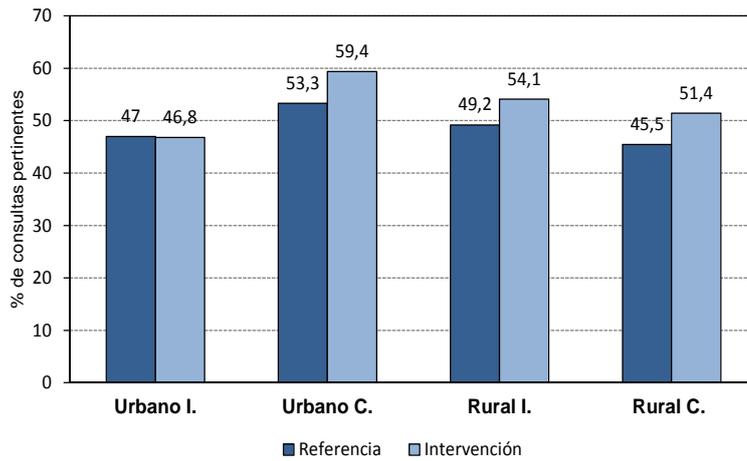
## **1.6 Pertinencia de las derivaciones.**

Al analizar la pertinencia de las derivaciones no se obtuvieron diferencias significativas al comparar los porcentajes de derivaciones pertinentes entre el periodo de referencia y de intervención, tanto al considerar los cuatro centros individualmente (tabla 17 y figura 16), como al agruparlos por centros controles y de intervención (figura 17).

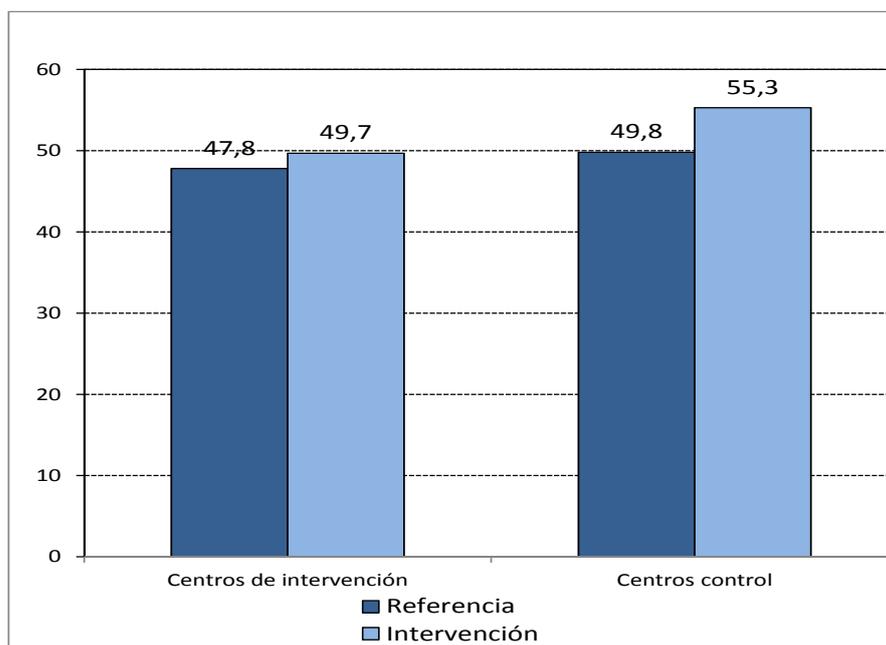
De hecho, en todos los centros se muestra una tendencia al descenso de los porcentajes de derivaciones no pertinentes, afectando tanto a los centros de intervención como a los controles. De la misma manera, existe una tendencia al aumento del porcentaje de derivaciones pertinentes, a excepción del centro urbano de intervención.

CENTRO	PERTINENCIA		PERIODO 0 (Referencia)	PERIODOS 1 Y 2 (Intervención)	TOTAL	p
<b>Urbano intervención</b>	Si	N %	119 47,0%	123 46,8%	242 46,9%	ns
	No	N %	107 42,3%	103 39,2%	210 40,7%	
	Dudosa	N %	6 2,4%	9 3,4%	15 2,9%	
	No acude	N %	21 8,3%	28 10,6%	49 9,5%	
	Total	N %	253 100,0%	263 100,0%	516 100,0%	
<b>Urbano control</b>	Si	N %	64 53,3%	120 59,4%	184 57,1%	ns
	No	N %	53 44,2%	70 34,7%	123 38,2%	
	Dudosa	N %	2 1,7%	3 1,5%	5 1,6%	
	No acude	N %	1 0,8%	9 4,5%	10 3,1%	
	Total	N %	120 100,0%	202 100,0%	322 100,0%	
<b>Rural intervención</b>	Si	N %	62 49,2%	92 54,1%	154 52,0%	ns
	No	N %	56 44,4%	68 40,0%	124 41,9%	
	Dudosa	N %	1 0,8%	1 0,6%	2 0,7%	
	No acude	N %	7 5,6%	9 5,3%	16 5,4%	
	Total	N %	126 100,0%	170 100,0%	296 100,0%	
<b>Rural control</b>	Si	N %	46 45,5%	110 51,4%	156 49,5%	ns
	No	N %	46 45,5%	84 39,3%	130 41,3%	
	Dudosa	N %	4 4,0%	6 2,8%	10 3,2%	
	No acude	N %	5 5,0%	14 6,5%	19 6,0%	
	Total	N %	101 100,0%	214 100,0%	315 100,0%	

**Tabla 17:** Pertinencias de las derivaciones expresadas en número y porcentaje por cada centro.



**Figura 16:** Porcentaje de derivaciones pertinentes por centros.  
(I: intervención, C: control)



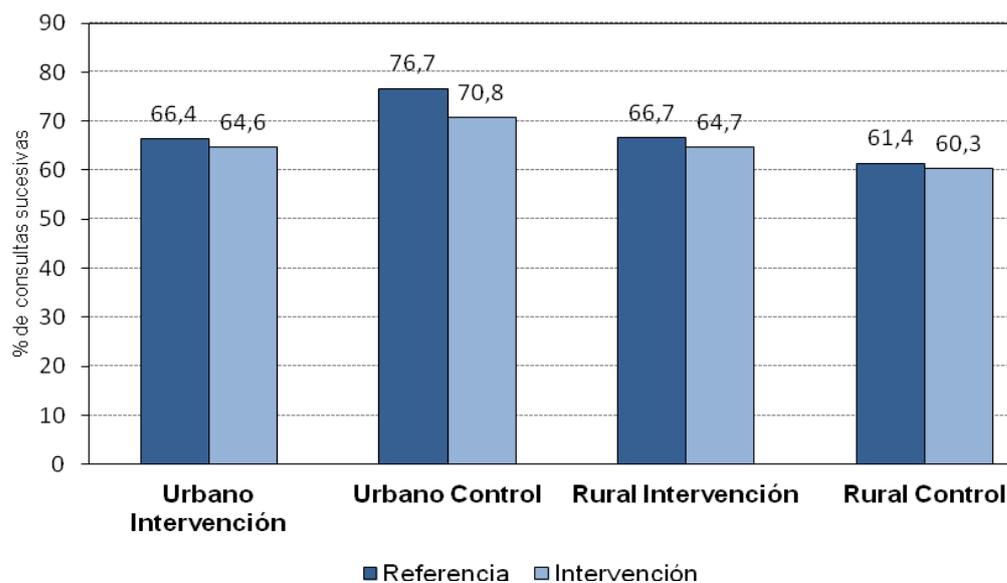
**Figura 17:** Porcentaje de derivaciones pertinentes por centros de intervención vs centros control.

### 1.7 Consultas sucesivas generadas por el especialista.

Se ha analizado el porcentaje de las mismas en relación al número de las primeras consultas, independientemente de si el paciente acude o no a la consulta sucesiva. En la tabla 18 y figura 18 se expresan el número y el porcentaje de pacientes que han precisado de consultas sucesivas, correspondientes a los cuatro centros de salud y en los periodos de referencia y de intervención (considerando conjuntamente los subperiodos 1 y 2). Se observa, en general, una tendencia no significativa a la disminución del porcentaje de consultas sucesivas generadas a partir de las derivaciones en el periodo de intervención, en relación al periodo de referencia.

CENTRO	PERIODO		CONSULTAS SUCESIVAS			p
			NO	SI	Total	
Urbano interv.	0	Recuento	85	<b>168</b>	253	ns
		% de periodo	33,6%	<b>66,4%</b>	100,0%	
	1+2	Recuento	93	<b>170</b>	263	
		% de periodo	35,4%	<b>64,6%</b>	100,0%	
Urbano control	0	Recuento	28	<b>92</b>	120	
		% de periodo	23,3%	<b>76,7%</b>	100,0%	
	1+2	Recuento	59	<b>143</b>	202	
		% de periodo	29,2%	<b>70,8%</b>	100,0%	
Rural interv.	0	Recuento	42	<b>84</b>	126	
		% de periodo	33,3%	<b>66,7%</b>	100,0%	
	1+2	Recuento	60	<b>110</b>	170	
		% de periodo	35,3%	<b>64,7%</b>	100,0%	
Rural control	0	Recuento	39	<b>62</b>	101	
		% de periodo	38,6%	<b>61,4%</b>	100,0%	
	1+2	Recuento	85	<b>129</b>	214	
		% de periodo	39,7%	<b>60,3%</b>	100,0%	

**Tabla 18:** Número y porcentaje de pacientes que han precisado o no de consultas sucesivas generadas por el especialista a partir de las derivaciones a primeras consultas.



**Figura 18:** Representación gráfica de los porcentajes de pacientes que han precisado consultas sucesivas a partir de la primera visita al especialista.

En la tabla 19 se representa el análisis descriptivo de los porcentajes de pacientes con consultas sucesivas en los distintos centros de salud y considerando los tres periodos del estudio, así como en relación con la edad y el sexo.

CENTRO	PORCENTAJE DE PACIENTES CON CONSULTAS SUCESIVAS		
	PERIODO 0	PERIODO 1	PERIODO 2
Urbano intervención	66,4 %	65,4 %	63,0 %
Urbano control	76,7 %	69,9 %	71,9 %
Rural intervención	66,7 %	65,2 %	64,2 %
Rural control	61,4 %	59,4 %	61,8 %

EDAD	% DE SOLICITUD DE CONSULTAS SUCESIVAS
<60 años	68,9 %
>60 años	62,2 %

SEXO	% DE SOLICITUD DE CONSULTAS SUCESIVAS
VARÓN	67,5 %
MUJER	64,9 %

**Tabla 19:** Porcentaje de pacientes con consultas sucesivas en cada uno de los centros de salud, teniendo en cuenta el periodo de estudio, la edad y el sexo.

En el modelo de regresión logística binaria aplicado para esta variable, incluyendo como variables dependientes la edad (<60 años/>=60 años), el sexo, el ámbito geográfico (rural/urbano), el tipo de centro (intervención/control) y el período de estudio (0/1/2), sólo la edad inferior a 60 años (OR = 1,29; IC95%: 1,04 a 1,61) y el ámbito urbano (OR=1,37; IC95%: 1,10 a 1,70) son factores independientes relacionados con la indicación de una consulta sucesiva. De estos hallazgos se deduce que la intervención "per se" no modifica de forma significativa el porcentaje de indicación de consultas sucesivas por parte del especialista a partir de las primeras consultas que recibe del médico general.

### **1.8 Primeras consultas externas a otras especialidades.**

El número de estas consultas se valoró en los pacientes derivados a las consultas de Aparato Digestivo globalmente, es decir, sin tener en cuenta los periodos del estudio. Se observaron diferencias significativas en las medias de dichas consultas por paciente (3,30 y 2,97 respectivamente en los centros urbanos de intervención y control, y 2,32 y 2,35 en los correspondientes centros rurales) ( $p < 0,0001$ ). Los contrastes a posteriori revelan que estas diferencias están presentes entre los centros rurales y urbanos, y no entre los centros de intervención y control (tabla 20).

Centros	N	Media	Desviación típica	p
Urbano intervención	516	3,3 <sup>1</sup>	3,15	<0,0001
Urbano control	322	2,97 <sup>1</sup>	2,99	
Rural intervención	296	2,32 <sup>2</sup>	2,45	
Rural control	315	2,35 <sup>2</sup>	2,15	
Total	1449	2,82	2,81	

<sup>1,2</sup>: Subconjuntos homogéneos para  $\alpha=0.05$

**Tabla 20:** Derivaciones a consultas externas de otras especialidades (no digestivas) (Media  $\pm$ DT)

### 1.9 Asistencias al Servicio de Urgencias del Hospital.

Se consideró el número de asistencias al servicio de urgencias, teniendo en cuenta la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio (es decir, las derivaciones a las consultas de Aparato Digestivo) y durante todo el periodo del estudio, de la misma manera que en el apartado anterior.

- a. Urgencias en general: este parámetro no mostró diferencias significativas, oscilando las medias por paciente y centro entre 1,47 y 1,63 (tabla 21), aunque existió una tendencia a una menor asistencia en los centros rurales.
- b. Urgencias por problemas digestivos: tampoco existieron diferencias significativas, obteniendo unas cifras similares en los cuatro centros. Las medias por paciente y centro oscilaron entre 0,36 y 0,47 (tabla 22).

CENTRO	N	MEDIA/PACIENTE	DT	p
Rural intervención	296	1,47	2,07	ns
Rural control	315	1,47	1,93	
Urbano control	322	1,55	2,39	
Urbano intervención	516	1,63	3,08	

**Tabla 21:** Asistencia en general al Servicio de Urgencias del Hospital. (Media±Desviación típica).

N= número total de pacientes del estudio.

CENTRO	N	MEDIA/ PACIENTE	DT	P
Rural intervención	296	0,47	0,89	ns
Rural control	315	0,36	0,71	
Urbano control	322	0,44	0,91	
Urbano intervención	516	0,36	0,93	

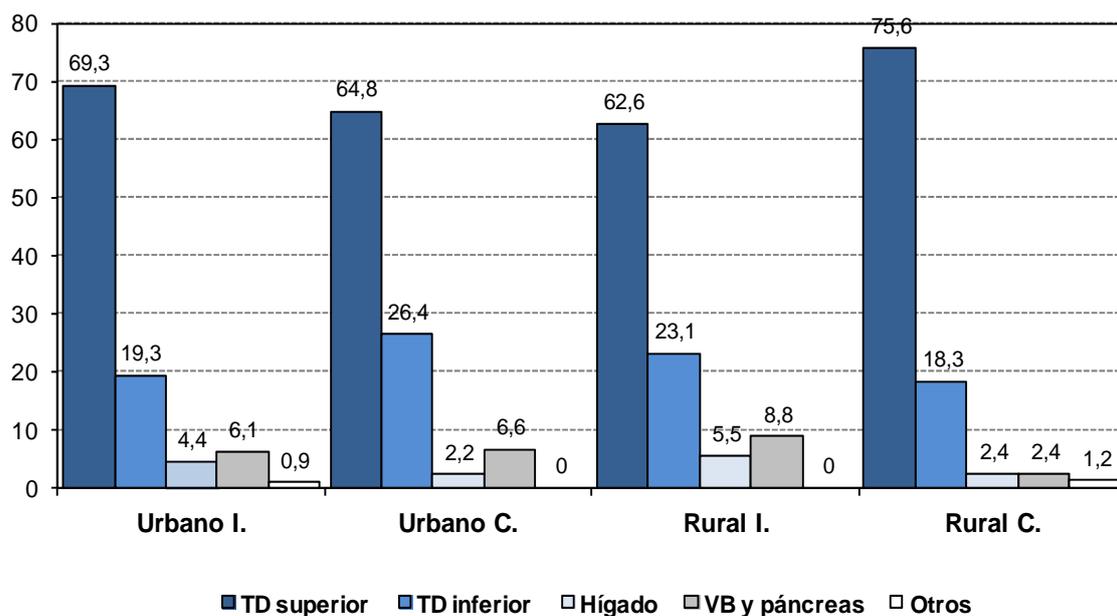
**Tabla 22:** Asistencia al Servicio de Urgencias del Hospital por problemas digestivos. (Media±Desviación típica).

N= número total de pacientes del estudio

Los motivos de asistencia al servicio de Urgencias se dividen en los cinco grupos que se expresan en la tabla 23 y que se representan gráficamente en la figura 19 en los cuatro centros de salud, y en la figura 20 agrupando los centros de intervención por un lado y los centros control por otro. No se observa ninguna tendencia reseñable en la distribución de los grupos diagnósticos al comparar entre si los centros de salud.

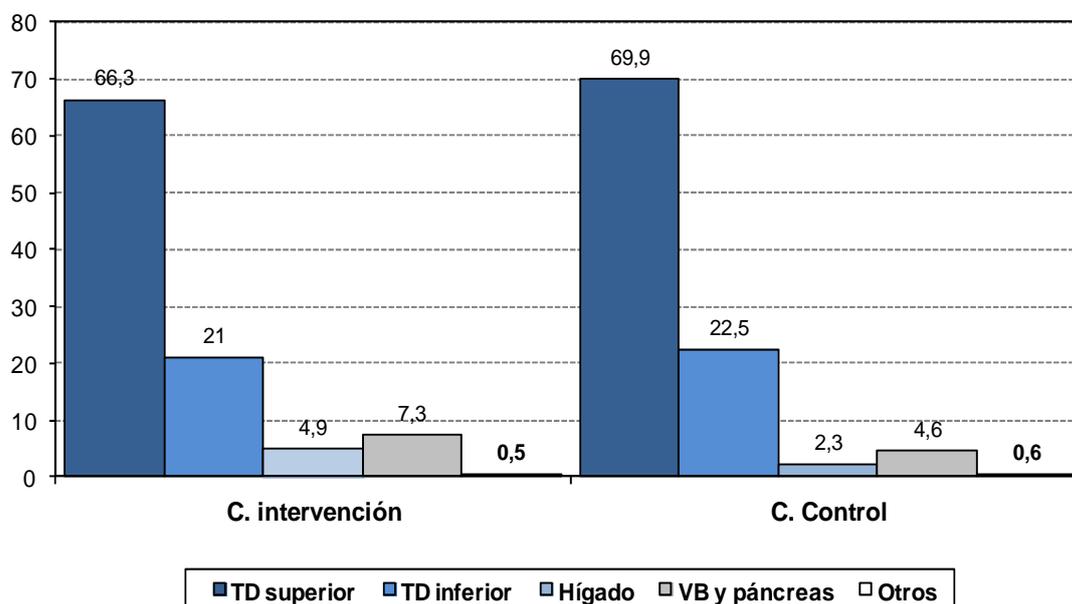
CENTRO	GRUPOS DE DIAGNOSTICO			p
<b>Urbano intervención</b>	Tracto digestivo superior	N	79	ns
		%	69,3%	
	Tracto digestivo inferior	N	22	
		%	19,3%	
	Hígado	N	5	
		%	4,4%	
	Vía biliar y páncreas	N	7	
	%	6,1%		
Otras	N	1		
	%	0,9%		
Total	N	114		
	%	100,0%		
<b>Urbano control</b>	Tracto digestivo superior	N	59	
		%	64,8%	
	Tracto digestivo inferior	N	24	
		%	26,4%	
	Hígado	N	2	
		%	2,2%	
	Vía biliar y páncreas	N	6	
	%	6,6%		
Otras	N	0		
	%	0%		
Total	N	91		
	%	100,0%		
<b>Rural intervención</b>	Tracto digestivo superior	N	57	
		%	62,6%	
	Tracto digestivo inferior	N	21	
		%	23,1%	
	Hígado	N	5	
		%	5,5%	
	Vía biliar y páncreas	N	8	
	%	8,8%		
Otras	N	0		
	%	0%		
Total	N	91		
	%	100,0%		
<b>Rural control</b>	Tracto digestivo superior	N	62	
		%	75,6%	
	Tracto digestivo inferior	N	15	
		%	18,3%	
	Hígado	N	2	
		%	2,4%	
	Vía biliar y páncreas	N	2	
	%	2,4%		
Otras	N	1		
	%	1,2%		
Total	N	82		
	%	100,0%		

**Tabla 23:** Motivos de asistencia al Servicio de Urgencias, por grupos de diagnóstico, expresados en número y en porcentaje.



**Figura 19:** Motivos de consulta a urgencias por grupos de diagnóstico, en cada centro, expresados en porcentaje respecto del total de asistencia al Servicio de Urgencias.

(TD: tracto digestivo. VB: vías biliares, I: intervención, C: control)



**Figura 20:** Motivos de consulta a urgencias, por grupos de diagnóstico, agrupando centros de intervención y centros control, expresados en porcentaje respecto del total de asistencia al Servicio de Urgencias.

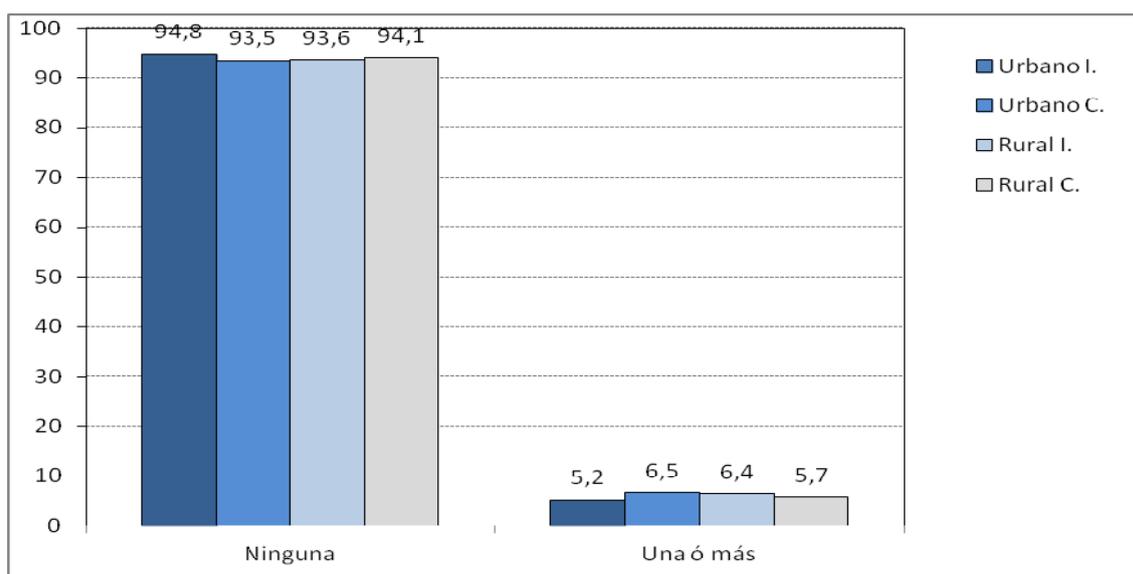
(TD: tracto digestivo. VB: vías biliares)

### 1.10 Hospitalizaciones.

Se observó un escaso número de hospitalizaciones en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital, oscilando entre 0,05 y 0,07 de media de hospitalizaciones por paciente (tabla 24 y figura 21). No existe ninguna tendencia reseñable en cuanto a porcentaje de hospitalizaciones entre los cuatro centros de salud.

CENTRO	N	MEDIA/PACIENTE	DESVIACIÓN TÍPICA	p
URBANO INTERVENCIÓN				ns
TOTAL	516	0,05	0,223	
URBANO CONTROL				
TOTAL	322	0,07	0,296	
RURAL INTERVENCIÓN				ns
TOTAL	296	0,07	0,282	
RURAL CONTROL				
TOTAL	315	0,06	0,251	

**Tabla 24:** Número de hospitalizaciones por paciente (Media±Desviación típica)  
N= número total de pacientes del estudio.



**Figura 21:** Porcentaje de hospitalizaciones (I: intervención, C: control)

### 1.11 Pruebas solicitadas por el especialista.

Se han valorado las pruebas solicitadas por el especialista de Aparato Digestivo sobre el total de derivaciones a esta especialidad, que integra la muestra del estudio.

El número de gastroscopias solicitadas mostró una tendencia a ser inferior en los centros urbanos durante el periodo de intervención, en relación al periodo de referencia (sin diferencia significativa) (tabla 25).

El cuanto al número de colonoscopias, en el centro de intervención urbano se asistió a un incremento significativo ( $p=0,028$ ) en las solicitudes de dicha exploración (tabla 26).

En cuanto a las solicitudes de TAC, se observó una disminución significativa ( $p=0,003$ ) sólo en el centro urbano de intervención, al comparar los dos periodos del estudio (tabla 27).

La solicitud de RM mostró la misma tendencia en el mismo centro, también con significación estadística ( $p=0,045$ ) (tabla 28).

CENTRO	GASTROSCOPIAS		PERIODO 0 (Referencia)	PERIODOS 1 Y 2 (Intervención)	TOTAL	p
<b>Urbano intervención</b>	No	N %	185 73,1%	203 77,2%	388 75,2%	ns
	Si	N %	68 26,9%	60 22,8%	128 24,8%	
	Total	N %	253 100,0%	263 100,0%	516 100,0%	
<b>Urbano control</b>	No	N %	79 65,8%	143 70,8%	222 68,9%	ns
	Si	N %	41 34,2%	59 29,2%	100 31,1%	
	Total	N %	120 100,0%	202 100,0%	322 100,0%	
<b>Rural intervención</b>	No	N %	95 75,4%	124 72,9%	219 74,0%	ns
	Si	N %	31 24,6%	46 27,1%	77 26,0%	
	Total	N %	126 100,0%	170 100,0%	296 100,0%	
<b>Rural control</b>	No	N %	79 78,2%	157 73,4%	236 74,9%	ns
	Si	N %	22 21,8%	57 26,6%	79 25,1%	
	Total	N %	101 100,0%	214 100,0%	315 100,0%	

**Tabla 25:** Número y porcentaje de gastroscopias solicitadas por el especialista durante los tres periodos de estudio en pacientes procedentes de los centros de salud que se expresan en la tabla.

CENTRO	COLONOSCOPIAS		PERIODO 0 (Referencia)	PERIODOS 1 Y 2 (Intervención)	TOTAL	p
Urbano intervención	No	N %	213 84,2%	203 77,2%	416 80,6%	0,028
	Si	N %	40 15,8%	60 22,8%	100 19,4%	
	Total	N %	253 100,0%	263 100,0%	516 100,0%	
Urbano control	No	N %	87 72,5%	158 78,2%	245 76,1%	ns
	Si	N %	33 27,5%	44 21,8%	77 23,9%	
	Total	N %	120 100,0%	202 100,0%	322 100,0%	
Rural intervención	No	N %	95 75,4%	134 78,8%	229 77,4%	ns
	Si	N %	31 24,6%	36 21,2%	67 22,6%	
	Total	N %	126 100,0%	170 100,0%	296 100,0%	
Rural control	No	N %	89 88,1%	173 80,8%	262 83,2%	ns
	Si	N %	12 11,9%	41 19,2%	53 16,8%	
	Total	N %	101 100,0%	214 100,0%	315 100,0%	

**Tabla 26:** Número y porcentaje de colonoscopias solicitadas por el especialista durante los tres periodos de estudio en pacientes procedentes de los centros de salud que se expresan en la tabla.

CENTRO	TAC		PERIODO 0 (Referencia)	PERIODOS 1 Y 2 (Intervención)	TOTAL	p
<b>Urbano intervención</b>	No	N %	240 94,9%	261 99,2%	501 97,1%	0,003
	Si	N %	13 5,1%	2 0,8%	15 2,9%	
	Total	N %	253 100,0%	263 100,0%	516 100,0%	
<b>Urbano control</b>	No	N %	116 96,7%	197 97,5%	313 97,2%	ns
	Si	N %	4 3,3%	5 2,5%	9 2,8%	
	Total	N %	120 100,0%	202 100,0%	322 100,0%	
<b>Rural intervención</b>	No	N %	123 97,6%	161 94,7%	284 95,9%	ns
	Si	N %	3 2,4%	9 5,3%	12 4,1%	
	Total	N %	126 100,0%	170 100,0%	296 100,0%	
<b>Rural control</b>	No	N %	99 98,0%	208 97,2%	307 97,5%	ns
	Si	N %	2 2,0%	6 2,8%	8 2,5%	
	Total	N %	101 100,0%	214 100,0%	315 100,0%	

**Tabla 27:** Número y porcentaje de TAC solicitadas por el especialista durante los tres periodos de estudio en pacientes procedentes de los centros de salud que se expresan en la tabla.

CENTRO	RMN		PERIODO 0 (Referencia)	PERIODOS 1 Y 2 (Intervención)	TOTAL	p
<b>Urbano intervención</b>	No	N %	239 94,5%	257 97,7%	496 96,1%	0,045
	Si	N %	14 5,5%	6 2,3%	20 3,9%	
	Total	N %	253 100,0%	263 100,0%	516 100,0%	
<b>Urbano control</b>	No	N %	117 97,5%	198 98,0%	315 97,8%	ns
	Si	N %	3 2,5%	4 2,0%	7 2,2%	
	Total	N %	120 100,0%	202 100,0%	322 100,0%	
<b>Rural intervención</b>	No	N %	124 98,4%	169 99,4%	293 99,0%	ns
	Si	N %	2 1,6%	1 0,6%	3 1,0%	
	Total	N %	126 100,0%	170 100,0%	296 100,0%	
<b>Rural control</b>	No	N %	101 100,0%	211 98,6%	312 99,0%	ns
	Si	N %	0 0,0%	3 1,4%	3 1,0%	
	Total	N %	101 100,0%	214 100,0%	315 100,0%	

**Tabla 28:** Número y porcentaje de RMN solicitadas por el especialista durante los tres periodos de estudio en pacientes procedentes de los centros de salud que se expresan en la tabla.

## 2. INTERVENCIÓN DEL CONSULTOR DE APARATO DIGESTIVO EN LOS CENTROS DE SALUD: CONSULTAS COMPARTIDAS Y SESIONES CLÍNICAS

Durante las intervenciones se consideran por una parte las consultas compartidas en las que el paciente se encuentra presente, y por otra parte los pacientes comentados en sesión clínica sin presencia física del mismo.

1. En cuanto a las **consultas compartidas**, se comparó el centro urbano con el centro rural, según la distribución de los porcentajes de los procesos agrupados en los cinco apartados correspondientes a: 1) enfermedades del tracto digestivo superior, 2) enfermedades del tracto digestivo inferior, 3) enfermedades del hígado, 4) enfermedades de vías biliares y páncreas y 5) otras.

En el centro urbano se atendieron 99 pacientes, con un total de 112 procesos diagnósticos, y en el centro rural 109 pacientes con 124 procesos.

Se detectó un predominio de patología del tracto digestivo superior e inferior en el centro rural. En el centro urbano, la distribución de estos dos grupos de patologías junto con el de patología hepática fue similar. En cuanto al grupo de otras patologías, en la que predomina la anemia como motivo de consulta, destaca el centro urbano sobre el rural. Hubo diferencia significativa al comparar la distribución entre ambos centros ( $p=0,04$ ) (tablas 29 y 30, figura 22). En las tablas se expresan los datos numéricamente y en la figura en porcentaje sobre el total de procesos.

FECHA	DIAG1	DIAG2	DIAG3	DIAG4	DIAG5	TOTAL PROCESOS	Nº PACIENTES
2005	2	1	1	1	0	5	3
1º SEM 2006	2	2	1	0	3	8	8
2º SEM 2006	7	3	2	0	2	14	12
1º SEM 2007	12	8	9	2	7	38	31
2º SEM 2007	2	11	12	1	5	31	30
2008	5	5	5	1	0	16	15
<b>TOTAL</b>	30	30	30	5	17	112	99

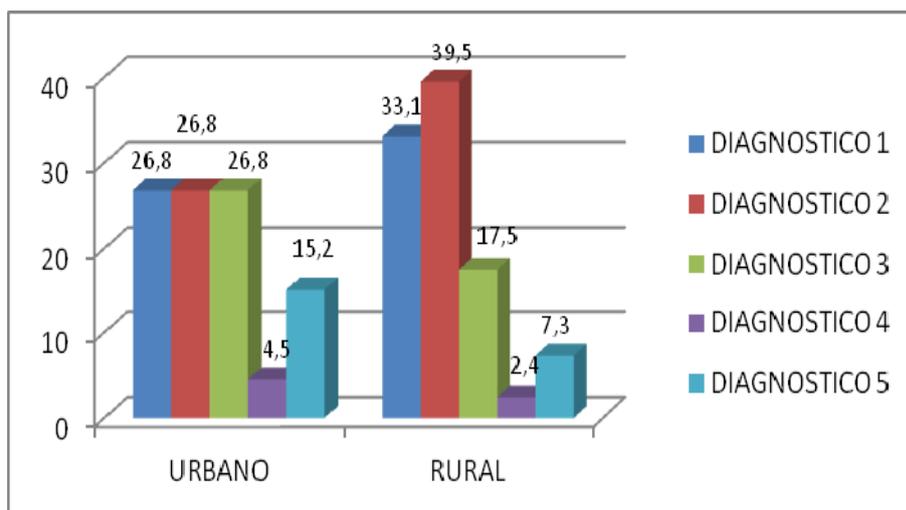
**Tabla 29:** Número de pacientes y procesos atendidos en **consulta compartida** en el centro de intervención **urbano**.

- Diag 1. Enfermedades del tracto digestivo superior  
 Diag 2. Enfermedades del tracto digestivo inferior  
 Diag 3. Enfermedades hepáticas  
 Diag 4. Enfermedades del páncreas y vías biliares  
 Diag 5. Otras

FECHA	DIAG1	DIAG2	DIAG3	DIAG4	DIAG5	TOTAL PROCESOS	Nº PACIENTES
2005	2	2	0	0	0	4	2
1º SEM 2006	9	6	2	0	1	18	13
2º SEM 2006	3	10	1	1	5	20	13
1º SEM 2007	12	12	10	0	1	35	35
2º SEM 2007	9	5	3	1	1	19	18
2008	6	14	6	1	1	28	28
<b>TOTAL</b>	41	49	22	3	9	124	109

**Tabla 30:** Número de pacientes y procesos atendidos en **consulta compartida** en el centro de intervención **rural**.

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).



**Figura 22:** Procesos atendidos en consultas compartidas. N = 112 (urbano) N =124 (rural). Expresión en porcentaje sobre el total de procesos. (p=0,04)

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).

2. Cuando consideramos los pacientes comentados y valorados en las **sesiones clínicas**, la distribución de los procesos fue similar en ambos centros, sin detectar diferencias significativas entre ellos. Los datos numéricos y porcentajes se expresan igualmente en las tablas 31 y 32 y en la figura 23.

En el centro urbano se comentaron 255 casos clínicos, con un total de 278 procesos y en el rural 136 y 155 respectivamente.

FECHA	DIAG1	DIAG2	DIAG3	DIAG4	DIAG5	TOTAL PROCESOS	Nº CASOS
2005	16	13	5	0	4	38	32
1º SEM 2006	21	26	14	3	6	70	59
2º SEM 2006	13	14	16	0	5	48	46
1º SEM 2007	9	10	19	2	5	45	42
2º SEM 2007	10	10	10	1	4	35	35
2008	5	15	16	1	4	42	41
<b>TOTAL</b>	74	88	80	8	28	278	255

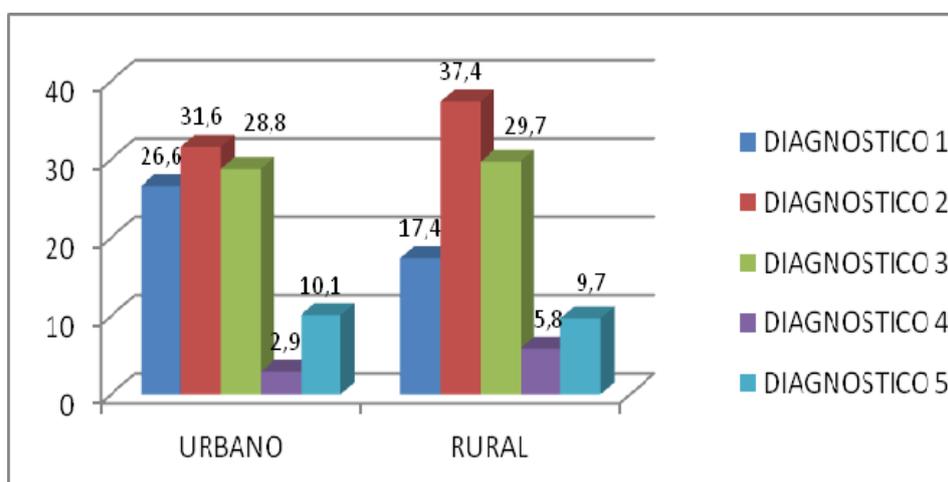
**Tabla 31:** Número de pacientes y procesos considerados en **sesión clínica** en el centro de intervención **urbano**.

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).

FECHA	DIAG1	DIAG2	DIAG3	DIAG4	DIAG5	TOTAL PROCESOS	Nº CASOS
2005	2	5	2	2	1	12	11
1º SEM 2006	8	17	14	1	4	44	31
2º SEM 2006	2	6	5	0	4	17	15
1º SEM 2007	7	7	14	3	3	34	31
2º SEM 2007	3	8	6	1	1	19	19
2008	5	15	5	2	2	29	29
<b>TOTAL</b>	27	58	46	9	15	155	136

**Tabla 32:** Número de pacientes y procesos considerados en **sesión clínica** en el centro de intervención **rural**.

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).



**Figura 23:** Procesos atendidos en sesiones clínicas. N =278 (urbano). N =155 (rural). Expresión en porcentaje sobre el total de procesos. (ns)

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).

3. Cuando se consideraban **conjuntamente** los procesos atendidos en **consulta compartida** y tratados en las **sesiones clínicas** (390 procesos sobre un total de 354 pacientes en el centro urbano y 279 sobre 245 respectivamente en el rural), en ambos centros hubo un predominio de la patología digestiva inferior (30,26% en el centro urbano y 38,35% en el rural), seguido por la patología hepática (28,21% y 24,37%) y la patología

correspondiente al tracto digestivo superior (26,67% y 24,37%) sin diferencias significativas en la distribución de procesos diagnósticos entre ambos centros. Los datos se reflejan de la misma manera que en los dos apartados anteriores en las tablas 33 y 34 y figura 24.

FECHA	DIAG1	DIAG2	DIAG3	DIAG4	DIAG5	TOTAL PROCESOS	Nº PACIENTES Y CASOS
2005	18	14	6	1	4	43	35
1º SEM 2006	23	28	15	3	9	78	67
2º SEM 2006	20	17	18	0	7	62	58
1º SEM 2007	21	18	28	4	12	83	73
2º SEM 2007	12	21	22	2	9	66	65
2008	10	20	21	3	4	58	56
<b>TOTAL</b>	104	118	110	13	45	390	354

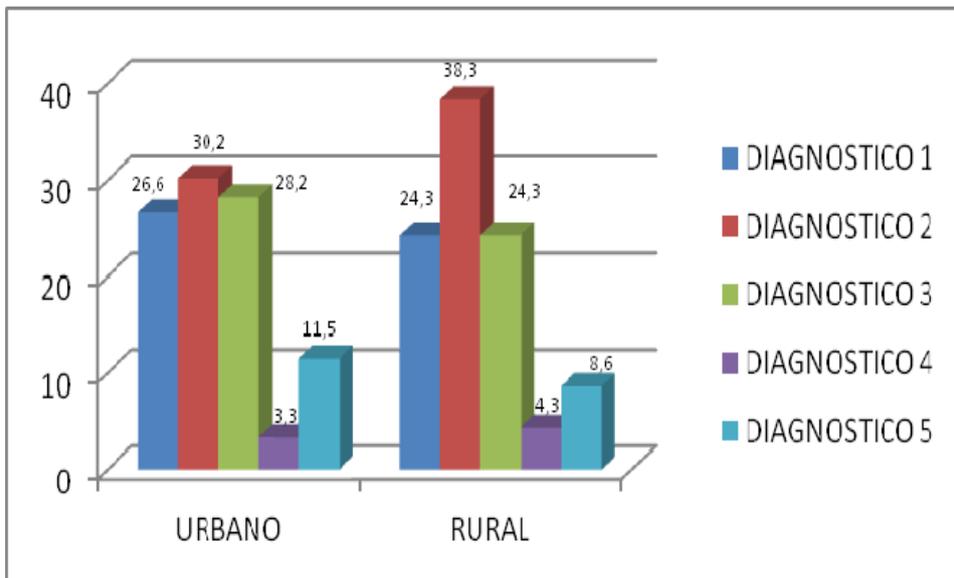
**Tabla 33:** Número de pacientes y procesos combinando los atendidos en **consulta compartida** y los considerados en **sesión clínica** en el centro de intervención **urbano**.

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).

FECHA	DIAG1	DIAG2	DIAG3	DIAG4	DIAG5	TOTAL PROCESOS	Nº PACIENTES Y CASOS
2005	4	7	2	2	1	16	13
1º SEM 2006	17	23	16	1	5	62	44
2º SEM 2006	5	16	6	1	9	37	28
1º SEM 2007	19	19	24	3	4	69	66
2º SEM 2007	12	13	9	2	2	38	37
2008	11	29	11	3	3	57	57
<b>TOTAL</b>	68	107	68	12	24	279	245

**Tabla 34:** Número de pacientes y procesos combinando los atendidos en **consulta compartida** y los considerados en **sesión clínica** en el centro de intervención **rural**.

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).



**Figura 24:** Procesos atendidos en consultas compartidas y sesiones clínicas. N =390 (urbano) N =279 (rural). Expresión en porcentaje sobre el total de procesos. (ns)

(Diag 1-5: ídem que tabla 29).

En la tabla 35 se detallan el número y porcentaje de los procesos pertenecientes a cada uno de los cinco grupos de diagnóstico, considerando conjuntamente los pacientes atendidos en las consultas compartidas y los valorados en sesión clínica en los centros urbano y rural.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICO	PROCESOS	URBANO	RURAL
		N (%)	N (%)
1. Enfermedades del tracto digestivo superior	-Dispepsia (incluyendo problemas relacionados con <i>H. pylori</i> ).	44 (11,3)	38 (13,6)
	-ERGE	29 (7,4)	14 (5,1)
	-Gastritis crónica	16 (4,1)	16 (5,9)
	-Disfagia y patología esofágica en general (no ERGE)	15 (3,8)	0 (0)
2. Enfermedades del tracto digestivo inferior	-Control de pólipos/cáncer colorrectal/antecedentes familiares	37 (9,5)	43 (15,4)
	-Diarrea/Estreñimiento	33 (8,5)	33 (12,1)
	-Abdominalgia inespecífica	18 (4,6)	14 (5,1)
	-Enfermedad inflamatoria intestinal	14 (3,6)	5 (1,8)
	-Rectorragia	14 (3,6)	6 (2,2)
	- Hemorroides/patología anal	1 (0,2)	3 (1,1)
	-Enfermedad celiaca	1 (0,2)	3 (1,1)
3. Enfermedades hepáticas	-Serología de hepatitis	42 (10,8)	19 (7,0)
	-Hipertransaminasemia	32 (8,2)	27 (10,2)
	-Aumento de GGT	2 (0,5)	4 (1,5)
	-Hiperbilirrubinemia/Ictericia	7 (1,8)	5 (1,8)
	-Hallazgos ecográficos: LOES, hepatomegalia, esteatosis	14 (3,6)	8 (2,9)
	-Ferritina elevada	6 (1,5)	2 (0,7)
	-Cirrosis	7 (1,8)	3 (1,1)
4. Enfermedades del páncreas y vías biliares	-Litiasis biliar/colangitis/pólipos vesiculares	8 (2,0)	4 (1,5)
	-Patología pancreática	5 (1,3)	8 (2,9)
5. Otras	Anemia/ferropenia/macrocitosis/déficit de vitamina B12	32 (8,2)	14 (5)
	-Elevación de marcadores tumorales	4 (1,0)	2 (0,7)
	-Control de cirugía bariátrica	2 (0,5)	0 (0)
	-Síndrome constitucional	5 (1,3)	6 (2,2)
	-Carcinomatosis peritoneal	2 (0,5)	0 (0)
	-Patología cavidad oral	0 (0)	1 (0,4)
<b>TOTAL</b>		<b>390 (100%)</b>	<b>279 (100%)</b>

**Tabla 35:** Tabla descriptiva de los procesos pertenecientes a cada uno de los cinco grupos de diagnóstico, considerando conjuntamente los pacientes atendidos en las consultas compartidas y los comentados en sesión clínica en los centros urbano y rural. Se hace constar el número y el porcentaje sobre el total de los procesos.

***DISCUSIÓN***



La coordinación y colaboración entre Atención Primaria y Atención Especializada es un tema fundamental para la continuidad de la atención del paciente. Además, la comunicación entre ambos niveles conlleva importantes aspectos docentes (formación continuada).

Se ha señalado en un estudio inglés (4) que el médico general espera del consultor especialista la oportunidad de un aprendizaje aprovechando las derivaciones de sus pacientes, y en cierta medida considera a éste como el responsable de su "puesta al día".

En un intento de mejorar dicha coordinación, se han llevado a cabo una serie de intervenciones que pueden ser de diferentes tipos: educacionales o formativas, organizativas y financieras u otras formas, que han sido analizadas en varios estudios (47, 106).

Dentro de las intervenciones formativas, el aprendizaje informal sobre casos clínicos parece resultar más útil que conferencias o sesiones formales. En este sentido se pueden organizar sesiones interactivas y/o consultas más o menos informales pero bien planteadas, incluyendo vía telefónica o correo electrónico (5).

Nosotros hemos llevado a cabo una intervención, con carácter más bien informal, fundamentalmente de tipo formativo, consistente en la puesta en marcha de consultas compartidas con Atención Primaria, de pacientes de la especialidad de Aparato Digestivo, con la presencia física de ambos facultativos. Esto se complementó con sesiones clínicas de carácter informal, atendiendo a las demandas que los especialistas de Atención Primaria de los correspondientes centros de salud nos solicitaban, tanto en relación con

---

pacientes concretos como consultas de temas generales de la especialidad, comentarios de protocolos y guías de los procesos más frecuentes, etc.

Los estudios publicados sobre las diversas intervenciones no siempre comparan el periodo de intervención con un periodo previo a la misma. En general se emplea un grupo control, independientemente de que exista o no un periodo preintervención (62). Nuestro estudio considera un periodo preintervención o de referencia con una duración de 12 meses, superior a la de la mayoría de los estudios publicados. El periodo de intervención llevado a cabo por nosotros ha sido de 30 meses (separado en dos periodos consecutivos de 18 y 12 meses), siendo el periodo total también muy superior a todos los publicados en la literatura (62).

La intervención llevada a cabo por nosotros es muy similar a la publicada en el trabajo de Vierhout y cols llevado a cabo en Holanda (93), referido a la especialidad de Traumatología y Ortopedia y otro más reciente aplicado en Cardiología, en el que los autores evalúan el impacto de una atención integrada, con la presencia de un cardiólogo en el centro de salud como consultor, la realización de sesiones formativas y elaboración de guías consensuadas. Esta intervención supuso una menor derivación a las consultas hospitalarias, una mayor implicación del médico de Atención Primaria en la patología cardíaca crónica estable, así como un mayor grado de satisfacción de éste. El número de ingresos por problemas cardiológicos no se modificó (146). Una revisión sobre atención integrada referida a la especialidad de Cardiología y, más concretamente a pacientes con insuficiencia cardíaca, hace un énfasis especial sobre la participación del personal de enfermería en este tipo de

organización coordinada entre Atención Primaria y Especializada (147). En nuestro caso no había implicación directa del personal de enfermería del centro de salud ni del hospital.

En relación con la aplicación de consultas compartidas en la especialidad de Gastroenterología y Hepatología, no existen estudios publicados. Únicamente existe un amplio estudio que comprende varias especialidades (Gastroenterología entre otras) donde se realiza una intervención de tipo virtual o teleconsulta compartida (62).

Se han descrito otros tipos de intervenciones en la literatura en relación con la patología digestiva. De estas, la mayoría se refieren al manejo de pacientes con dispepsia, muchas veces relacionadas con la infección por *Helicobacter pylori*. Uno de estos estudios (108), consistió en la distribución de guías clínicas para el manejo de la dispepsia, junto con una visita de refuerzo del especialista a los centros de salud 3 meses después del comienzo del estudio. El estudio tuvo una duración de 6 a 7 meses, sin periodo preintervención y no se llevó a cabo la valoración sobre la tasa de derivaciones a consultas externas hospitalarias, a diferencia de nuestro trabajo, que además, como ya hemos indicado, fue de mayor duración. Los parámetros concretos valorados en este estudio no han sido tratados por nosotros (costes en la prescripción de antiácidos, solicitud de test de detección de *Helicobacter pylori*, etc.) si bien, en los dos centros de intervención se han comentado en las sesiones clínicas algunos criterios de solicitud de los test diagnósticos actuales de infección por *Helicobacter pylori*, así como los criterios de solicitud de gastroscopia. Nosotros hemos detectado una tendencia significativa a un

descenso del porcentaje de derivaciones, aunque otros autores (109 y 108), utilizando la distribución de guías para el manejo de la dispepsia (incluyendo en el primer estudio citado un periodo de 6 meses pre intervención), no encuentran cambios significativos en las derivaciones por el mencionado proceso.

Grimshaw y cols (110) valoraron procesos de diversas especialidades, entre ellos sospecha de úlcera péptica, durante 4 meses previo a la intervención y otros 4 posterior al comienzo de la misma. Compararon cuatro tipos de intervenciones con un grupo control (distribución de guías, discusiones en pequeños grupos de médicos generales con el consultor, estudio mediante feedback o retroalimentación de las derivaciones y solicitud de opinión y discusión con un facultativo médico independiente). No se detectaron cambios en la tasa de derivación ni en su pertinencia (incluso cuando la intervención consistía en pequeños grupos detectaron, en contra de la hipótesis, incremento de dicha tasa). Nosotros, aunque encontramos descenso del porcentaje de derivaciones, tampoco pudimos demostrar un aumento de la pertinencia de éstas como más adelante comentaremos más detalladamente.

Como vemos, los mencionados estudios no consiguieron claramente los objetivos planteados en sus hipótesis, y los tiempos de observación fueron inferiores a los nuestros.

Antes de pasar a comentar los parámetros más relevantes analizados en nuestro estudio, conviene señalar que los cuatro centros de salud desarrollaban una actividad asistencial global similar, sin tener en cuenta grupos de edad (tabla 2), a pesar de existir variaciones de la población adscrita a cada uno de

los centros (tabla 1).

### **1. Modificaciones cuantitativas de las derivaciones**

En la literatura, los motivos de derivación más frecuentes en general son los relacionados con especialidades quirúrgicas (entre 5,8% y 20%), fundamentalmente Ginecología, Oftalmología, Traumatología y también Dermatología. Las derivaciones de las especialidades médicas son menos frecuentes (entre 2% y 4,3%) quizá porque existe una mejor formación del médico general en estas disciplinas, además de carecer de dotación tecnológica específica (148, 149). En uno de los estudios el porcentaje de derivación a la especialidad de Aparato Digestivo fue de 4,2%, ligeramente superior al resto de las especialidades médicas, a excepción de Dermatología (148). En cambio, en el otro estudio (149), el porcentaje de derivación a la especialidad de Aparato Digestivo fue de 3,7%, siendo algo menos frecuente que en otras especialidades médicas. Los autores (todos ellos pertenecientes a Atención Primaria) consideran que un porcentaje elevado de derivaciones se debía a motivos que podían ser resueltos a nivel del médico general.

Uno de los objetivos fundamentales de nuestra intervención fue analizar su impacto sobre las derivaciones a las consultas externas de Aparato Digestivo. En este sentido, como se señaló en los resultados, hemos detectado una tendencia significativa a la disminución de las derivaciones (expresadas en porcentaje de descenso, respecto al periodo de referencia), durante la intervención en ambos periodos en los centros en los que ésta tuvo lugar, en relación con el periodo de referencia. No obstante en el grupo control también hubo un descenso significativo pero sólo durante el primer periodo. Ahora bien,

comparando los centros de intervención con los centros controles, la diferencia entre ambos porcentajes de descenso fue muy marcada en ambos periodos (30% y 29,19% en los periodos 1 y 2 respectivamente), aunque sólo significativa en el periodo 1. Puede interpretarse este hecho en el sentido de una mayor sensibilización por parte de los médicos de Atención Primaria durante los primeros meses de la intervención, aunque insistimos en que la diferencia en los porcentajes de descenso fue muy marcada también en el segundo periodo.

Considerando por separado los centros urbanos y los centros rurales, el porcentaje de descenso de las derivaciones, aunque presente en ambos centros y en ambos periodos, solo fue estadísticamente significativo entre los centros rurales en el periodo 1.

No obstante, si consideramos el número de las derivaciones por mes (en lugar de expresarlas en porcentaje de descenso), como se refleja en las curvas de evolución de las derivaciones en los cuatro centros (figura 2), existe una mayor tendencia al descenso en los centros de intervención, no sólo en el centro rural sino también en el urbano, como se representa en la tabla 6. La ausencia de significación puede ser explicada por la dispersión del número de derivaciones en el centro urbano de intervención.

Esta mayor diferencia en los porcentajes de derivación a favor de un mayor descenso en el centro de intervención rural puede ser debida a que la mayor distancia geográfica puede inducir una mayor implicación de los médicos de Atención Primaria en el control de las derivaciones, fundamentalmente en el primer periodo de la intervención.

En nuestro estudio también se ha detectado una derivación a otras especialidades, significativamente menor en ambos centros rurales en relación con los urbanos.

En un estudio en el Reino Unido (23), en el que se utilizan varias bases de datos bibliográficos, incluyendo los de la Cochrane Library, se detecta que la localización geográfica influye notablemente en la tasa de derivación, y en nuestro estudio así lo hemos detectado.

Precisamente ello ha condicionado que las aplicaciones de la telemedicina se han intentado estudiar e implantar en zonas rurales con dispersión geográfica de la población, lo que parece más eficiente si lo comparamos con las urbanas (104). En estas zonas de mayor dispersión de población, las teleconsultas, en efecto pueden estar particularmente indicadas, aunque también pueden ser útiles otros sistemas electrónicos (65, 66, 67), incluyendo la telerradiología, teledermatología, teledocencia, etc. (95), si bien todo ello no ha sido aplicado en nuestro estudio.

En el presente trabajo, el número de derivaciones no parece estar influido por la actividad asistencial de los cuatro centros de salud, ya que ésta ha sido muy similar en todos ellos (tabla 2). En relación con la población asignada a cada centro, en el rural control se detecta una mayor tasa de derivación, a pesar de ser el de menor población adscrita (tabla 3). Existen algunos estudios que describen distinta relación entre población asignada a un centro de salud y tasa de derivación, en unos casos sin detectar influencia (37), otros observando una relación directa (38) y finalmente en otros se detecta una relación inversa, es decir, aumento de la tasa de derivación a pesar de un

menor número de población atendida (22).

## **2. Modificaciones cualitativas de las derivaciones.**

Varios autores han mencionado que los médicos de Atención Primaria generan a veces derivaciones en exceso y/o con dudosa pertinencia o adecuación, y ello puede ocasionar que un número significativo de pacientes no se beneficien de ellas, e incluso ser motivo de iatrogenia (24). No obstante, se desconoce la tasa ideal de derivación para obtener una atención lo más eficiente posible (25).

Ya se ha comentado anteriormente en la introducción de este trabajo, que de todos estos factores se ha sugerido que una alta tasa de derivación depende sobre todo de la presión del paciente (39), llevando en ocasiones a una medicina defensiva, aunque para otros (40), el factor más importante es la menor tolerancia a la incertidumbre en las tomas de decisión.

Otro factor importante que puede favorecer también una derivación indiscriminada y no pertinente es la sobrecarga de trabajo derivada de la creciente presión asistencial. Esto además puede suponer un elemento de rechazo para la intervención del consultor especialista por falta de tiempo para dedicarlo a organizar tareas compartidas (sesiones conjuntas, etc.) (6). Todos estos condicionantes se pueden aplicar también en nuestro medio, sobre todo durante estos últimos años. De hecho, en las reuniones que celebrábamos en los centros de salud, con cierta frecuencia faltaban algunos facultativos por estar ocupados en tareas asistenciales.

En resumen, y como también se comentó, quizá los factores más importantes para condicionar la tasa de derivación y su pertinencia sean: la

---

relación con los pacientes, la respuesta a la presión de los pacientes, la tolerancia a la incertidumbre del médico general y la percepción por parte de éste de la gravedad de un proceso (23). En todo esto influyen factores personales y de comportamiento como pueden ser los hábitos adquiridos durante la práctica clínica, la falta de seguridad y la insuficiente formación o información. Sobre este último apartado es sobre el que podemos actuar, siendo más difícil modificar ciertos comportamientos o condicionamientos personales.

En este sentido y en cuanto a la posesión de conocimientos médicos actualizados (formación continuada), la divulgación de la evidencia científica y puesta en práctica de las recomendaciones de las conferencias de consenso y guías, es un proceso lento (27). Estos aspectos pueden reforzarse con la intervención del especialista de segundo nivel, y en parte se ha intentado cubrir con nuestra intervención.

La eficacia de estas intervenciones se ve además favorecida por el hecho de que el especialista de Atención Primaria tenga en la actualidad dedicación a tiempo completo, así como la implantación de la historia clínica común en los centros de salud. Además, estos están acreditados para la formación de residentes, lo que hace más necesaria la intervención de los especialistas hospitalarios para la trasmisión de los conocimientos en general y para complementar la actuación del médico general en aquellos procesos específicos cuya complejidad sobrepase su capacidad (59). Todo ello tendería a mejorar la coordinación entre los dos niveles, siendo uno de los puntos más importantes la calidad en las derivaciones de los pacientes.

Nuestros resultados en cuanto a la pertinencia o adecuación de las derivaciones no mostraron cambios significativos ni ninguna tendencia especial durante la intervención en ninguno de los centros. En la literatura, éste es uno de los temas que viene despertando un notable interés desde hace tiempo, tanto en lo relativo a derivaciones externas hospitalarias como a servicios de urgencias del hospital (23, 36, 41, 42). Sin embargo, este aspecto es difícilmente mensurable, puesto que debemos considerar tanto las expectativas del paciente, como del médico de Atención Primaria y del especialista hospitalario (43). Blundell y cols (44), en una reciente revisión, referida a derivaciones a servicios quirúrgicos, señalan, además de la necesidad y el destino de la derivación (especialidad o facultativo), su calidad, que puede ser medida mediante el tipo de información aportada y las pruebas diagnósticas previamente realizadas. En nuestro estudio, para establecer el grado de pertinencia, hemos valorado estos dos parámetros, además de si el paciente había recibido o no un tratamiento previo de su problema digestivo.

En la reciente revisión de la Cochrane Library (47), que evalúa 17 estudios de intervención de diversas especialidades sobre Atención Primaria, se comentan posibles medidas que tratan de mejorar la pertinencia de las derivaciones. Las intervenciones más efectivas fueron las de tipo educativo, la elaboración de guías de práctica clínica junto con volantes de derivación estructurados, y posiblemente la existencia de una segunda opinión previa a la derivación. Otras medidas, como la difusión pasiva de guías o la retroinformación sobre las tasas de derivación, fueron ineficaces. Tampoco lo fueron de forma significativa los incentivos económicos. La evidencia sugiere

que la confianza mutua y el fácil acceso al especialista, tanto para consultas antes de la derivación como para actividades de formación continuada, son las medidas más efectivas para mejorar la coordinación, y ello es uno de los aspectos que más hemos tenido en cuenta en nuestra intervención.

Hay pocos estudios de intervención que traten sobre actitudes que mejoren la pertinencia de las derivaciones, por lo que en la literatura se indica la necesidad de desarrollar métodos en los que participen facultativos de ambos niveles para atender a este importante aspecto (48). Existen datos en la literatura que recogen las opiniones de los consultores especialistas sobre la pertinencia de las derivaciones de los facultativos de Atención Primaria (36,45, 46). De los resultados observados en la literatura se deduce en general que un aumento o una disminución en la tasa de derivaciones no parece influir significativamente en la pertinencia de las mismas, ya que el porcentaje de derivaciones pertinentes no varía sustancialmente, con independencia de que aumente o disminuya la tasa de derivación (23). Este mismo hecho lo hemos detectado en nuestro estudio, en el sentido de que el descenso de las derivaciones no se ha acompañado de una mejoría en su pertinencia.

Otro aspecto cualitativo del proceso de derivación es su repercusión en los resultados de salud de los pacientes, tema muy complicado de analizar, así como de relacionar con la pertinencia de las derivaciones (23). La controversia existe entre si la disminución de la tasa de derivaciones puede ser o no beneficiosa para dichos resultados de salud.

Como también se comentó en la introducción, realmente la respuesta al interrogante estaría en la mejora en la comunicación entre ambos niveles. En

este sentido, las derivaciones deben ser utilizadas como catalizador para mejorar el diálogo y trabajo conjunto entre los médicos de Atención Primaria y Especializada o Secundaria. Puede que ello no reduzca el número de derivaciones per se, pero en cambio puede proporcionar una mejor utilización de la Atención Especializada y una mejora significativa en los resultados en términos de salud obtenidos por los pacientes.

Con la intención de estudiar estos aspectos en nuestro medio, basándonos en la experiencia holandesa (93), hemos planteado un sistema de intervención, combinando consultas compartidas reales con sesiones clínicas de tipo informal, tratando de mantener una relación más directa con objeto de lograr una comunicación más estrecha entre ambos niveles. Uno de los objetivos de esta intervención era mejorar la pertinencia de las derivaciones, lo que podría repercutir en los resultados de salud. Como ya hemos señalado, a pesar de ello no se ha logrado mejorar la pertinencia, a pesar de disminuir el porcentaje de derivaciones. Hay que señalar que en nuestra intervención no se ha inducido a los médicos de Atención Primaria a limitar las derivaciones y sólo de forma muy puntual en algún caso se les sugería anular una cita que ya estuviera concertada. Quizá se hubiera logrado un aumento de la pertinencia con una intervención que controlara de forma sistemática y más restrictiva los volantes de derivación.

Otro objetivo de las intervenciones en general sería reducir la realización de pruebas no pertinentes y especialmente su duplicación, lo que se ha puesto de manifiesto en los estudios de Wallace y cols (62), mediante las teleconsultas compartidas, donde se mostró una reducción significativa en pruebas

complementarias realizadas en los pacientes vistos en consulta virtual. Esto coincide con las conclusiones del estudio de consultas compartidas reales llevado a cabo por Vierhout y cols (93), y que fue también puesto de manifiesto en un estudio previo (103). Evitar la duplicación de pruebas complementarias es importante, tanto para ahorrar recursos al sistema de salud (105), como para reducir inconvenientes, molestias y posibles riesgos para los pacientes implicados. Este tema no ha sido tratado en nuestro estudio. Parece oportuno comentar en este apartado que en nuestra intervención se han solicitado pruebas desde el centro de salud, que no son accesibles para los facultativos de Atención Primaria (TAC, RM, pruebas genéticas, etc.), evitando así que los pacientes vistos en consulta compartida o tratados en las sesiones y que precisaban de dichas exploraciones fueran derivados al hospital.

En el estudio de Wallace (62) también se describe una mayor satisfacción por parte del paciente o de los especialistas de Atención Primaria en el grupo de intervención de la consulta compartida virtual. Aunque nosotros no hemos estudiado estos aspectos, los médicos generales de los centros de salud manifestaron verbalmente su satisfacción con nuestra intervención e incluso después de finalizar el periodo de estudio han solicitado mantener dicha actividad, como así ha sucedido.

Para concluir estos dos apartados referentes a los aspectos cuantitativos y cualitativos de las derivaciones, a pesar de lo comentado anteriormente, se plantea, como lo hacen Gervás y cols (150), que existen algunas paradojas que frecuentemente son ignoradas y que afectan al proceso de derivación. En efecto, estos autores señalan que el grado de formación y conocimiento del

médico de familia no parece que influya por si mismo en la tasa de derivación (incluso puede incrementarla), ni quizás tampoco en las demoras. Se cita también que a veces la derivación no ayuda a resolver los problemas de salud que motivaron la derivación, ya que muchas veces las consultas de los especialistas en general están sobrecargadas por consultas sucesivas hasta en un 40%, lo que hace que el paciente derivado pierda el seguimiento por parte del médico general y por supuesto el contacto entre éste y el médico especialista. Otra paradoja que estos autores señalan es que parece ingenuo esperar beneficios en términos de salud cuando se actúa sobre Atención Primaria con una intervención simple (presión para derivar menos). En este sentido, nuestra opinión es que lo más importante es lograr una derivación pertinente, evitando que los pacientes que pueden ser tratados en el ámbito de Atención Primaria no sean innecesariamente derivados al hospital, tratando así de disminuir la presión asistencial. La actuación del consultor especialista en los centros de salud, con intervenciones más formales que las aplicadas en este estudio, podría ser la solución más idónea para mejorar la pertinencia y probablemente para disminuir la sobrecarga de las consultas externas de los hospitales.

### **3. Edad y sexo**

La distribución por edad y sexo fue similar en los cuatro centros, y aunque existe una edad superior en el centro urbano de intervención e inferior en el centro rural de intervención, la media de edad fue muy próxima a la de los otros dos centros.

#### 4. Demora media

Otro dato que se ha analizado en nuestro estudio es la demora para las primeras consultas. Se ha detectado un incremento de ésta en todos los centros ya desde el comienzo de la observación, es decir, desde el periodo preintervención. Ésta se mantuvo de forma creciente durante todo el periodo de intervención, aunque con una amplia desviación típica en dicho periodo, sin que hubiera diferencia en esta tendencia entre los cuatro centros de salud considerados en este estudio (figura 8). Esto pudiera haber influido como factor de confusión en el descenso del porcentaje de derivaciones, ya que si existe una demora elevada, el médico general tendería a contener el proceso de derivación. Sin embargo la influencia de este factor se ejercería de forma similar en los cuatro centros, y en cambio el descenso del porcentaje de derivación fue mayor en los de intervención. Este hecho lo hemos atribuido fundamentalmente a un descenso de la oferta de consultas externas en el servicio de Aparato Digestivo durante el periodo en que se desarrolló este estudio, por motivos diversos.

Como es lógico, el aumento de demora se relaciona de forma muy significativa con el fallo en la asistencia en las primeras consultas (figura 9).

#### 5. Motivos de la derivación

Los motivos de derivación más frecuentes fueron los relacionados con patología del tracto digestivo superior, fundamentalmente dispepsia, incluyendo los aspectos relacionados con la infección por *Helicobacter pylori*, así como el reflujo gastroesofágico, lo que coincide con otros estudios españoles (143, 148,

151). En estos estudios no se apreciaron diferencias significativas entre la distribución de diagnósticos antes y después de la intervención. Ésta consistió en consultas de Aparato Digestivo de alta resolución en un grupo de pacientes y acceso abierto a la Unidad de endoscopia para dispepsia y rectorragia en otro grupo. Además se realizaban sesiones en los centros de salud y cursos de formación para Atención Primaria. En nuestro caso, en el centro de salud de intervención, la diferencia significativa en la distribución de diagnósticos existente entre el periodo de referencia y el de intervención, posiblemente esté relacionada con el apartado de "otras patologías". El resto de la distribución de diagnósticos ha sido similar en ambos periodos.

#### **6. Consultas sucesivas generadas por el especialista de Aparato Digestivo**

En cuanto a las consultas sucesivas que se generan por el especialista de Aparato Digestivo a partir de las primeras consultas derivadas por el médico general, detectamos una tendencia a disminuir en número en los centros de intervención, pero sin significación estadística, a diferencia de algún estudio (93) donde se observó descenso significativo de las mismas. Aunque este dato depende del especialista, según nuestro punto de vista también es verdad que puede haber cierta relación con la pertinencia de la derivación para la primera consulta, de forma que derivaciones más pertinentes podrían conllevar más probablemente consultas sucesivas, por tratarse de procesos que requieren más control por parte del especialista. En este sentido, la ausencia de significación estadística al valorar este parámetro, coincide con la también ausencia de un incremento significativo en las pertinencia de las derivaciones

tras la intervención. Hay que señalar también que en nuestro trabajo hubo un mayor número de consultas sucesivas para pacientes menores de 60 años y del medio urbano, probablemente en relación a mayor disponibilidad por parte del paciente para acudir al hospital.

Sin embargo, en el estudio de Wallace y cols (62), realizado en un área de salud urbana y otra rural, se detectó un incremento de consultas de seguimiento dependiendo de la especialidad y del lugar, siendo mayor en especialidades quirúrgicas (ORL, Traumatología y Urología), y en el hospital de ámbito rural, aunque la situación no es comparable con nuestro Hospital de referencia, que cubre tanto población urbana como rural.

### **7. Hospitalizaciones y asistencia al servicio de Urgencias**

No han existido diferencias en cuanto a la media de hospitalizaciones por paciente entre los procedentes de los diversos centros, si bien su número fue muy escaso, por lo que no podemos establecer conclusiones al respecto. Tampoco hubo modificaciones significativas en este resultado en el estudio previamente mencionado en relación con la especialidad de Cardiología (146).

De igual modo no se observaron diferencias en la asistencia de los pacientes de los diversos centros al servicio de urgencias, tanto en general como las derivadas de problemas digestivos. En la literatura no hemos encontrado referencias en este sentido.

### **8. Análisis de la actividad desarrollada en las consultas compartidas.**

Nuestra intervención fue similar a la llevada a cabo en Maastrich (93),

donde se realizaron reuniones mensuales entre un grupo de 4 o 5 médicos generales con un médico consultor de Atención Especializada. Durante estas reuniones, de aproximadamente 1,5 horas, cada médico general podía citar a uno o dos pacientes en consulta compartida, que eran valorados junto con los otros médicos generales. En nuestro caso, en la consulta compartida, sólo estaba presente el médico general del paciente atendido, aunque las sesiones clínicas se celebraban con la totalidad del equipo de facultativos del centro de salud. La media de pacientes vistos en nuestras consultas compartidas es similar a lo descrito en el trabajo holandés, aproximadamente entre 5 y 8 por sesión.

En la intervención holandesa, esta práctica redujo el número de pacientes remitidos a atención especializada y de hecho, en el caso de Traumatología, las derivaciones se redujeron en un 50%, como ha sucedido en nuestro caso en el periodo 1 (51,45%) y en el periodo 2 (57,15%) en la especialidad de Gastroenterología y Hepatología. En el trabajo mencionado muestran una menor reducción de las derivaciones en Cardiología (10%). Aparte de estos hallazgos, se describen en estos mismos estudios otros aspectos relacionados con la formación y la comunicación, que también hemos tenido en cuenta en nuestra intervención.

Los motivos por los que más frecuentemente consultaban los médicos de Atención Primaria, tanto a nivel de consulta como en sesión clínica en las reuniones periódicas llevadas a cabo en los centros de salud de intervención, fueron la dispepsia, incluyendo problemas relacionados con la infección por *Helicobacter pylori*, así como el reflujo gastroesofágico y los temas de vigilancia

de los pólipos de colon. Precisamente son éstos los temas más tratados en la literatura (14, 119-121, 127-130, 137, 140, 141, 152, 153) en el contexto de la práctica clínica en Atención Primaria y su relación con Atención Especializada en Gastroenterología. También fueron frecuentes las consultas sobre alteraciones del tránsito intestinal, fundamentalmente diarrea, así como problemas relacionados con la interpretación de las serologías de los virus de la hepatitis o seguimiento de hepatopatías crónicas de etiología vírica y de otras situaciones de hipertransaminasemia crónica. Asimismo hubo especial interés en consultar acerca del estudio de las anemias de origen digestivo.

En la literatura existen numerosos trabajos relacionados con la especialidad de Gastroenterología y Hepatología que tratan sobre el seguimiento de pacientes a nivel de Atención Primaria, algunos con algún tipo de intervención por parte del especialista de Aparato Digestivo, y otros elaborados exclusivamente por los facultativos de Atención Primaria, sin prácticamente ningún tipo de intervención por parte del gastroenterólogo. Estos estudios se relacionan fundamentalmente con dispepsia (incluyendo aspectos relacionados con la infección *Helicobacter pylori*) y con reflujo gastroesofágico (14, 108-110, 119-121, 135, 136, 152, 153), control de los pólipos de colon y otras, comparando en algunos estudios el manejo de estas patologías que se realiza desde Atención Primaria, con la práctica desde una consulta de Aparato Digestivo (127-130).

Nosotros insistimos en la necesidad de mantener una relación con Atención Primaria, focalizando las intervenciones docentes fundamentalmente en los temas más consultados por los médicos generales. Hay que señalar que

en EEUU, otros autores (35) describen una relación inversa entre la tasa de derivación en general y lo que denominan prevalencia práctica (frecuencia de un proceso), de tal forma que un proceso frecuente es atendido en Atención Primaria sin ser derivado y, en cambio, procesos poco comunes son derivados al consultor especialista. Se refieren a cualquier tipo de proceso y no sólo a la especialidad de Aparato Digestivo. En nuestro caso, los médicos generales nos consultaban fundamentalmente problemas prácticos habituales de la especialidad, que procurábamos de esta forma que no fueran derivados a las consultas externas hospitalarias. Un ejemplo de ello lo encontramos en la dispepsia, uno de los primeros motivos de consulta, con una prevalencia en la comunidad descrita en la literatura de un 25-50%, ocupando el 5 % de las consultas de Atención Primaria, siendo derivadas al especialista un 10% de éstas (152), datos comparables a los resultados de nuestra muestra.

En algún estudio (153) se describe una mayor tasa de derivación de pacientes con dispepsia, cuando ésta se asocia a síntomas relacionados con el síndrome de intestino irritable, hecho que no se ha detectado en los pacientes de nuestro estudio, donde la asociación más frecuente fue con síntomas esofágicos, fundamentalmente pirosis.

Una proporción importante de pacientes con patología funcional son atendidos de forma eficaz en Atención Primaria, pero si se cronifican los síntomas, aumenta la probabilidad de que estos pacientes sean derivados. En este sentido en la literatura se han estudiado factores que pueden favorecer la cronificación de síntomas digestivos, tales como la existencia de factores psicológicos asociados, interferencia con la actividad diaria normal y episodios

de larga duración (154, 155). Esto puede ser interesante a nivel de Atención Primaria para predecir la posibilidad de una derivación en algún momento de la evolución clínica del paciente.

Los estudios llevados a cabo sobre enfermedades funcionales digestivas en cuanto a su evolución y pronóstico se han realizado fundamentalmente en pacientes derivados al hospital y, sin embargo, como ya se ha dicho, la mayoría de estos procesos son resueltos en Atención Primaria, por lo que quizá no se puedan extrapolar los resultados de estos estudios a la generalidad de estos pacientes (155). Por ello nosotros creemos que esto constituiría otro motivo importante añadido para establecer una estrecha colaboración entre ambos niveles, con la finalidad de investigar sobre estos problemas tan frecuentes en la práctica clínica.

Tratando de establecer una comparación entre las consultas compartidas reales, como las realizadas por nosotros, con las consultas virtuales desarrolladas en otros estudios (62, 102), estas últimas son valoradas como positivas por los pacientes, en cuanto a comodidad, menor coste (evita desplazamiento) y mayor puntualidad, aunque como dato negativo consideran en cierto modo despersonalizada la relación médico-paciente y excesivamente dependiente de la tecnología (100). Nosotros en este sentido consideramos que la relación directa y personal formada por el trio paciente-médico general-consultor especialista, puede resultar más gratificante y por consiguiente más eficaz, aunque no está claro si más eficiente.

### **9. Consideraciones y propuestas derivadas del estudio.**

En nuestro estudio destaca como aspecto más relevante que el tipo de

intervención que hemos realizado ha conducido a un descenso del porcentaje de las derivaciones a primeras consultas externas, aunque no se ha modificado significativamente la pertinencia de las mismas.

Se sugiere la posibilidad de organizar las consultas compartidas y las sesiones clínicas de forma similar a como se han llevado a cabo en este estudio. Por otro lado, implantar dentro del tiempo de esta actividad una intervención de tipo organizativo-formativo consistente en la revisión por el consultor de los volantes u hojas de derivación de acuerdo con los protocolos/guías consensuados entre ambos niveles, antes de tramitarlos, a excepción de los urgentes. Las solicitudes de derivación se comentarían en la sesión. Esto probablemente tendría una mayor repercusión en cuanto al número y sobre todo en cuanto a la pertinencia de las derivaciones.

Para ello sería necesario al menos un consultor especialista que rotara, por ejemplo mensualmente, por los distintos centros de Atención Primaria de su Área de Salud, para atender las consultas compartidas. Este consultor debería tener una serie de características como experiencia y motivación, junto con unas cualidades adecuadas para este tipo de intervención. Habría que evitar actitudes prepotentes por parte de ambos niveles, teniendo en cuenta que, a la hora de enfocar diversos aspectos de la práctica clínica, tanto el médico general como el especialista pueden intercambiar distintos puntos de vista y aprender unos de otros. De todo ello se beneficiaría también la formación tanto de los residentes de la especialidad, participantes en esta actividad, como los residentes de Atención Primaria presentes en algunos centros de salud.

Así, tras la experiencia recogida en nuestro estudio, se podría organizar

una intervención basada en las siguientes etapas y pautas de actuación:

A. Elaboración de volantes de derivación estructurados, consensuados mediante reunión previa de consultores especialistas de la especialidad de Gastroenterología y Hepatología (aplicable a otras especialidades), con facultativos de Atención Primaria, donde se especificarían por ejemplo aspectos tales como:

- Proceso-motivo de la derivación.
- Estudios realizados en Atención Primaria (pruebas de laboratorio, ecografía, endoscopia y otras pruebas susceptibles de ser solicitadas por el médico general).
- Si se ha realizado algún tratamiento para el proceso motivo de la derivación.
- Fármacos utilizados por el paciente por otros motivos.
- Alergias, intervenciones quirúrgicas mayores, otras enfermedades como por ejemplo diabetes mellitus, hipertensión y dislipemia, etc.

B. Revisión por el consultor especialista de dichos volantes de derivación (excepto de aquellos considerados urgentes o de derivación imprescindible).

C. Reevaluar en las sesiones con Atención Primaria dichos volantes de derivación, diferenciando los que pueden ser seguidos por el médico general con las correspondientes indicaciones del consultor, de los que pueden ser valorados en consulta compartida, o finalmente los que deben ser derivados al hospital.

D. Establecer un calendario de reuniones en los diferentes centros de salud para las consultas compartidas y sesiones clínicas (donde se dedicaría un tiempo para la actividad descrita en el apartado anterior). La actividad (frecuencia y duración de las reuniones conjuntas) se ajustará a las características de cada centro en cuanto a tasa y pertinencia de las derivaciones que genere.

E. Facilitar el acceso de pruebas no accesibles para Atención Primaria (por ejemplo TAC, RM, etc.), tanto en consultas compartidas como en los pacientes tratados en sesión.

Sería necesario llevar a cabo otros estudios para analizar el impacto sobre la salud de los pacientes, satisfacción, costes al sistema de salud y otros aspectos relacionados con la comunicación entre los dos niveles de atención sanitaria. La distancia entre ellos, como señalan algunos autores (152), se está estrechando en la especialidad de Gastroenterología, como probablemente en otras especialidades más estudiadas en este sentido. Se necesita que ambos grupos continúen con su colaboración para lograr una relación fluida entre ellos, lo que con toda probabilidad repercutirá en una atención más efectiva y eficiente de los pacientes.

***CONCLUSIONES***



Se llevó a cabo una intervención en dos centros de Atención Primaria, uno rural y otro urbano, consistente en la realización de consultas compartidas y sesiones clínicas con los facultativos de los correspondientes centros, considerando un periodo de referencia de 12 meses y otro de intervención de 30 meses dividido en dos periodos de 18 y 12 meses. Una vez analizados los resultados de dicha intervención, se han obtenido las siguientes conclusiones:

1. Se detectó un descenso de derivaciones a las consultas externas de la especialidad de Aparato Digestivo, que fue significativo durante los dos periodos de la intervención en los centros donde ésta se llevó a cabo, en relación con el periodo de referencia. Dicho descenso fue de menor magnitud en los centros controles.
2. Comparando los centros de intervención con los controles, el descenso fue de similar magnitud en ambos periodos, aunque sólo fue significativo en el primero.
3. De estas dos primeras conclusiones se deduce que la intervención fue eficaz en disminuir el porcentaje de derivaciones.
4. Considerando por separado los centros urbanos y rurales, la diferencia en los porcentajes de descensos de derivaciones entre centro de intervención y su correspondiente control, sólo fue significativo en el medio rural en el primer periodo de la intervención, atribuible a las dificultades derivadas de la distancia geográfica.

5. A pesar del descenso en el porcentaje de las derivaciones en los centros de intervención, no se detectaron cambios en cuanto a la pertinencia o adecuación de las mismas.
6. No se detectaron cambios durante la intervención en cuanto a la asistencia a los servicios de Urgencias del hospital ni en cuanto a hospitalizaciones.
7. La intervención no influyó en el número de consultas sucesivas generadas por el especialista de Aparato Digestivo a partir de las derivaciones desde Atención Primaria, si bien, fueron más frecuentes en el medio urbano y en pacientes con edad inferior a 60 años.
8. Los motivos de las derivaciones a las consultas de Aparato Digestivo tuvieron una distribución muy similar en los cuatro centros, con predominio de la patología del tracto digestivo superior.
9. En las consultas compartidas y sesiones clínicas celebradas en los centros de salud, los facultativos de Atención Primaria consultaban fundamentalmente problemas habituales de la especialidad, con un ligero predominio de la patología del tracto digestivo inferior.
10. Consideramos que este tipo de intervención ha resultado en conjunto eficaz, aunque sugerimos que podrían establecerse medidas adicionales que mejoraran la pertinencia de las derivaciones.

***BIBLIOGRAFÍA***



1. Horder JP. Physicians and family doctors: a new relationship. *J R Coll Gen Pract* 1977; 27:391-7.
2. Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez Ruiz B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Prim (Barc)* 1996;17:376–81.
3. Marshall MN. How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. *Fam Pract* 1999; 16:33-8.
4. Marshall MN. Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *Brit Med J*1998; 316:442-5.
5. Bergus GR, Randall ChS, Sinift SD, Rosenthal DM. Does the structure of clinical questions affect the outcome of curbside consultations with specialty colleagues? *Arch Fam Med* 2000; 9:541-7.
6. Gómez Gascón T. Atención Primaria de calidad. *Atención Primaria* 2002; 30:22.
7. Fernández A, Grumbach K, Goitein L, Vranizan K, Osmond DH, Bindman AB. Friend or foe? How primary care physicians perceive hospitalists. *Arch Intern Med* 2000; 160:2902-8.
8. Ferris TG, Chang Y, Blumenthal D, Pearson SD. Leaving gatekeeping behind-effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 2001; 345 (18):1312-7.
9. Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2011;29:28-38.

10. Fang H, Liu H, Rizzo JA. Has the use of physician gatekeepers declined among HMOs? Evidence from the United States. *Int J Health Care Finance Econ* 2009;9:183-95.
11. Van Dijk ChE, Verheij RA, Hansen J, Van der Velden L, Nijpels G, Groenewegen PP, de Bakker DH. Primary care nurses: effects on the secondary care referrals for diabetes. *BMC Health Services Research* 2010; 10:230.
12. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface (Chapter five). In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European Primary Care*. Maidenhead (England): Open University Press; 2006; 85-104.
13. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patient's views on care across the primary/secondary care interface. *Quality in Health Care* 1999;8:16-21.
14. Gené E, Calvet X. Coordinación entre atención especializada y atención primaria en la especialidad de aparato digestivo. *GH continuada* 2010; 9:48-54.
15. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med* 2003; 138:244-7.
16. Coulter A. Shifting the balance from secondary to primary care. *Brit Med J* 1995; 311:1447-8.

17. Gené E, García Bayo I, Calvet X, Abad A, Azagra R, Barenys M. Coordinación entre niveles asistenciales. De atención primaria a atención especializada en digestivo. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31:165.
18. Fernández Liz, Luque Mellado FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria* 2007;39:15-21.
19. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, McColl E, Mackee I, Holland C. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialities. *Fam Pract* 1994;11:15–20.
20. Pencheon D. Matching demand and supply fairly and efficiently. *Brit Med J* 1998; 316:1665–7.
21. National Statistics. Key health statistics from general practice 1998. London: National Statistics; 2000.
22. Christensen B, Sorensen HT, Mabeck CE. Differences in referral rates from general practice. *Fam Pract* 1989; 6:19-22.
23. O'Donnell C. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000;17:462–71.
24. Marinker M, Wilkin D, Metcalfe DH. Referral to hospital: can we do better? *Br Med J* 1988; 297: 461-4.
25. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993;43:111–3.

26. Vehvilainen AT, Kumpusalo EA, Voutilainen SO, Takala JK. Does the doctors' professional experience reduce referral rates? Evidence from the Finnish referral study. *Scan J Prim Health Care* 1996; 14:13-20.
27. Gené E, Sánchez Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria en España. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 316:327-34.
28. Aleixandre Benavent R, Porcel Torrens A, Agulló Martínez A, Maset García S. Nuevas tecnologías de la información y su aplicación en atención primaria de salud. *Atención Primaria* 1994; 13(2):85-8.
29. Rodríguez del Castillo M. El acceso a la información en atención primaria. *Atención Primaria* 1999; 24:44-7.
30. Berendsen AJ, de Jong GM, Schuling J, Bosveld HE, de Waal MW, Mitchell GK, et al. Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: a survey. *Patient Educ Couns*. 2010 Apr; 79(1):100-5.
31. Alberdi-Ordiozola, JC, Sáenz-Bajo N. Factores determinantes de la derivación de atención primaria a las consultas externas de atención especializada en la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria*. 2006;37:253-7.
32. Young CE, Mutch AJ, Boyle FM, Dean JH. Investigating referral pathways from primary care to consumer health organisations. *Aust J Prim Health*. 2010;16(3):260-7.
33. Harris MF, Jayasinghe UW, Chan BC, Proudfoot J, Crookes P, Zwar N et al. Patient and practice characteristics predict the frequency of general

- practice multidisciplinary referrals of patients with chronic disease: A multilevel study. *Health Policy*. 2011;10:140-5.
34. McBride D, Hardoon S, Walters K, Gilmour S, Raine R. Explaining variation in referral from primary to secondary care: cohort study. *Brit Med J* 2010;341:c6267.
  35. Forrest Ch, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *The Journal of Family practice* 2001; 50:427-32.
  36. Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *Br Med J* 1994;309:576-8.
  37. Wilkin D, Smith AG. Variation in general practitioners' referral rates to consultants. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37:350-3.
  38. Delnoij DMJ, Spreeuwenberg PMM. Variation in GPs' referral rates to specialists in internal medicine. *Eur J Public Health* 1997; 7:427-35.
  39. Clemence L. To whom do you refer? *Health Serv J* 1998;108:26-7.
  40. Bailey J, King N, Newton P. Analysing general practitioners' referral decisions. II. Applying the analytical framework: do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions? *Fam Pract* 1994; 11:9-14.
  41. Wilkin D, Metcalfe D, Marinker M. The meaning of information on GP referral rates to hospitals. *Community Medicine* 1989;11:65-70.
  42. Roland M. Measuring appropriateness of hospital referrals. In Coulter A, Roland M, editors. *Hospital referrals*. Oxford: Oxford University Press; 1992.

43. Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. I. Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics. II. Locations of specialist outpatient clinics to which general practitioners refer patients. *Brit Med J* 1989;299:304-8.
44. Blundell N, Clarke A, Mays N. Interpretations of referral appropriateness by senior health managers in five PCT areas in England: a qualitative investigation. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:182-6.
45. Grace J, Armstrong D. Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants about necessity and suitability of referral. *Fam Pract* 1987; 4:170-5.
46. Fertig A, Roland M, King H, Moore T. Understanding variation in rates of referral among general practitioners: are inappropriate referrals important and would guidelines help to reduce rates? *Brit Med J* 1993; 307:1467-70.
47. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 4:CD005471.
48. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, et al. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface. *Brit Med J* 2001;322:1282-4.
49. Hippisley-Cox J, Hardy C, Pringle M et al. Are patients who present late with cancer registered with low referring practices? *Br J Gen Pract* 1997; 47:731-2.

50. Temmink D. Transmural Clinics: A Nursing Innovation Explored. (Thesis). Utrecht: Maastricht University; 2000.
51. Van der Linden BA. The Birth of Integration: explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands 1994–2000 (thesis). Utrecht: University of Utrecht; 2001.
52. Huisman R, Van Wijngaarden, JDH, Scholte op Reimer WJM, et al. Van units naar ketenzorg: stroke service biedt betere zorg voor CVA-patiënten [From units to chain-care: stroke service provides better care for stroke patients], *Medisch Contact* 2001;56(48): 1765–8.
53. Gervas J, Rico A, Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)* 2006;126(17):658-61.
54. Rico A, Moreno FJ. La arquitectura de las organizaciones sanitarias en Europa: gobierno, compensación y evaluación. En: Ibern P, editor. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; 2005.
55. Gervas J, Pérez Fernández M. Organización de la Atención Primaria en otros países del mundo. En: *Tratado de Medicina de Familia e comunidade*. Sao Paulo; SBMFC; 2012 (en prensa).
56. Vanselow NA, Donaldson MS, Yordy KD. A new definition of Primary care. *JAMA* 1995;273 (3): 192.
57. Ramsay S. US graduates lured by primary care. *Lancet* 1995;346:1154.
58. Irani M, Dixon M, Dean JD. Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2007;100:75-7.

59. García Sánchez FJ, Martínez Barriga Y. Resultados del proceso de implantación de un sistema de citación en tiempo real entre atención primaria y atención especializada. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:398-402.
60. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Atención Primaria* 2001; 28(6):381-5.
61. Alfonso JL, Sebastiá V, Martínez MI, Bueno FJ, Vila B. ¿Mejora la calidad con la implantación de centros de salud? Una visión desde la hospitalización evitable. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(6):388-95.
62. Wallace P, Barber J, Clayton W, Currell R, Flemming K, Garner P et al. Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. *Health Technol Assess* 2004;8:3-45.
63. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990; 40:445-9.
64. Branger PJ, van der Wouden JC, Duisterhout JS, van der Lei J. Problems in communication between general practitioners and internal medicine consultants. *Med Inform* 1995;20:45-51.
65. O'Malley AS, Tynan A, Cohen GR, Kemper N, Davis MM. Coordination of care by primary care practices: strategies, lessons and implications. *Res Briefs* 2009; (12):1-16.

66. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between Primary care and Specialist Physicians. *Arch Intern Med* 2011; 171(1):56-65.
67. Chen AH, Yee HF. Improving Primary Care-Specialty care communication. *Arch Intern Med* 2011; 171(1):65-7.
68. Jacobs LGH, Pringle MA. Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed. *Brit Med J* 1990;301:470-3.
69. Jacobs LGH, Pringle MA. Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed. *Br Med J* 1990;301:470-3.
70. Reig Mollá B, Bisbal Andrés E, Sanfélix Genovés J, Pereiró Berenguer I, Esparza Pedrol MJ y Martín González RM. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Atención Primaria* 2004;34(6):300-5.
71. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. *Australian Family Physician* 2002;31:197-200.
72. Thong JF, Mok P, Loke D. A quality assurance survey to improve communication between ENT specialists and general practitioners. *Singapore Med J* 2010; 51(10):796-8.
73. Dickey LL. Promoting preventive care with patient-held minirecords: a review. *Patient Educ Couns* 1993;20:37-47.
74. Finlay IG, Wyatt P. Randomised cross-over study of patient-held records in oncology and palliative care. *Lancet* 1999;353:558-9.

- 
75. Canals Innamorati J, Montero Alcaraz JC, Buxadé Martí I, Bolívar Ribas I. El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II): opiniones y satisfacción de los médicos de familia. *Atención Primaria* 2002; 30(9):561-6.
  76. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297:831-41.
  77. Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kapoli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med* 2009; 24:381-6.
  78. Thomson O'Brien M, Oxman A, Davis D, Haynes B, Freemantle N, Harvey E. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Issue 1). Oxford:Update Software;2002.
  79. Thomson O'Brien M, Oxman A, Haynes B, Davis D, Freemantle N, Harvey E. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In *The Cochrane Library* (Issue 1). Oxford: Update Software;2002.
  80. Davis D, Thomson M, Oxman A, Haynes B. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-5.

81. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: Potencial benefits, limitations and harms of clinical guidelines. *Brit Med J* 1999; 318:527-30.
82. Carbonell Riera JM, Suñol Sala R, Colomé Figuera L, Nualart Berbel L, Guix Oliver J, Hernández Vecino R. Plan de atención integrada del grup Sagessa: una apuesta por la coordinación interniveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:321-6.
83. Bowling A, Bond M. A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. *Br J Gen Pract* 2001;51:264-9.
84. Bailey J, Black M, Wilkin D. Specialist outreach clinics in general practice. *Brit Med J* 1994;308:1083-6.
85. Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(3):177-83.
86. Bond M, Bowling A, Abery A, McClay M, Dickinson E. Evaluation of outreach clinics held by specialists in general practice in England. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:149-56.
87. Linnala A, Aromaa A, Mattila K. Specialists as consultants to GPs. Private sector services as an alternative way of organizing consultant services in health care. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:90-4.
88. Bridgman S, Li X, Mackenzie G, Dawes P. Does the Nort Staffordshire slot system control demand of orthopaedic referrals from primary care? A population-based survey in general practice. *Brit J Gen Pract* 2005;55:704-9.

89. Maggs-Rapport F, Kinnersley P, Owen P. In-house referral: Changing general practitioners' roles in the referral of patients to secondary care. *Soc Sci Med* 1998;46:131-6.
90. Kinnersley P, Maggs Rapport F, Owen P, Stott N. In-house referral: a primary care alternative to immediate secondary care referral? *Fam Prac* 1999;16:558-561.
91. Fry J, Sandler G. Domiciliary consultations: some facts and questions. *Brit Med J* 1988; 297:337-8.
92. Wallace P, Haines A, Harrison R, Barber J, Thompson S, Jacklin P, et al. Joint consultations (virtual outreach) versus standar outpatient appointments for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:1961-8.
93. Vierhout WPM, Knottnerus JA, van Ooij A, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh AMK, Beusmans GHMI. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet* 1995;346:990-4.
94. García García M, Valenzuela Mújica MP, Martínez Ocaña JC, Otero López MS, Ponz Clemente E, López Alba T, Gálvez Hernández E. Resultados de un programa de coordinación y de información clínica compartida entre nefrología y atención primaria. *Nefrología* 2011;31(1):84-90.
95. Ávila de Tomás JF. Aplicaciones de la telemedicina en atención primaria. *Atención Primaria* 2001;27:54-7.
96. Taylor P. Survey of research in telemedicine. 2: Telemedicine services. *J Telemed Telecare* 1998;4:63-71.

97. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face care: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In The Cochrane Library (Issue 1). Oxford: Update Software;2002.
98. Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *Brit Med J* 2000;320:1517-20.
99. Jaatinen PT, Aarnio P, Remes J, Hannukainen J, Köymäri-Seilonen T. Teleconsultation as a replacement for referral to an outpatient clinic. *J Telemed Telecare* 2002;8:102-6.
100. Harrison R, Macfarlane A, Murray E, Wallace P. Patients' perceptions of joint teleconsultations: a qualitative evaluation. *Health Expect* 2006; 9:81-90.
101. MacFarlane A, Harrison R, Murray E, Wallace P. A qualitative study of communication during joint teleconsultations at the primary-secondary interface. *J Telemed Telecare* 2006;12(Suppl.1):24-6.
102. Harrison R, Clayton W, Wallace P. Cluster randomised controlled trial of virtual outreach-a pilot study. *J Telemed Telecare* 1995;5:126-30.
103. MacFarlane A, Harrison R, Wallace P. Triadic medical consultations a sociological analysis. *J Telemed Telecare* 2002;8(S2):56-7.
104. Wootton R. Telemedicine and isolated communities: a UK perspective. *J Telemed Telecar* 1999;5:27-34.
105. Winkens R, Dinant JG. Evidence base of clinical diagnosis: rational, cost effective use of investigations in clinical practice. *Brit Med J* 2002;324:783.

106. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters T, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Brit J Gen Pract* 2003;53:878-84.
107. Abu-Ramadan MA. Making better use of scarce resources: the Palestinian experience, 1995-1999. *J Amb Care Manag* 2002;25:63-9.
108. Banait G, Sibbald B, Thompon D, Summerton C, Hann M, Talbot S, Salford and Trafford Ulcer Research Netwosrk. Modifying dyspepsia management in primary care: a cluster randomised controlled trial of educational outreach compared with passive guideline dissemination. *Brit J Gen Pract* 2003;53:94-100.
109. Jones R, Junghard O, Dent J, Vakils N, Halling K, Wernersson B, Lind T. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Aliment Pharm Ther* 2009;30:1030-8.
110. Grimshaw JM. Evaluation of four quality assurance initiatives to improve out-patient referrals from general practice to hospital. PhD Thesis. Aberdeen, University of Aberdeen 1998.
111. Bennett K, Haggard M, Churchill R, Wood S. Improving referrals for glue ear from primary care: are multiple interventions better than one alone? *J Health Serv Res Policy* 2001;6:139-44.
112. Emslie CJ, Grimshaw JM, Templeton A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples? *Brit Med J* 1993;306:1728-31.

113. Thomas R, Grimshaw J, McClinton S. Cluster Randomized Trial of a Guideline-Based Open Access Urological Investigation Service. *Fam Pract* 2003;20:646-54.
114. Bertakis KD, Robbins JA. Gatekeeping in primary care: a comparison of internal medicine and family practice. *J Fam Practice* 1987;24:305-7.
115. O'Cathain A, Froggett M, Taylor MP. General practice based physiotherapy: its use and effect on referrals to hospital orthopaedics and rheumatology outpatient departments. *Brit J Gen Pract* 1995;45:352-4.
116. Kammerling RM, Kinnear A. The extent of the two tier service for fundholders. *Brit Med J* 1996;312:1399-401.
117. Coulter A, Bradlow J. Effect of NHS reforms on general practitioners' referral patterns. *Brit Med J* 1993;306:433-7.
118. Davidson SM, Manheim LM, Werner SM, Hohlen MM, Yudkowsky BK, Fleming GV. Prepayment with office-based physicians in publicly funded programs: results from the Children's Medicaid Program. *Paediatrics* 1992;89:761-7.
119. Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad Med J* 2008; 84:454-8.
120. Seifert B, Rubin G, de Wit N, Lionis C, Hall N, Hungin P et al. The management of common gastrointestinal disorders in general practice. A survey by the European Society for Primary Care Gastroenterology (ESPCG) in six European countries. *Digest Liver Dis* 2008;40:659-66.

121. Tosetti C, Bellentani S, Benedetto E, Ubaldi E, Cardin F, Bozzani A. The management of patients with new onset of upper gastro-intestinal symptoms in primary care. *Diges Liver Dis* 2010;42:860-4.
122. Grattagliano I, Ubaldi E, Bonfrate L, Portincasa P. Management of liver cirrhosis between primary care and specialists. *World J Gastroenterol*. 2011; 17: 2273–82.
123. Sherwood P, Lyburn I, Brown S, Ryder S. How are abnormal results for liver function tests dealt with in primary care? Audit of yield and impact. *Brit Med J* 2001;322:276-8.
124. Grattagliano I, Portincasa P, Palmieri VO, Palasciano G. Managing nonalcoholic fatty liver disease: recommendations for family physicians. *Can Fam Physician* 2007;53:857-63.
125. Morisco F, Pagliaro L, Caporaso N, Bianco E, Saggiocca L, Fargion S, et al. Consensus recommendations for managing asymptomatic persistent non-virus non-alcohol related elevation of aminotransferase levels: suggestions for diagnostic procedures and monitoring. *Digest Liver Dis* 2008;40:585-98.
126. Diez-Vallejo J, Comas-Fuentes A. Asymptomatic hypertransaminasemia in patients in Primary Care. *Rev Esp Enf Dig* 2011; 103:530-5.
127. Bretagne J, Honnorat C, Richard-Molard B, Soufflets C, Barthelemys P. Perceptions and practices on the management of gastro-oesophageal reflux disease: results of a national survey comparing primary care physicians and gastroenterologists. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25:823-33.

128. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:1544-8.
129. Spiegel BMR, Farid M, Van Oijen MGH, Laine L, Howden CW, Esraillan E. Adherence to best practice guidelines in dyspepsia: a survey comparing dyspepsia experts, community gastroenterologists and primary-care providers. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29:871-81.
130. Boolchand V, Olds G, Singh J, Singh P, Chak A, Cooper G. Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians. *Ann Intern Med* 2006; 145:654-9.
131. Fernández-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Llach J, Pellisé M, Gines A, Balaguer F, et-al. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de atención extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)* 2007; 129:205-8.
132. European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy 2008. Disponible en: <http://www.epage.ch>.
133. Saracíbar E, Núñez H, Díaz P, Martín M, Goyeneche M, Madrigal R y cols. Hallazgos endoscópicos según la especialidad que solicita la exploración. LXII Congreso Nacional Sociedad Española de Patología Digestiva, Marbella Junio 2003.
134. Balaguer F, Llach J, Castells A, Bordas JM, Pellisé M, Rodríguez-Moranta F, et al. The European Panel on the appropriateness of Gastrointestinal

- Endoscopy guidelines colonoscopy in an open-access endoscopy unit: a prospective study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:609-13.
135. Ladabaum U, Fendrick AM, Glidden D, Scheiman JM. Helicobacter pylori test-and-treat intervention compared to usual care in primary care patients with suspected peptic ulcer disease in the United States. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:3007-14.
136. de Wit NJ, Mendive J, Seifert B, Cardin F, Rubin G. Guidelines on the management of H.pylori in primary care: development of an implementation strategy. *Fam Pract.* 2000;17 Suppl 2:S27-32.
137. Baker AN, Parsons M, Donnelly SM, Johnson L, Day J, Mervia A et al. Improving colon cancer screening rates in primary care: a pilot study emphasising the role of the medical assistant. *Qual Saf Health Care* 2009; 18:355-9.
138. Sánchez-del Rio A, Quintero E, Alarcón O. Idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva alta en unidades de acceso abierto. *Gastroenterol Hepatol.* 2004; 27:119-24.
139. Dacal Rivas A, Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Cubiella Fernández J, Alonso Docampo MN, Fernández Seara J. Efecto de la implantación de un programa de mejora de la capacidad resolutoria de atención primaria en la adecuación y la demora de las exploraciones endoscópicas. *Gastroenterol Hepatol* 2011;34:254-61.
140. Vallverdú-Cartié H, Comajuncosas-Camp J, Orbeal-Sáenz RA, López-Negre JL, Gris-Garriga PJ, Jimeno-Fraile J et al. Results of

- implementation of a fast track pathway for diagnosis of colorectal cancer. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011; 103:402-7.
141. Morillas JD, Castells A, Oriol I, Pastor A, Pérez-Segura P, Echevarría JM et al. Alianza para la prevención del cáncer de colon en España: un compromiso cívico con la sociedad. *Gastroenterol Hepatol.* 2012; 35:109-28.
142. Cheung WY, Dove J, Lervy B, Russell IT, Williams JG. Shared care in gastroenterology: GPs' views of open access to out-patient follow-up for patients with inflammatory bowel disease. *Fam Pract* 2002;19:53-6.
143. Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, Francisco González M, 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* 2011; 25:468-73.
144. Herrerías Gutierrez JM, Argüelles Arias F, Martín Herrera L, Montero Dominguez JL, de Dios vega J, Martín-Vivaldi Martínez R et al. A high-resolution gastroenterology clinic in Andalusia: What is it, and how should it work? *Rev Esp Enferm Dig.* 2008; 100:5-10.
145. Särndal CE, Swenson B, Wretman J Model assisted survey sampling.1992. Springer-Verlag. New York.
146. Falces C, Andrea R, Heras M, Vehí C, Sorribes M, Sanchís L y cols. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol* 2011;64:564-71.
147. Peña-Gil C, Comín-Colet J. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl* 2007;7:21-9.

148. Rodríguez Alcalá FJ, 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; 36:137-43.
149. De Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención Primaria. *Aten Primaria* 2005; 35:146-51.
150. Gervas J, García Olmos LM, Simó J, Peiró S, Seminario de Innovación 2007. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria* 2008; 40:253-5.
151. Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Dacal Rivas A, Cubiella Fernández J, Fernández Seara J. ¿Cuáles son los motivos de derivación desde Atención Primaria en el área sanitaria de Ourense? *Rev Esp Enferm Dig* 2010; Suppl 1, 102:S82.
152. Hungin AP, Rubin GP. Management of dyspepsia across the primary-secondary healthcare interface. *Dig Dis* 2001;19(3):219-24.
153. Van Bommel MJJ, Numans ME, de Wit NJ, Stalman WAB. Consultations and referrals for dyspepsia in general practice-a one year database survey. *Postgrad Med J* 2001; 77:514-8.
154. Halder SLS, Macfarlane GJ, Thompson D, O'Brien SJ, Musleh M, McBeth J. Predictors of persistent gastrointestinal symptoms among new presenters to primary care. *Eur J Gastroen Hepat.* 2010; 22:296-305.
155. Van den Heuvel-Janssen HAM, Borghouts JAJ, Muris JWM, Koes BW, Bouter LM, Knottnerus JA. Chronic non-specific abdominal complaints in

general practice: a prospective study on management, patient health status and course of complaints. BMC Family Practice 2006; 7:12-9.



***ANEXOS***



## ANEXO I.- ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

### TRATAMIENTO

**A) Higiénico-dietético:** Evitar circunstancias favorecedoras del RGE.

- No acostarse después de las comidas hasta pasadas 2-3 horas.
- Procurar evitar alimentos (té, café, cacao, chocolate, zumos, menta, salsa de tomate) o fármacos (xantinas, anticolinérgicos, Ca-antagonistas) que relajan el EEI, o que retarden la evacuación gástrica (grasas).
- Evitar obesidad, fajas apretadas, ejercicios que aumenten la presión intraabdominal.
- En ocasiones se aconseja elevar la cabecera de la cama (no con almohadas, sino colocando tacos de unos 15 cm bajo las patas de la cabecera de la cama) (en caso de regurgitación o pirosis severas por las noches).

**B) Farmacológico**

- En casos leves, antiácidos o antiH<sub>2</sub> a demanda.
- En casos más severos, incluyendo pirosis severa, esofagitis severa y Barrett:
  - o Inhibidores de la bomba de protones (IBP) (a veces doble dosis, si precisa dosis plenas), tomados en general antes del desayuno (primero a diario durante 2-3 meses, y luego, **a demanda si es posible**).
  - o Proquinéticos, en caso de regurgitación severa, asociados a los IBP.

Duración del tratamiento: 3-6 meses y siempre que recidive.

**C) Control**

- **Esófago de Barrett.**
- **Vigilar estenosis** (disfagia como síntoma guía o impactaciones alimenticias).
  - o Benignas (cicatriciales, esofagitis eosinofílica)
  - o Malignas (adenocarcinoma)

**D) Derivación**

- **Al cabo de 5 años del comienzo de la sintomatología, si no responde adecuadamente al tratamiento o presenta recidivas frecuentes pero sin datos de alarma** (derivar directamente a gastroscopia).
- **Datos de alarma** (disfagia, pérdida de peso, anemia, etc. similar a los criterios de alarma de la dispepsia).
- **Ausencia de respuesta al tratamiento higiénico-dietético y farmacológico a dosis plenas.**
- **Vigilancia del esófago de Barrett:**
  - o Sin displasia, cada 3-5 años.
  - o Con displasia leve cada año.
  - o Con displasia severa, cada 3-6 meses (control por endoscopista)

---

## ANEXO II.- DISPEPSIA, ULCUS Y OTRAS ENFERMEDADES PÉPTICAS.

### Dispepsia:

Molestia de cualquier tipo de más de 3 meses de evolución o con carácter recidivante situada en zona abdominal superior (12 semanas, no necesariamente seguidas, en 12 meses).

### Tipos clínicos:

- Ulceroso
- Dismotilidad ("distress postprandial")
- No clasificable
- Asociada a síndrome de intestino irritable y/o RGE.

### Valoración:

Buscar **criterios de alarma:**

- Clínicos: edad superior a 50 años, pérdida de apetito o peso, disfagia, hallazgos patológicos a la exploración física.
- Laboratorio: anemia, VSG elevada, alteraciones bioquímicas.

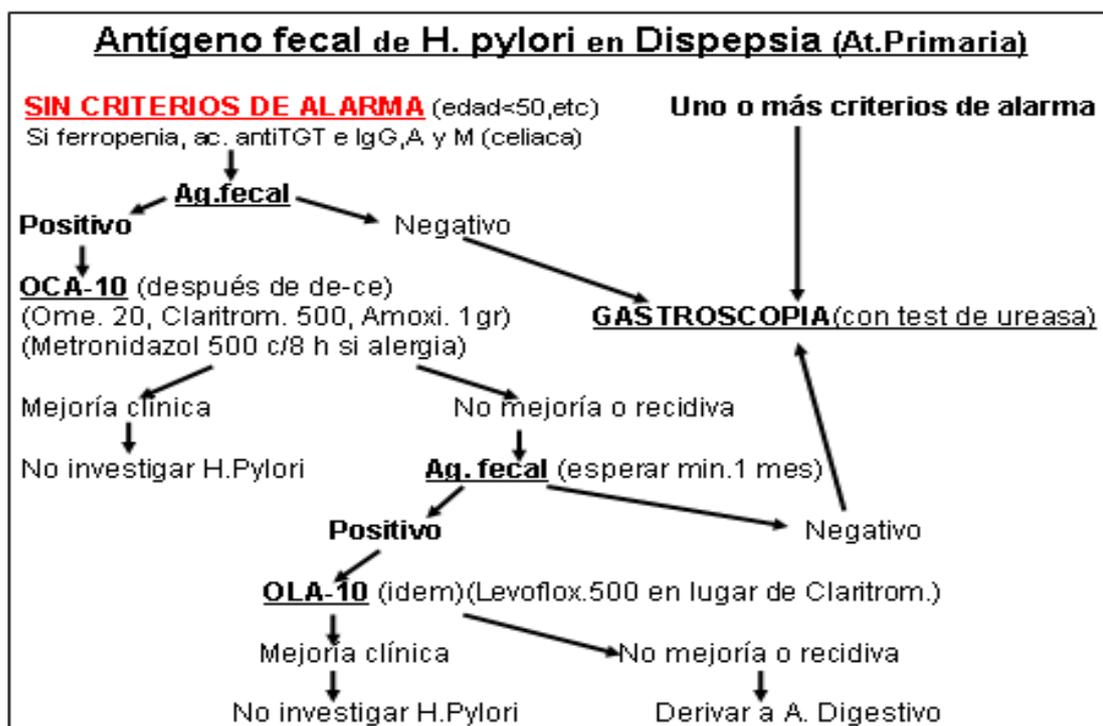
### Actitud (si no hay criterios de alarma):

- Tratamiento empírico, según tipo de dispepsia durante 1-2 meses (IBP y/o procinético). ¿Erradicar *H.pylori* si falla? ¿Test de aliento y erradicar, si +?
- Si no mejora o recidiva la sintomatología al suspenderlo, solicitar exploraciones, fundamentalmente **gastroscopia (solicitarla de entrada si existen criterios de alarma)**.
- Si se detecta **ulcus gástrico**: control ulterior por especialista hasta comprobar benignidad y cicatrización.

- Si se detecta **ulcus duodenal** tratar en atención primaria, teniendo en cuenta el estado del *H.pylori* (si positivo, tratar con OCA-7 o similares, valorando posibilidad de alergia). Posibilidad de mantener Omeprazol o similar durante 4 semanas, a la mitad de la dosis que la empleada durante la erradicación.
- En principio no erradicar *H. Pylori* en gastritis crónicas.

### **DERIVAR:**

- Siempre en caso de ulcus gástrico
- En caso de úlcera duodenal:
  - Ausencia de respuesta o recidiva tras el tratamiento.
  - Cambio de sintomatología (volver a solicitar gastroscopia desde Atención Primaria)
  - Complicación, como la hemorragia (derivación a urgencias)



**TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE *HELICOBACTER PYLORI*****A. Primera línea:**

- OCA 7 (10 en casos no ulcerosos):
- . Omeprazol 20 mg o ranitidina-Bi 400 mg c/12 h.
- . Claritromicina 500 mg c/12 h.
- . Amoxicilina 1 gr c/12 h. (Metronidazol 500 mg c/12 h en caso de alergia a penicilinas)

(Esta pauta puede repetirse una segunda vez antes de un año, si persisten síntomas).

Si transcurre más de 1 año desde el tratamiento, se considera reinfección.

**B. Segunda línea:**

1.- Omeprazol (20 mg c/12 h)

Amoxicilina (1 g c/12 h)

Levofloxacino (500 mg c/12 h)

(10 días)

2.- Omeprazol (20 mg c/12 h)

Subcitrato de Bi (120 mg c/6 h)

Tetraciclina (500 mg c/6 h)

Metronidazol (500 mg c/8 h)

**(Otras pautas serán llevadas a cabo en Atención Especializada)**

**INDICACIONES DE ERRADICACION DE *H. Pilory*:**

- Ulcus gástrico y duodenal comprobados
- Duodenitis erosiva

- (**Dispepsia** no investigada, sin criterios de alarma, previo test no invasivo) (“test and treat”)
- Dispepsia funcional con clínica persistente a pesar de tratamiento sintomático con IBP y/o procinéticos
- Gastrectomía parcial por cáncer gástrico y familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico.
- Probablemente en gastritis crónica activa y gastritis crónica atrófica, sobre todo con metaplasia intestinal

#### **NO INDICADA LA ERRADICACION DE *H.Pilory*:**

- Tratamiento de 1ª línea en la dispepsia funcional
- Antes de iniciar tratamiento con AINEs (salvo antecedentes de historia de úlcera previa o hemorragia digestiva por úlcera y de otros factores de riesgo)
- Pacientes con ERGE (reflujo G-E), sin ulcus.
- Terapia de mantenimiento con IBP

#### **CONFIRMACION DE ERRADICACIÓN:**

En principio sólo en ulcus complicado (hemorragia previa).

#### **CRITERIOS DE PREVENCIÓN DE LESIONES AGUDAS (LAMG) POR AINEs.**

Habitualmente se lleva a cabo con **Omeprazol** o similar, 20-40 mg antes del desayuno, durante el tratamiento con AINE, independientemente de su duración.

- Edad > 70-75 años

- Antecedentes de enfermedad péptica (ulcus, gastroduodenitis o esofagitis).
- Combinación de varios AINEs.
- Dosis elevadas de AINE.
- AINEs más o menos gastrolesivos (AAS, ketorolaco más gastrolesivos que ibuprofeno y que los inhibidores de la COX2).
- Combinación de AINE con corticoides (con corticoides sin AINE, no se precisa gastroprotección).
- Combinación de AINE con anticoagulante y probablemente con antiagregantes.
- Enfermedad general grave (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria avanzadas)

Si no existen estos criterios, no es necesario gastroprotección, a no ser que el paciente presente molestias dispépticas al iniciar el tratamiento con AINE (tratamiento sintomático empírico).

## **ANEXO III.- DIARREA**

### **A) DIARREA AGUDA**

#### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

- Viajes
- Ingesta previa (mismo día y 24-48 horas previas) de posibles alimentos contaminados o tóxicos.
- Tratamientos con antibióticos
- Dolor abdominal (localización y características)
- Náuseas y vómitos (gastroenteritis agudas)
- Fiebre
- Sangre en heces

#### DATOS DE LABORATORIO

- Hemograma
- Urea
- Iones (ojo al K)
- Coprocultivo y parásitos en heces (una muestra de 3 días consecutivos), si fiebre  $T^a > 38^{\circ}\text{C}$ ) o sangre en heces.

#### ACTITUD

**DERIVAR** en caso de:

- Más de 8-10 deposiciones diarias durante más de 7 días de tratamiento sintomático.
- Persistencia de la fiebre.
- Persistencia de la sangre en heces
- Signos de deshidratación y/o hipopotasemia.

- Vómitos refractarios (no ceden a antieméticos) que no permiten alimentación oral.
- Enfermedad subyacente grave.
- VIH

## **B) DIARREA CRÓNICA** (duración mayor de 3-4 semanas)

### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

#### **Enfermedad actual:**

- Tiempo de evolución y circunstancias (si las hay) previas al comienzo o durante el mismo.
- Características de las heces
- Presencia de productos patológicos (sangre o pus)
- Fármacos ingeridos
- Afectación general (pérdida o no de peso)
- Persistencia o no durante la noche
- Respuesta al ayuno
- Sugestivas de **intestino delgado** o colon derecho:
  - Voluminosas ( a veces esteatorreicas)
  - Sangre o pus poco frecuentes
  - Dolor periumbilical de tipo cólico o borborigmos
  - Ausencia de síndrome rectal.
- Sugestivas de colon izquierdo:
  - Volumen escaso
  - Sangre o pus frecuentes (excepto en las funcionales: sd. Intestino irritable)

- Dolor en hipogastrio, fosa ilíaca izquierda o sacro.
- Frecuente síndrome rectal (urgencia y tenesmo)

**Antecedentes familiares:**

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Sd. Intestino irritable
- Neoplasia endocrina múltiple

**Antecedentes personales:**

- Fármacos
- Viajes a lugares exóticos
- Inmigrantes
- Toxicomanías (diarrea de abstinencia de opiáceos, etc.)
- Enf. transmisión sexual.
- Problemas emocionales
- Cirugía previa
- Radioterapia abdominal

**Exploración general:**

- Cabeza y cuello: (glositis, bocio, etc.)
- Abdomen (puntos dolorosos, distensión, ruidos intestinales, etc.)
- **Tacto rectal** (ojo a la pseudodiarrea por impacto fecal en ancianos, encamados, etc.)

**SOLICITAR** (en caso de diarrea crónica)

- Hemograma y VSG
- Bioquímica (con ferritina)
- Iones

- Hormonas tiroideas
- PCR
- Antitransglutaminasas
- Coprocultivo y parásitos (3 días a ser posible consecutivos).
- (Test de respuesta a tratamiento con colestiramina: malabsorción primaria de sales biliares).
- (Test de aliento –Hidrógeno en aire espirado - para intolerancia a disacáridos: en At. Especializada)

**A título orientador, debemos enfocar una diarrea bajo los siguientes puntos de vista:**

### **1. ¿FUNCIONAL – ORGÁNICA?**

- Aspecto de la deposición (sangre).
- Nocturnidad
- Afectación del estado general

### **2. ¿I. delgado Y COLON DERECHO – COLON IZQUIERDO, RECTO?**

- Volumen.
- Localización del dolor
- Ausencia o presencia de tenesmo y urgencia.
- Ausencia o presencia de sangre.

### **3. Tipo FISIOPATOLÓGICO**

- Secretora (infecciones, malabsorción de sales biliares,...)
- Osmótica (intolerancia a la lactosa...)
- Inflamatoria o exudativa (infecciones, E.I.I.)
- Motoras (S.I.I.).

**4. SEVERIDAD**

- Frecuencia de deposiciones (>6)
- Sangre, pus, esteatorrea...
- Anemia, leucocitosis, hipoproteinemia, hipopotasemia, PCR elevada,...

**5. TRATAMIENTO EMPIRICO**

- Retirar leche u otros.
- Colestiramina.
- Loperamida.
- Bromuro de Octilonio, Mebeverina, ocasionalmente Levosulpiride (en caso de diarrea funcional).
- Racecadotril (Tiorfán)

**ACTITUD**

- Si se sospecha origen colónico: colonoscopia (en su defecto, enema opaco)
- Si se sospecha origen en i. delgado: tránsito intestinal

**DERIVAR:**

- Si todas las pruebas son normales y persiste la diarrea
- Si se detecta alguna patología susceptible de profundizar en su estudio o que precise tratamiento en atención especializada.

---

## **ANEXO IV.- ESTREÑIMIENTO**

### **Anamnesis**

- Tiempo de evolución y circunstancias relacionadas con el comienzo (si las hay).
- Presencia de productos patológicos en heces (sangre, moco)
- Ingesta de fármacos que puedan provocar estreñimiento como efecto secundario:
  - o Analgésicos
  - o Algunos antiácidos (Ca, aluminio)
  - o Anticolinérgicos
  - o Anticonvulsivantes
  - o Antidepresivos
  - o Sulfato de bario
  - o Bismuto
  - o Diuréticos
  - o Antiparkinsonianos
  - o Bloqueantes ganglionares
  - o Hierro
  - o Opiáceos

### **Exploración física**

- General
- Abdominal
- TACTO RECTAL.

### **SOLICITAR**

- Hemograma y VSG
- Bioquímica
- Iones (incluyendo Ca y P).
- Rx. simple abdomen.
- Colonoscopia (o en su caso, enema opaco), si el estreñimiento es de reciente aparición.

### **DERIVAR:**

- Cuando todas las pruebas son normales y persiste la sintomatología después de tratamiento sintomático.
- Cuando se detecte patología susceptible de tratamiento en atención especializada.

## ANEXO V.- CANCER COLORRECTAL

### A.- ESTUDIO FAMILIAR (se exceptúa el cáncer hereditario polipósico y no polipósico)

#### RIESGO:

1 familiar de 1er grado: x 2,25.

2 ó más familiares de 1er grado: x 3,96

1 ó más familiares de 2º grado: x 1,73

Adenoma colorrectal: x 1,9

1. Edad < de 80 años con **dos ó más** familiares de 1er. grado diagnosticado a cualquier edad (padres y hermanos), o **uno** diagnosticado a edad < 60 años (**colonoscopia cada 5 años, inicio a los 40 años**).
2. Idem con **un sólo** familiar de 1er grado diagnosticados a edad > 60 años (**SOH bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años y/o colonoscopia cada 10 años, inicio a los 40 años**).
3. Familiares de 2º grado (tíos, abuelos, sobrinos): idem que población de riesgo medio (**SOH bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años y/o colonoscopia cada 10 años, inicio a los 50 años**).

### B.- SEGUIMIENTO DEL ADENOMA COLORRECTAL:

Se requiere preparación correcta y exploración completa (hasta ciego)

- a) < 3 adenomas.....Colonoscopia a los 5-**10 años**
- b) 3 – 10 adenomas o adenoma avanzado (\*):... Colonoscopia a los 3 años
  - o > 10 mm
  - o Histología de vellosa o túbulovellosa
  - o Displasia de alto grado o severa o grave.

Otras situaciones que requieren control más estrecho: a indicar por endoscopista.

**C.- SOH (sangre oculta en heces):**

**Punto de corte:** 50 microgr/l de Hb (humana, empleando el método inmunológico).

**En cribado poblacional: 4-9 % +**, con discordancias entre dos muestras separadas 2 años.

SOH (guayaco): **Sensibilidad:** 6-46 %

**Especificidad:** 80-91 %)

SOH (inmunológico): **Sensibilidad:** : 5-63 %.

**Especificidad:** 89-99 % (también para adenomas, sobretodo avanzados).

## **ANEXO VI.- SOLICITUD DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

### **A.- COLONOSCOPIA:**

- 1. DIARREA CRÓNICA** (más de 4-6 semanas de evolución), excluidas otras causas (fármacos, problemas emocionales, enfermedades tiroideas, impacto fecal, etc.).
- 2. ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL DE RECIENTE APARICIÓN** (2-4 meses), excluyendo otras causas (dieta, fármacos, enfermedades endocrinas, etc.).
- 3. RECTORRAGIA EN PACIENTES CON EDAD > 40 AÑOS (sobretudo si se acompaña de disminución de la consistencia de las heces y/o aumento del número de deposiciones).** En pacientes con edad < 40 años, puede bastar una rectosigmoidoscopia.

(No estaría indicada en rectorragias de tipo hemorroidal, en caso de tener una colonoscopia previa, realizada por la misma indicación, en la que se confirmó dicha patología).

### **4. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE COLON ESPORÁDICO**

(o lesiones precancerosas: pólipos adenomatosos o vellosos), sin sintomatología de sospecha en el paciente (Guía de Práctica Clínica 2009: AEG y SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano).

- a) 2 ó más familiares de 1er grado**, independientemente de la edad: Control **cada 5 años a partir de los 40** (o 10 años antes de la edad del más joven).
- b) 1 familiar de 1er grado < 60 años:** idem que a).

- c) **1 familiar de 1er grado > o = 60 años:** Control **cada 10 años a partir de los 40** (o sigmoidoscopia cada 5 años, o SOHi anual o bienal).
- d) **2 ó más familiares de 2º grado** (abuelos, tíos y sobrinos): idem que c)-
- e) **1 familiar de 2º grado o familiares de 3er grado** (bisabuelos y primos): idem que c, pero **a partir de los 50 años** (como la población de riesgo medio).

**5. REVISIÓN DE PÓLIPOS DE COLON** (previa/s polipectomía/s) (No en los hiperplásicos, salvo en el síndrome polipósico hiperplásico). (Guía de Práctica Clínica 2009).

- a) **Más de 10 adenomas:** descartar síndrome polipósico familiar. Control **antes de 3 años.**
- b) **3-10 adenomas o 1 adenoma avanzado** (> o = 10 mm, componente vellosa y/o displasia de alto grado). Control en **3 años.**
- c) **1-2 adenomas tubulares**, < 10 mm, y displasia de bajo grado: Control en **5-10 años.**
- d) Pólipos sesiles de gran tamaño o carcinoma invasivo (invade submucosa, sin invasión vascular o linfática y bordes de resección libres y bien o moderadamente diferenciado): Control en 3-6 meses (a criterio de endoscopista). (También si la preparación es deficiente).

#### **6.- REVISIONES POST-CIRUGÍA DE CÁNCER DE COLON**

- a) Primera revisión a los 3 años. Sigüientes cada 3-5 años.

- b) En caso de carcinoma de recto-sigma con resección anterior baja, idem que a) y además sigmoidoscopia cada 3-6 meses durante 2 años, para valorar recidiva en anastomosis.

## **B.- GASTROSCOPIA:**

1. **DISPEPSIA**, sólo en caso de presentar criterios de alarma, o si éstos no existen, en caso de persistir más de 4 semanas y no cede a tratamiento empírico de 1-2 meses.
2. **PIROSIS**, sólo si criterios de alarma (disfagia, anemia, p.ej.) o que no responde a tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. En caso de gastroscopia previa con **esófago de Barrett**, control a criterio del endoscopista.
3. **ANEMIA FERROPÉNICA** EN VARON DE CUALQUIER EDAD O EN MUJER POSTMENOPÁUSICA, DE CAUSA NO ACLARADA (en este caso puede también ser indicación de **colonoscopia**, si la gastroscopia es normal, en principio citándose el mismo día). Biopsias duodenales para investigar celiaca.
4. **PRESENCIA COMPROBADA DE MELENA.**
5. **CONTROL DE GASTRITIS ATRÓFICA CON METAPLASIA ENTÉRICA Y DISPLASIA (¿anual?)**

## ANEXO VII.- HEPATITIS VIRALES

### SIGNIFICADO DE LOS MARCADORES SEROLÓGICOS DE LA HEPATITIS

#### VHB

##### Antígenos

- **AgHBs** (Ag. Australia): **Portador**.
- **AgHBc** (no soluble, no detectable en suero)
- **AgHBe** (soluble): **Replicación** del virus

##### Anticuerpos

- **AcHBc: Infección pasada** (si IgM, infección reciente, o alta replicación en las crónicas)
- **AcHBe: Cese de replicación** del virus original o salvaje.
- **AcHBs: Inmunidad.** - Aislado: inmunidad por vacunación.
- Asociado a otros anticuerpos (AcHBc +/- HBe): inmunidad por infección previa

#### A. HEPATITIS VIRALES AGUDAS

- Clínica (dispepsia, +/- ictericia, etc.)
- GPT > x10 (puede haber algo de colestasis)
- VSG: normal

##### **Criterios de severidad (DERIVACIÓN):**

- I. Protrombina < 70 %
- Ascitis, edemas o encefalopatía.
- Intolerancia digestiva severa

##### **Serología:**

- VHA: IgM VHA

- VHB: IgM anti HBc (con o sin AgHBs)
- VHC: RNA-VHC (por la técnica de la PCR)

## **B. HEPATITIS VIRALES CRÓNICAS**

- Clínica: asintomáticas.
- GPT: en general < 200. No colestasis. No ictericia.

### **Serología (\*):**

#### **VHB:**

1. Virus salvaje u original en replicación

**AgHBs, AcHBc, AgHBe, DNA-VHB + (GPT elevada).**

2. Cese de replicación

**AgHBs, AcHBc, AcHBe, DNA-VHB - (GPT normal).**

3. Mutante precore, mediterránea o AgHBe negativa

**AgHBs, AcHBc, AcHBe, DNA-VHB + (GPT elevada)**

**VHC:** Ac VHC con RNA generalmente + (GPT oscilantes)

Interés de investigar genotipo (1 a 6, con sus correspondientes subtipos, a, b, etc.) (el más frecuente **1b**) (en At. Especializada)

## **(\*) RESUMEN DE LA SEROLOGÍA DE LAS HEPATITIS CRÓNICAS VIRALES**

### **DIAGNÓSTICO**

#### **VHB**

- **AgHBs +** (su negatividad excluye el diagnóstico, y **no es preciso seguir investigando**)
- AgHBs + AgHBe + DNA-VHB: virus original o salvaje en replicación.
- AgHBs + AcHBe (DNA negativo): idem sin replicación.

- AgHBs + AcHBe + DNA-VHB: virus mutante (e - negativo)

### **VHC**

- **AcVHC** + (su negatividad excluye el diagnóstico, y **no es preciso seguir investigando**).
- AcVHC + RNA-VHC (por PCR) (carga viral y genotipo)

---

**ANEXO VIII.- HIPERTRANSAMINASEMIA CRÓNICA (duración > 6 meses)**

Una vez confirmada la persistencia de GPT/GOT elevadas durante más de 6 meses, se estudiarán las posibles causas:

1. Interrogatorio sobre **fármacos** durante los últimos meses.
2. Ingesta **alcohólica** (valorar GGT, VCM, estigmas alcohólicos, a veces datos de colestasis).
3. Descartar posibilidad de hígado de **éstasis** (insuficiencia cardíaca) (valorar ingurgitación yugular)
4. Descartar **enfermedad inflamatoria intestinal**.
5. Posibilidad de **esteatohepatitis no alcohólica (obesidad, diabetes, dislipemia)**.
6. Descartar **enfermedad tiroidea (TSH)**.
7. **En todo caso**, solicitar investigación de **virus B y C** (preguntar por antecedentes epidemiológicos).

**Si la serología B y C son negativas, y se excluyen las otras causas:**

8. Investigar **hemocromatosis** genética (ferritina, o mejor, **saturación de la transferrina** > 50 %, que se calcula dividiendo la sideremia entre la transferrina, x 100).

9. **Autoinmunidad**

- Hepatitis autoinmune

Autoanticuerpos antinúcleo (ANA) y/o anti-fibra lisa (SMA) +

- Cirrosis biliar primaria (en general, con predominio de colestasis: F.alcalina y gamma-GT)

Autoanticuerpos antimitocondrias (AMA) y aumento de IgM.

10. Enfermedad de **Wilson** (ceruloplasmina) (en edad < 40 años, en general).
11. Déficit de **alfa-1-antitripsina**
12. **Porfiria** cutánea tarda (uroporfirina en orina de 24 horas)
13. Enfermedad **celiaca** (acs. Antitrasglutaminasa + IgG, IgA e IgM)
14. Enfermedad de Addison

**DERIVACIÓN:**

Hipertransaminasemia crónica comprobada, superior a 60-70 UI/l, de causa no filiada, y las que se sospeche sean secundarias a virus, hemocromatosis, enfermedad inflamatoria intestinal, autoinmunidad, enfermedad de Wilson, celiaca, porfiria, y probablemente en las que se sospeche esteatohepatitis no alcohólica (para proceder a biopsia y/o a otros estudios).

## ANEXO IX.- COLESTASIS

La colestasis se puede definir como la disminución del flujo biliar, bien a nivel del canalículo biliar formado por la membrana celular de los hepatocitos, o a nivel de los conductos biliares intra o extrahepáticos. Ello ocasiona retención en sangre de todas o algunas de las sustancias eliminadas por la bilis (bilirrubina, colesterol, sales biliares, etc).

Si no hay retención de bilirrubina, hablamos de **colestasis disociada**.

- Clínicamente es frecuente el prurito, y si es crónica, presencia de señales de rascado y a veces xantomas y xantelasma.
- Analíticamente cursa con elevación de fosfatasa alcalina (FA) y de gamma-GT (GGT), con o sin elevación de GPT/GOT o bilirrubina.
  - o Si está la FA elevada de forma aislada pensar en crecimiento del paciente adolescente, o en otra causa de origen óseo (enfermedad de Paget, etc).
  - o Si está la GGT elevada de forma aislada, pensar en fármacos, ingesta de alcohol, etc, y no en colestasis, en principio. A veces se acompaña de aumento de GPT/GOT, en caso de esteatohepatitis no alcohólica (diabetes, dislipemias, obesidad), alteraciones tiroideas, etc.
  - o Si hay elevación discreta y aislada de bilirrubina sin ninguna alteración de los enzimas, solicitar fracciones de bilirrubina. Si se trata de una hiperbilirrubinemia indirecta aislada (no es por tanto una colestasis), sin anemia, se tratará probablemente de un **síndrome de Gilbert**, y no es necesario hacer más estudios.

## CAUSAS DE COLESTASIS

### **A) Causas ajenas al hígado y vías biliares:**

- Insuficiencia cardíaca
- Alteraciones endocrinológicas y metabólicas (dislipemia, diabetes, obesidad, enfermedades tiroideas, etc.)
- Infecciones, en general (sepsis).

### **B) Enfermedades primitivamente hepáticas:**

- Hepatitis víricas (colestáticas)
- Hepatopatías autoinmunes (sobretudo cirrosis biliar primaria: solicitar anticuerpos antimitocondriales: AMA).
- Hepatopatías tóxico-medicamentosas.
- Hepatitis alcohólica.
- Cirrosis en estadio avanzado en general, y cirrosis biliares (primaria y secundaria) en especial.
- Metástasis hepáticas.
- Infiltraciones tumorales hematológicas
- Otros procesos infiltrativos hepáticos (amiloidosis, sarcoidosis, etc).

### **C) Enfermedades de las vías biliares (colestasis extrahepática)**

- Colangitis y colangiocarcinoma.
- Litiasis del colédoco.
- Ampulomas
- Cáncer de páncreas
- Pancreatitis crónica

**CONDUCTA A SEGUIR**

- **Derivación urgente**, si se acompaña de ictericia, fiebre, dolor abdominal o alteración del estado general.
- Si la bilirrubina es normal, valorar las causas etiológicas mencionadas, y suprimir, si es el caso, la ingesta de alcohol y fármacos (si esto último es posible), y repetir la analítica para confirmar la presencia de colestasis. Solicitar pruebas de coagulación.
- Si se confirma la colestasis solicitar ecografía, **y derivación** (urgente si hay dilatación de vías biliares, y programada para proseguir estudio especializado, si no la hay).

---

## **ANEXO X.- CIRROSIS HEPATICA COMPENSADA**

### **1. Función hepática conservada:**

- Bilirrubina (directa) normal.
- Albúmina normal.
- Índice de protrombina normal.

Puede haber o no datos de citolisis (GPT-GOT) o colestasis (F. alcalina + gGT)

### **2. Ausencia de signos clínicos severos de hipertensión portal:**

- Hemorragia por varices
- Ascitis y/o edemas
- Encefalopatía

No indican descompensación los marcadores biológicos de hipertensión portal (trombopenia moderada y/o leucopenia, -por hiperesplenismo-, e incremento policlonal de gammaglobulina), ni la existencia de signos físicos de hipertensión portal (circulación colateral o esplenomegalia).

### **Tratamiento y control de la cirrosis compensada**

- Dieta normal, rica en proteínas e hidratos de carbono (vigilar hiperglucemia o signos o síntomas de encefalopatía).
- Control periódico (cada 6 meses aproximadamente) de:
  - o Signos clínicos de descompensación (ascitis y/o edemas, encefalopatía).
  - o Ecografía, especificando en el volante, control de LOES (lesiones ocupantes de espacio), para la vigilancia del hepatocarcinoma (¿Alfa-fetoproteína?).

- Hemograma (vigilar aparición de anemia, que si es microcítica, valorar posibles pérdidas de Fe por gastropatía de la hipertensión portal).
- Coagulación y albúmina (proteinograma) (para detectar inicio de insuficiencia hepática).
- Bioquímica (glucosa, enzimas hepáticos y bilirrubina).

**DERIVAR en caso de:**

- Signos de descompensación (hemorragia o encefalopatía: a urgencias).
- Aparición de LOE en ecografía (o elevación de alfa-fetoproteína).
- Hb < 10.
- Índice de protrombina < 60 %.
- Albúmina < 3 mg/dl.
- Bilirrubina directa > 2 mg/dl.

En todo caso, derivar a consulta de A. Digestivo a todo paciente cirrótico, aunque esté compensado, cada 2 años aproximadamente.

## ANEXO XI.- CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA

### A. RETENCIÓN HIDROSALINA (ASCITIS/EDEMAS)

- Restricción de sal
- Reposo relativo
- **Diuréticos**
  - o **Espironolactona**, 100-200 mg/día en desayuno.
  - o Furosemida, 40 mg en desayuno (sólo si no respondiera en 2-3 días a la espironolactona, o si ya viniera prescrito desde el hospital).

#### NOTAS:

1. La furosemida puede emplearse esporádicamente (por ejemplo, 1 compr. 1 a 3 veces a la semana, según control de peso).
2. Debe intentarse rebajar la dosis de todo diurético o suspenderlo si desaparece la ascitis y/o edemas.
3. En todo tratamiento diurético de un cirrótico hay que controlar:
  - Por parte del enfermo: peso cada 1-2 días al principio, procurando evitar pérdidas diarias superiores a 500 gr.
  - Por parte del médico:
    - o Valoración clínica de la evolución de la ascitis.
    - o Signos de encefalopatía
    - o Control semanal (1er mes) de Na (vigilar hiponatremia) y K.
    - o Urea y creatinina (vigilar i. renal funcional o síndrome hepato-renal).
    - o Suprimir todo diurético si:
      - o Aparecen signos de encefalopatía.
      - o Na < 130 mEq/l.

- o Urea > 70 mg/dl.

(\* Una vez suspendidos los diuréticos y normalizada la situación clínica y analítica, pueden reiniciarse con extremo cuidado a dosis inferiores, reanudando los controles semanales).

**DERIVACION:** (preferente o urgente)

- Ausencia de respuesta a los diuréticos a la dosis indicada, y comprobando que cumple con la dieta hiposódica.
- Si no tolera los diuréticos por complicaciones atribuidas a su empleo (hiponatremia, insuficiencia renal funcional o encefalopatía, tras intenso de retirarlos y reiniciarlos a dosis inferiores) (ver epígrafe previo).
- En todo caso de ascitis a tensión.

**B. ENCEFALOPATÍA**

Sospecharla si:

- Cambio del ritmo del sueño.
- Cambio de carácter o comportamiento.
- Asterixis (temblor aleteante)

**1. INVESTIGAR DESENCADENANTES:**

- Hemorragia digestiva (melena)
- Estreñimiento.
- Dietas hiperproteicas.
- Diuréticos.
- Sedantes (benzodiazepinas sobretudo) (¡ojo al insomnio del paciente con cirrosis!).
- Insuficiencia renal (uremia).

- Infección.- Vigilar:
  - o Fiebre
  - o Infección urinaria (sistemático de orina y urocultivo).
  - o Infección respiratoria (exploración física y Rx. tórax, si procede).
  - o Si fiebre y/o dolor abdominal en presencia de ascitis, pensar en peritonitis bacteriana espontánea.

## **2. TRATAMIENTO**

- Retirar posibles desencadenantes (diuréticos o sedantes).
- Restricción de proteínas en la dieta (mejor al inicio dieta lacto-vegetariana).
- Disacáridos no absorbibles (lactulosa o lactitol), 1-2 dosis cada 8-12 horas (individualizada para que haga 2 deposiciones blandas al día).

## **3. DERIVACIÓN** (preferente o urgente)

- Si no hay respuesta a las 24 h. de tratamiento.
- Si la causa desencadenante lo requiere (fiebre, hemorragia digestiva, insuficiencia renal).