

Original

Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas

Paola Quintas Lorenzo^a, Andrés Dacal Rivas^a, María Francisco González^a,
Joaquín Cubiella Fernández^{a,*}, Luis López Sánchez^b, María Jesús García García^c
y Javier Fernández Seara^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

^b Servicio de Documentación Clínica y Control de Gestión, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

^c Unidad de Apoyo a la Investigación, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de febrero de 2011

Aceptado el 18 de abril de 2011

On-line el 5 de julio de 2011

Palabras clave:

Consulta de alta resolución

Unidad de endoscopia abierta

Implementación de guías de práctica clínica

R E S U M E N

Objetivo: Analizar el efecto de la puesta en marcha de una consulta de alta resolución (CAR) y de un programa de aumento de la capacidad resolutoria de atención primaria (PACRAP) en las derivaciones a las consultas de gastroenterología desde atención primaria y en los recursos utilizados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de las hojas de derivación y de las bases de datos de documentación clínica. Se analizaron el número y el motivo de las derivaciones, los tiempos de demora y el consumo de recursos en dos periodos: anterior (primer cuatrimestre de 2007) y posterior (primer cuatrimestre de 2009) a la puesta en marcha de la CAR y el PACRAP.

Resultados: Se evaluaron 881 derivaciones en el periodo anterior y 1076 en el posterior, y se halló una disminución de los tiempos de demora en el segundo periodo ($80,8 \pm 64,34$ días frente a $36,1 \pm 29,12$ días, $p < 0,001$). Las causas de derivación más frecuentes fueron dispepsia (27,7%), alto riesgo de cáncer colorrectal (17,1%), alteración del ritmo intestinal (18,2%), dolor (16%) y reflujo gastroesofágico (11,2%), sin diferencias entre ambos periodos. En el segundo periodo, los tiempos de demora fueron menores en las derivaciones a la CAR (primera consulta: $10,8 \pm 9,03$ días frente a $42,8 \pm 28,67$ días, $p < 0,001$; alta: $39,6 \pm 80,65$ días frente a $128,6 \pm 135,34$ días, $p < 0,001$). Sin embargo, el número de citas ($3,6 \pm 2,20$ frente a $3,2 \pm 1,95$, $p = 0,015$) y el coste por derivación ($592,7 \pm 421,50$ € frente a $486,0 \pm 309,66$ €, $p < 0,001$) fueron más altos.

Conclusiones: En el periodo estudiado aumentó el número de derivaciones evaluadas con una reducción en la demora. La CAR reduce los tiempos de atención, incrementando los recursos sanitarios utilizados.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Referrals to a gastroenterology outpatient clinic from primary care: evaluation of two programs

A B S T R A C T

Objectives: To analyze the effect of implementing a high-resolution clinic (HRC) and an increasing resolution capacity program in primary care (IRCPPC) for referrals to a gastroenterology outpatient clinic from primary care and the resources used.

Methods: A retrospective and observational study based on a review of referral sheets and databases was performed. We analyzed the number and reason for referrals, delay times and resource consumption in two periods: before (first 4 months of 2007) and after (first 4 months of 2009) the launch of the IRCPPC and HRC.

Results: In the first and second periods, 881 and 1076 patients, respectively, referred from primary health care were evaluated in the gastroenterology clinic, with a decrease in the delay time in the second period (80.8 ± 64.34 days vs 36.1 ± 29.12 days, $p < 0.001$). The most frequent reasons for referral were dyspepsia (27.7%), high-risk of colorectal cancer (17.1%), disturbance of bowel rhythm (18.2%), abdominal pain (16%), and gastroesophageal reflux (11.2%), with no differences between the two periods. Although delay times until the first visit (10.8 ± 9.03 days vs 42.8 ± 28.67 days, $p < 0.001$) and until discharge (39.6 ± 80.65 days vs 128.6 ± 135.34 days, $p < 0.001$) were lower in referrals to the HRC, the number of visits (3.6 ± 2.20 vs 3.2 ± 1.95 , $p = 0.015$) and the cost of referrals (592.7 ± 421.50 € vs 486.0 ± 309.66 €, $p < 0.001$) was higher.

Conclusions: In the study period the number of referrals increased, while the delay time decreased. Although the HRC reduces delay times, it is associated with an increase in health resource use.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

High resolution clinic

Open endoscopy unit

Implementation of clinical practice guidelines

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.cubiella.fernandez@sergas.es (J. Cubiella Fernández).

Introducción

La asistencia a pacientes con síntomas digestivos supone el 10% de los motivos de consulta en atención primaria^{1,2}. En nuestro medio, las derivaciones a las consultas de digestivo representan entre el 3,7% y el 4,2% de las derivaciones a atención especializada^{3,4}. Hasta un 24% de los pacientes dispépticos son enviados para su valoración y tratamiento⁵. Así, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades digestivas genera el 10% de la actividad en atención especializada y el 14% del gasto farmacéutico^{1,2}.

Los pacientes se derivan al especialista para consultar sobre el diagnóstico o el tratamiento, para realizar un procedimiento especializado cuando la investigación y las opciones terapéuticas de la atención primaria se agotan y, finalmente, para disponer de una segunda opinión⁶. Aunque en algunos casos la sintomatología digestiva puede estar en relación con una enfermedad grave que se beneficie de la atención especializada, los motivos más frecuentes de consulta se generan por patología funcional con una alta tendencia a cronificarse^{3,7} y con un escaso beneficio de la atención especializada⁸.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales es básica para ofrecer una asistencia de calidad con un uso racional de los recursos. Sin embargo, las relaciones y la coordinación entre atención primaria y especializada son complejas y a veces basadas en el desconocimiento mutuo. En una encuesta remitida a gastroenterólogos y médicos de atención primaria, la valoración global de la relación se consideró muy deficiente o insuficiente por el 62,3% de los gastroenterólogos y el 55,6% de los médicos de familia. Asimismo, el 64% de los gastroenterólogos consideró que la calidad asistencial para la patología digestiva en atención primaria era muy deficiente o insuficiente. Por su parte, el 21,1% de los médicos de familia consideró muy deficiente o insuficiente la calidad asistencial por parte de los gastroenterólogos⁹. Aunque la evidencia sobre las estrategias para mejorar la derivación a atención especializada es escasa, la formación local activa que involucra a especialistas de atención especializada y las hojas de directrices estructuradas sobre derivación son las únicas intervenciones que tienen repercusión sobre las tasas de derivación de los pacientes ambulatorios¹⁰. Sin embargo, el objetivo no debe ser reducir el número de derivaciones desde atención primaria a atención especializada o el consumo de recursos, sino utilizar los recursos sanitarios, tanto de atención primaria como de especializada, de forma apropiada y eficiente para obtener los mejores resultados en salud¹¹.

Para dar una respuesta más efectiva a la valoración de los pacientes con síntomas digestivos se han evaluado distintas estrategias: consultas de alta resolución (CAR)¹²⁻¹⁴, implementación de guías de práctica clínica (GPC)^{6,15} y unidades de endoscopia de acceso abierto desde atención primaria¹⁶⁻¹⁸. En el área sanitaria de Ourense se han puesto en marcha dos iniciativas. Por una parte, un programa de aumento de capacidad resolutive de atención primaria (PACRAP), dentro del cual se han establecido programas de continuidad asistencial y solicitud de exploraciones endoscópicas desde atención primaria basándose en la implementación de las GPC en gastroenterología disponibles en nuestro medio¹⁹⁻²². Por otra, se ha puesto en marcha una CAR dirigida tanto a pacientes derivados desde el servicio de urgencias como desde atención primaria. Esta CAR dispone de agendas propias, tanto de consulta como de exploraciones (ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta y baja).

Los objetivos de nuestro estudio fueron conocer si estas iniciativas han modificado el número de derivaciones, los motivos de éstas, los tiempos de demora y los recursos sanitarios utilizados para su valoración. Asimismo, hemos querido evaluar si hay diferencias entre la CAR y el resto de las consultas de gastroenterología en términos de motivos de consulta, tiempos de demora y consumo de recursos sanitarios.

Métodos

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de las bases de datos de la unidad de control de gestión y documentación clínica, y en los historiales clínicos (solicitudes de derivación y primera consulta), del Complejo Hospitalario de Ourense. En el área sanitaria de Ourense, compuesta por un hospital de segundo nivel y los centros de salud vinculados a la Xerencia de Atención Primaria, durante el año 2008 se pusieron en marcha el PACRAP y la CAR. Por ello se analizaron dos periodos: uno previo a la puesta en marcha (enero-abril de 2007) y otro posterior (enero-abril de 2009). Se incluyeron todos los pacientes derivados desde atención primaria para primera consulta. Se excluyeron los derivados desde consultas del propio hospital, otros hospitales o con datos insuficientes. El estudio consta de dos subestudios: por un lado, se analizan los cambios en los tiempos de demora y los motivos de derivación entre dos periodos de tiempo (2007 y 2009); por otro, se compararon, en el periodo analizado de 2009, los motivos de derivación, los tiempos de demora y el consumo de recursos sanitarios entre la CAR y el resto de las consultas.

Diseño del PACRAP para la dispepsia y la rectorragia

En octubre de 2006 se creó un grupo de trabajo conjunto entre atención primaria y atención especializada, en el cual participaron las direcciones médicas y facultativos de ambos niveles asistenciales de Ourense, con el objetivo de dotar de mayor capacidad resolutive a atención primaria en cuanto a las enfermedades digestivas²³. Dentro de esta línea de trabajo, se ha procedido a la puesta en marcha de una unidad de endoscopias con acceso abierto para atención primaria en nuestra área sanitaria. Para establecer las indicaciones de endoscopia se definieron los principales motivos de derivación y las prioridades de protocolización. Posteriormente, basándose en las GPC en gastroenterología¹⁶⁻¹⁹, se procedió al desarrollo progresivo de protocolos de actuación, derivación y solicitud de endoscopias digestivas. Durante el año 2008 se implementaron las GPC en dispepsia y rectorragia. Los protocolos y la solicitud de endoscopias digestivas se diseminaron en atención primaria mediante correspondencia interna a los jefes de servicio, sesiones en los centros de salud y cursos para atención primaria.

Consulta de alta resolución

La CAR se define como «el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna»¹³. Tras valorar al paciente en una primera visita hay dos posibilidades: alta en el mismo día tras realizar exploraciones digestivas si es preciso (ecografía o endoscopia digestiva alta, o ambas) o remitirle para la realización de las pruebas diagnósticas pertinentes, tras lo cual será nuevamente valorado en la consulta. Este modelo asistencial se ha generalizado en nuestro medio como modo de reducción de los tiempos de demora. La actividad ambulatoria de la especialidad de aparato digestivo consta de consulta y de exploraciones endoscópicas y ecográficas. Por este motivo, en nuestro servicio de aparato digestivo se ha puesto en marcha la CAR, que atiende las derivaciones de atención primaria, urgencias y atención especializada¹².

Así mismo, en el servicio de aparato digestivo estaban disponibles otros dos tipos de consulta: general, donde se atienden pacientes derivados desde atención primaria, y específicas, que atienden pacientes derivados por patología hepática, sospecha o diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, diagnóstico de

Tabla 1
Número de consultas y tiempos de demora en los periodos analizados de 2007 y 2009

	Consulta general		Consulta específica		p ^a	Consulta alta resolución		p ^b	Global	
	N.º	Demora (días)	N.º	Demora (días)		N.º	Demora (días)		N.º	Demora (días)
2007	766 (86,9%)	88,1 ± 64,03	115 (13,1%)	32,0 ± 40,94	<0,001				881	80,8 ± 64,3
2009	820 (76,2%)	43,7 ± 28,82	53 (4,9%)	17,7 ± 18,72	<0,001	203 (18,9%)	10,6 ± 8,7	<0,001	1076	36,1 ± 29,1
Total	1586 (81%)	65,2 ± 53,88	168 (8,6%)	27,5 ± 36,03	<0,001	203 (8,6%)	10,6 ± 8,7	<0,001	1957	56,3 ± 53,1

^a Comparación entre consulta general y consulta específica.

^b Comparación entre consulta general y consulta de alta resolución.

tumores digestivos o antecedentes familiares de cáncer colorrectal. La indicación de derivación a las consultas existentes la define el médico de atención primaria en función del tipo de síntomas y de su gravedad.

Análisis del número de derivaciones y de los tiempos de demora

Para determinar si se produjeron cambios en el número de derivaciones entre los dos periodos, se recogieron como variables demográficas el sexo y la edad, y como variables administrativas el centro de procedencia, el tiempo de demora y el tipo de consulta a la cual fue remitido el paciente (general, específica, CAR). Se calculó la tasa de derivaciones mensual por 1.000 habitantes de referencia (adultos mayores de 18 años) de forma global y para cada uno de los centros de salud. Éstos se dividieron en función del tipo de población predominante (urbano/rural) y del tamaño de su población adulta (<5.000/>5.000).

Se compararon los tiempos de demora hasta la primera consulta entre los dos periodos de estudio. Así mismo, en cada periodo se compararon los tiempos de demora en función de la consulta donde el paciente hubiese sido atendido: general, específica y CAR.

Análisis de recursos utilizados y tiempos de demora en 2009

En el periodo de 2009 analizado se compararon las derivaciones a la CAR frente a las derivaciones al resto de las consultas (general/específica). En las derivaciones con alta administrativa se incluyó en el estudio de costes el número de citas y de consultas (primeras, sucesivas, médicas, de enfermería), y el tipo de exploraciones realizadas (análisis de sangre, test del aliento, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecografía abdominal, pruebas radiológicas...). Se calcularon los tiempos de demora hasta la primera consulta y desde ésta hasta el alta. Finalmente, se calculó el coste por derivación según las tarifas sanitarias publicadas por el Servicio Galego de Saúde²⁴.

Análisis de los motivos de derivación y recursos utilizados

Se seleccionó de forma aleatoria una muestra de derivaciones de los periodos analizados de los años 2007 y 2009, para recoger los motivos de consulta de las derivaciones. Puesto que el programa de aumento de capacitación se inició con la implementación de las GPC de dispepsia y rectorragia, se calculó el tamaño muestral teniendo en cuenta los datos de estas dos afecciones. Así, con un nivel de confianza del 95% y una potencia del 80%, y estimando una proporción de derivaciones por dispepsia del 30% y por rectorragia del 20%, se necesitaría un tamaño muestral de 124 y 202 individuos en cada grupo (anterior y posterior a la puesta en marcha), respectivamente, para detectar una disminución en la derivación del 50%. Asumiendo un porcentaje de pérdidas del 10%, eran necesarios 223 pacientes para detectar una reducción del 20% en las derivaciones por rectorragia. Para realizar la aleatorización se utilizó el programa EPIDAT 3.1. Finalmente, en el periodo de 2009 se analizaron el número de recursos y el coste por derivación asociado a cada motivo de consulta.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (Código 2009/387) con fecha de resolución 9 de diciembre de 2009. Para el acceso a las historias clínicas con fines de investigación se siguieron los protocolos establecidos en nuestro centro sanitario por el Servicio de Documentación Clínica y Control de Gestión.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Los valores cuantitativos se expresaron como media ± desviación estándar (DE), y las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes. Para detectar si hubo diferencias entre los dos periodos se utilizó la *t* de Student (comparación de dos medias) y la prueba de ANOVA (comparación de varias medias) para las variables cuantitativas, y la prueba exacta de Fisher para las cualitativas. Finalmente se llevó a cabo un análisis de supervivencia para los tiempos de demora y de alta mediante la prueba de Kaplan-Maier, y para detectar diferencias entre la CAR y el resto de consultas se utilizó el test de log rank. Las diferencias se expresan con su grado de significación y su intervalo de confianza. Se consideran los resultados estadísticamente significativos con una *p* < 0,05. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0

Resultados

En los periodos analizados de 2007 y 2009 fueron citados en las consultas de gastroenterología 881 y 1.076 pacientes, respectivamente, derivados desde atención primaria. No se encontraron diferencias en las variables demográficas entre los dos periodos. La edad media de los pacientes valorados en consultas fue de 56,9 ± 16,92 años en 2007 y de 56,9 ± 16,86 años en 2009 (*p* = 0,756). Por otra parte, en 2007 eran mujeres el 56,4% de los pacientes derivados, y en 2009 lo eran el 56,7% (*p* = 0,927). Aunque no se detectó una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de derivaciones mensual global (1,2 ± 0,68 en 2007 frente a 1,3 ± 0,82 en 2009, *p* = 0,623), sí aumentó la tasa de derivaciones mensual en los centros de salud con una población superior a 5.000 adultos (1,1 ± 0,27 en 2007 frente a 1,4 ± 0,36 en 2009, *p* = 0,024). Tal como muestra la **tabla 1**, hubo una reducción en los tiempos de demora en el periodo posterior a la puesta en marcha (80,8 ± 64,34 días en 2007 frente a 36,1 ± 29,12 en 2009, *p* < 0,001).

Para el análisis de recursos utilizados en el periodo de 2009 analizado pudo recuperarse datos de 1.053 de los 1.076 pacientes derivados desde atención primaria. Para su atención se requirieron 3.760 citas (2.294 consultas, 1.466 exploraciones), con un coste estimado de 591.494,08 €. Se dio de alta a 980 (93,1%) pacientes, sin diferencias estadísticamente significativas entre la CAR (90,5%) y el resto de las consultas (93,7%). Se derivaron a otros servicios o consultas hospitalarias para su tratamiento o seguimiento 73 pacientes (6,9%), 19 desde la CAR y 54 desde el resto de las consultas. Los tiempos de demora hasta la primera consulta (10,8 ± 9,03

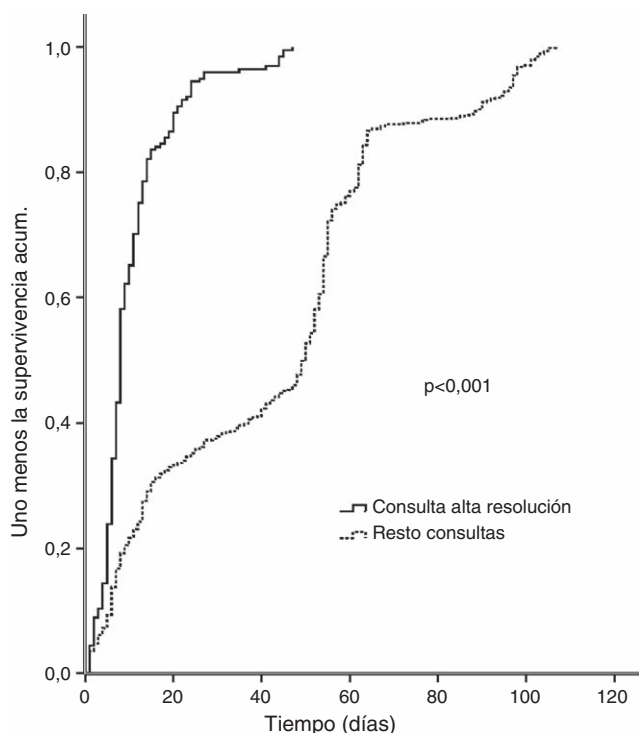


Figura 1. Tiempo de demora hasta la primera consulta. Comparación entre la consulta de alta resolución y la consulta general (curvas de supervivencia) en el periodo analizado de 2009.

días frente a $42,8 \pm 28,67$ días, $p < 0,001$) y hasta el alta ($39,6 \pm 80,65$ días frente a $128,6 \pm 135,34$ días, $p < 0,001$) fueron inferiores en la CAR, tal como puede verse en las figuras 1 y 2. Tanto el número de citas por derivación ($3,60 \pm 2,19$ frente a $3,2 \pm 1,95$, $p = 0,015$) como el de exploraciones por derivación ($1,5 \pm 1,22$ frente a $1,1 \pm 1,17$, $p < 0,001$) fueron superiores en la CAR. Finalmente, el coste por derivación dada de alta en la CAR fue significativamente más alto ($592,7 \pm 421,50$ € frente a $486 \pm 309,66$ €, $p < 0,001$). En la tabla 2 se describen las derivaciones a la CAR y al resto de las consultas con alta administrativa en el periodo de 2009, con referencia a los tiempos de demora, el consumo de recursos y el coste por derivación.

Se analizaron los historiales clínicos de 223 y 224 pacientes atendidos en los periodos de 2007 y 2009, respectivamente, de los cuales 45 fueron atendidos en la CAR. Los motivos principales de derivación desde atención primaria fueron dispepsia (24,8%), alto riesgo personal o familiar de cáncer colorrectal (16,1%), dolor abdominal (14,5%), alteración del ritmo intestinal (14,5%), rectorragia (12,8%), reflujo gastroesofágico (9,6%), alteración del perfil hepático (6,7%) y revisión (5,8%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos periodos estudiados ni entre la CAR y el resto de las consultas. En la tabla 3 se expresan

Tabla 3

Motivos de derivación en los periodos analizados de 2007 y 2009, en función de la consulta donde fueron atendidos los pacientes

Motivos de derivación	2007	2009	p	CAR	Resto consultas	p
Dispepsia	57 (25,6%)	54 (24,1%)	0,74	9 (20%)	102 (25,4%)	0,47
Reflujo gastroesofágico	24 (10,8%)	19 (8,5%)	0,43	2 (4,4%)	41 (10,2%)	0,29
Dolor abdominal	36 (16,1%)	29 (12,9%)	0,35	9 (20%)	56 (13,9%)	0,26
Alteración ritmo intestinal	29 (13%)	42 (18,8%)	0,12	7 (15,6%)	64 (15,9%)	1,00
Alteración perfil hepático	16 (7,2%)	14 (6,3%)	0,71	2 (4,4%)	28 (7%)	0,75
Rectorragia	33 (14,8%)	24 (10,7%)	0,15	6 (13,3%)	51 (12,7%)	0,82
Riesgo alto de cáncer colorrectal	29 (13%)	43 (19,2%)	0,09	8 (17,8%)	64 (15,9%)	0,67
Revisión	13 (5,8%)	13 (5,8%)	1,00	1 (2,2%)	25 (6,2%)	0,49
Total	223	224		45	402	

CAR: consulta de alta resolución.

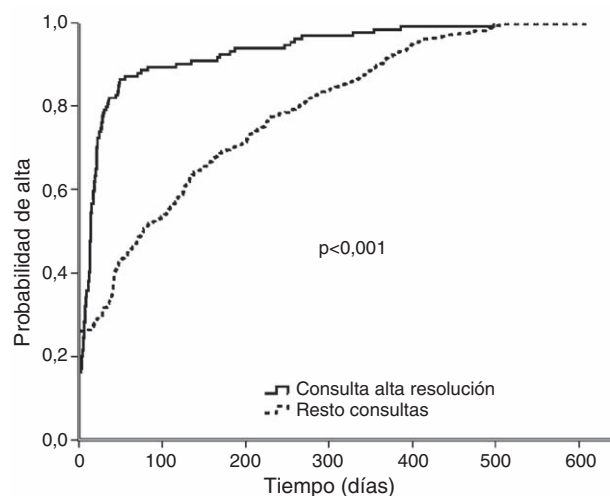


Figura 2. Tiempo de demora hasta el alta de la consulta. Comparación entre la consulta de alta resolución y la consulta general (curvas de supervivencia) en el periodo analizado de 2009.

Tabla 2

Consumo de recursos de las derivaciones con alta a atención primaria en el periodo analizado de 2009 en función de la consulta

	Alta resolución	Resto consultas	p
N.º derivaciones con alta	182	798	
Edad	$57,5 \pm 18,74$	$56,5 \pm 16,20$	0,54
Sexo (mujer)	100 (54,9%)	458 (57,4%)	0,53
Tiempo demora (días)	$10,8 \pm 9,03$	$42,8 \pm 28,67$	<0,001
Tiempo alta (días)	$39,6 \pm 80,65$	$128,6 \pm 135,34$	<0,001
Consulta acto único	37 (18,4%)	210 (24,6%)	0,06
N.º citas/derivación	$3,6 \pm 2,19$	$3,2 \pm 1,95$	0,02
N.º consultas/derivación	$2,1 \pm 1,26$	$2 \pm 1,02$	0,90
N.º exploraciones/derivación	$1,5 \pm 1,22$	$1,1 \pm 1,17$	<0,001
EDA (sí)	42 (23,1%)	161 (20,2%)	0,42
Colonoscopia (sí)	67 (36,8%)	251 (31,5%)	0,19
Ecografía abdominal (sí)	98 (53,8%)	184 (23,1%)	<0,001
Análisis (sí)	15 (8,2%)	129 (16,2%)	0,01
Radiología convencional (sí)	20 (11%)	65 (8,1%)	0,24
TC/RM (sí)	4 (2,2%)	10 (1,3%)	0,31
Coste/derivación (€)	$592,7 \pm 421,5$	$486 \pm 309,66$	<0,001

EDA: endoscopia digestiva alta; TC: tomografía computarizada; RM: resonancia magnética.

en números absolutos y en porcentajes los motivos de derivación a las consultas de especializada, por año y tipo de consulta a la cual se deriva el paciente. Sólo se detectó un incremento no significativo en el número de derivaciones por alto riesgo personal o familiar de cáncer colorrectal y por alteración del ritmo intestinal en el año 2009. Finalmente, en la tabla 4 se observa que, en función del motivo de derivación, el número de consultas varía entre 2,1 y 2,7, y el de exploraciones entre 1,2 y 1,6, mientras que el coste por derivación es de 544 a 630 €. Se expresa como porcentaje el

Tabla 4
Consumo de recursos en función de los motivos de derivación en el periodo analizado en 2009

	Citas/derivación	Exploraciones/derivación	Consultas/derivación	Coste/derivación (€)	EDA (sí)	Colonoscopia (sí)	Ecografía (sí)
Dispepsia	3,7 ± 2,33	1,4 ± 1,29	2,2 ± 1,23	557,9 ± 321,84	36,4%	23,6%	30,9%
Reflujo gastroesofágico	3,6 ± 1,69	1,4 ± 0,94	2,2 ± 0,85	589, ± 275,45	55%	35%	15,0%
Dolor abdominal	4,1 ± 3,59	1,4 ± 1,47	2,7 ± 2,45	630,7 ± 536,87	12,5%	40,6%	28,1%
Alteración ritmo intestinal	4,14 ± 3,01	1,6 ± 1,77	2,5 ± 1,53	616,6 ± 422,42	13,6%	54,5%	27,3%
Rectorragia	3,3 ± 2,03	1,2 ± 1,13	2,1 ± 0,99	544,2 ± 275,60	15,4%	65,4%	15,4%
Riesgo alto cáncer colorrectal	3,41 ± 1,79	1,3 ± 1,22	2,1 ± 0,81	564,9 ± 340,90	4,3%	71,7%	21,7%

EDA: endoscopia digestiva alta.

número de pacientes a quienes se realizó endoscopia digestiva alta, colonoscopia y ecografía.

Discusión

La puesta en marcha del PACRAP y de una CAR no ha supuesto una disminución en el número de derivaciones desde atención primaria ni una modificación significativa en el motivo de éstas. Sin embargo, en los periodos estudiados se ha producido una reducción en los tiempos de demora hasta la primera consulta. Por otra parte, la CAR permite acortar los tiempos de demora, tanto hasta la primera consulta como hasta el alta. Sin embargo, el consumo de recursos es superior aunque los motivos de consulta son similares a los del resto de las consultas.

La puesta en marcha del PACRAP y la CAR ha pretendido incrementar las técnicas diagnósticas disponibles en atención primaria, mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales y reducir los tiempos de demora en la atención a los pacientes derivados. La función y las relaciones de los distintos niveles asistenciales (atención primaria, consultas de atención especializada, hospitalización) en nuestro sistema sanitario no están claramente definidas. El aspecto clave es determinar dónde se atienden mejor los problemas de los pacientes y cuándo se necesita el concurso de los especialistas²⁵. El caso de los pacientes con sintomatología digestiva es paradigmático. La mayor parte de las derivaciones son generadas por procesos funcionales con alta tendencia a la cronicación, o por procesos que sólo requieren la realización de pruebas diagnósticas^{3,7,8,26}. Así, como puede verse en nuestros resultados, sólo el 6,9% de los pacientes derivados en el periodo de 2009 requirieron tratamiento y seguimiento en atención especializada. Por otra parte, la implementación de las GPC ha permitido crear criterios comunes entre los niveles asistenciales en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de la patología digestiva, y reducir los tiempos de demora hasta la endoscopia²⁷. Sin embargo, no hemos detectado una reducción en el número de derivaciones ni modificaciones en los motivos de éstas. De hecho, hemos observado un incremento en la derivación desde atención primaria en aquellos centros de salud con mayor población.

La CAR se ha propuesto como un recurso asistencial que permite reducir los tiempos de demora y agilizar el diagnóstico en atención especializada¹²⁻¹⁴. Sin embargo, la información sobre el efecto real, los motivos de derivación, los tiempos de demora y, especialmente, los recursos sanitarios utilizados, es reducida. La evidencia disponible indica que la CAR disminuye los tiempos de demora e incrementa el número de consultas de acto único^{13,14}. Sin embargo, tal como hemos visto en nuestro estudio, puede producir un aumento en el número de exploraciones complementarias. Así, en el estudio publicado por Puente Gutiérrez et al¹⁴, el 92,6% de los pacientes remitidos a una CAR en aparato digestivo precisaban una ecografía abdominal para su evaluación. Efectivamente, en nuestro estudio se observa que la derivación a la CAR reduce los tiempos de demora, pero el consumo de recursos sanitarios, en especial pruebas complementarias, y por lo tanto el gasto asociado a la derivación, es superior al del resto de consultas.

Nuestro estudio tiene diversas limitaciones, la primera de ellas derivada de su diseño. Al ser un estudio retrospectivo, sólo hemos podido evaluar los motivos de derivación basándonos en las hojas de interconsulta y en la primera consulta. Esto, junto con que no existen hojas de interconsulta estructurada para la derivación a atención especializada, nos impide conocer más específicamente los motivos de derivación, la gravedad de los síntomas o si ya habían sido derivados en otras ocasiones a atención especializada. Otro punto que limita nuestros resultados es que el tiempo entre la puesta en marcha del PACRAP y de la CAR y el segundo periodo de evaluación ha sido corto, y quizás no se haya reflejado totalmente el posible cambio en los motivos de derivación. Por último, aunque no disponemos de datos de 23 (2,1%) pacientes para el análisis de los recursos utilizados en el año 2009, creemos que este porcentaje de perdidos no invalida nuestros resultados.

En conclusión, la puesta en marcha del PACRAP y la CAR en digestivo ha supuesto una reducción en los tiempos de demora y un incremento en el número de derivaciones atendidas en atención especializada. Este estudio permite definir los principales motivos de derivación desde atención primaria en nuestra área sanitaria, así como los recursos utilizados. Finalmente, en cuanto a las derivaciones a la CAR, los tiempos de demora son más cortos. Sin embargo, la atención a los pacientes en la CAR se asocia a un incremento en el número de recursos sanitarios y en el coste por derivación. En este sentido, la CAR es un recurso asistencial adecuado para la atención de pacientes con alta sospecha de enfermedad orgánica que requieren exploraciones y tratamientos en atención especializada. Por tanto, sería necesario diseñar hojas de interconsulta estructuradas para la derivación a la CAR. Además, una de las aportaciones de nuestro estudio estriba en que hemos definido los motivos de derivación desde atención primaria a las consultas de gastroenterología más frecuentes y hemos cuantificado los recursos sanitarios utilizados para su atención. Dicha evaluación se ha llevado a cabo no sólo en función del tipo de consulta en que fueron valorados, sino también en función del motivo de la consulta. Esta información puede ser útil para diseñar procesos asistenciales con continuidad asistencial basados en la implementación de guías de práctica clínica.

Contribuciones de autoría

J. Cubiella concibió el estudio, supervisó todos los aspectos de su realización, realizó el análisis estadístico y participó en su redacción. P. Quintas participó en la obtención de datos, en el análisis y la interpretación de los hallazgos, y en la redacción del primer borrador del manuscrito. A. Dacal y M. Francisco participaron en la obtención de los datos y en la interpretación de los hallazgos. L. López fue el responsable de la búsqueda y de la explotación de las bases de datos. M.J. García se encargó del diseño del trabajo y del análisis estadístico. J. Fernández facilitó la realización del estudio. Todos los autores aportaron ideas, interpretaron los hallazgos y revisaron los borradores del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los motivos más frecuentes de derivación de pacientes por síntomas digestivos desde atención primaria a las consultas de gastroenterología no están claramente definidos.

En nuestro medio se han puesto en marcha diversos recursos para hacer más efectiva la valoración de pacientes con síntomas digestivos: CAR, implementación de GPC y unidades de endoscopia de acceso abierto desde atención primaria.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Nos propusimos realizar un estudio para definir los motivos de derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria y el efecto de la puesta en marcha de una CAR y un programa de aumento de capacidad resolutive en atención primaria en los mismos y en los recursos sanitarios utilizados para su valoración.

Las CAR en patología digestiva reducen los tiempos de demora en la asistencia de pacientes, con un incremento en los recursos sanitarios utilizados. Deberían establecerse criterios de derivación a las CAR en patología digestiva basados en la alta sospecha de enfermedad orgánica.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A los Dres. Menéndez Villalba y Alonso Docampo, Directores Médicos de Atención Primaria del Área Asistencial de Ourense, y al Dr. García de la Infanta, Director Médico del Complejo Hospitalario de Ourense, por el impulso dado al trabajo desde sus cargos. A los Dres. Surroca Rusiñol, Diéguez Estévez, Outeiriño López (Atención Primaria), Macenlle García, Vega García-Luengos y Sánchez Hernández (Aparato Digestivo), por su entusiasmo y trabajo en el grupo de aumento de capacidad resolutive de Ourense.

Bibliografía

- Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad Med J*. 2008;84:454-8.
- Jones R, Hunt C, Stevens R, et al. Management of common gastrointestinal disorders: quality criteria based on patients' views and practice guidelines. *British J Gen Pract*. 2009;59:e199-208.
- Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, et al. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005;36:137-43.
- De Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanes F, et al. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:146-51.
- Van Bommel MJ, Numans ME, de Wit NJ, et al. Consultations and referrals for dyspepsia in general practice - a one year database survey. *Postgrad Med J*. 2001;77:514-8.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess (Winchester, England)*. 2004;8:1-72.
- Halder SLS, Macfarlane GJ, Thompson D, et al. Predictors of persistent gastrointestinal symptoms among new presenters to primary care. *Eur J Gast Hepatol*. 2010;22:296-305.
- Van den Heuvel-Janssen HAM, Borghouts JAJ, Muris JWM, et al. Chronic non-specific abdominal complaints in general practice: a prospective study on management, patient health status and course of complaints. *BMC Fam Pract*. 2006;7:12.
- Gené E, García-Bayo I, Barenys M, et al. La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:555-62.
- Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, et al. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria. (Revisión Cochrane traducida.). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, N° 2. Oxford: Update Software Ltd; 2008.
- Gervas J, García Olmos L, Simo J. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria*. 2008;40:253-5.
- Herrerías Gutiérrez JM, Argüelles Arias F, Martín Herrera L, et al. Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía: ¿qué es y cómo debe funcionar? *Rev Esp Enf Dig*. 2008;100:5-10.
- Luis J, García Z, Jiménez-Ojeda B, et al. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:302-5.
- Puente Gutiérrez JJ, Rodríguez González FJ, Bernal Blanco E, et al. La consulta de alta resolución en aparato digestivo. *Rev And Pat Digest*. 2003;26:23s-7s.
- Hutchinson A, McIntosh A, Cox S, et al. Towards efficient guidelines: how to monitor guideline use in primary care. *Health Technol Assess*. 2003;7. Disponible en: <http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ718.shtml>.
- Fernández-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Llach J, et al. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de la atención extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:205-8.
- Jones RH. Upper gastrointestinal endoscopy - a view from general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1986;36:6-8.
- Sánchez del Río García A, Alarcón Fernández O. Unidades de endoscopia digestiva de acceso abierto. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:597-8.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada. 2007:2.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal. Actualización 2009. Guía de Práctica Clínica. In: *Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada*. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. p. 4.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2008. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada. 2008:3.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de práctica clínica. Actualización 2007. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada. 2007:1.
- Plan de mejora da Atención Primaria. Galicia 2007-2011. (Documento presentado polo Sergas o 2 de marzo de 2007.) *Cad Aten Primaria*. 2006;295-316.
- Diario Oficial de Galicia 2010; 188(29/09/2010):16534-50.
- Gené E, Sánchez-Delgado J, Calvet X, et al. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:327-34.
- Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Dacal Rivas A, et al. ¿Cuáles son los motivos de derivación desde atención primaria en el área sanitaria de Ourense? *Rev Esp Enf Dig*. 2010;102 Suppl 1:82.
- Quintas Lorenzo P, Dacal Rivas A, Francisco González M, et al. Efecto de la implantación de un programa de aumento de capacitación de atención primaria en la adecuación y la demora de las exploraciones endoscópicas. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:259.