

Descrición da interconsulta con reumatoloxía. Diferenzas observadas segundo o modo de derivación

Veras Castro, Ramón
Medicina de Familia. C.S. San Xosé (A Coruña)

Núñez Vázquez, Ángel
Medicina de Familia. C.S. San Xosé (A Coruña)

Rodríguez Álvarez, Rosa
Medicina de Familia. C.S. Adormideras (A Coruña)

García Jares, Olalla
MIR Medicina de Familia. C.S. Adormideras (A Coruña)

Reboiras Baliña, J. Ramón
MIR Medicina de Familia. C.S. Adormideras (A Coruña)

Herrero de Padura, Ignacio
Medicina de Familia. C.S. San Xosé (A Coruña)

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 94-98

RESUMO

Obxectivo: Observar se existen diferenzas entre o proceso de derivación clásico ao servizo de Reumatoloxía (mediante folla de interconsulta) e a derivación a un consultor hospitalario (reumatólogo) que acode ao centro de saúde.

Deseño: Observacional transversal.

Participantes: Os pacientes dos CS de Adormideras e San Xosé de A Coruña atendidos no 2006 en reumatoloxía (113 e 201 respectivamente). Desta poboación foron seleccionados 75 casos de cada grupo.

Resultados: A mediana de tempo de espera é significativamente superior ($p < 0,0001$) coa derivación clásica, 68 días, fronte aos 7 días de espera do centro que recibe ao reumatólogo consultor. O motivo de consulta máis frecuente foi a petición de densitometría (44,4%). O 39,70% das interconsultas realizadas ao reumatólogo consultor foron resoltas no mesmo día, no centro, sen necesidade de que se desprazase o paciente ao centro de especialidades. Se o médico de familia tivese acceso á petición de densitometría e electromiografía evitaríanse como mínimo un 39,5% das primeiras consultas de reumatoloxía destes centros.

Conclusións: O motivo de consulta máis frecuente foi a petición de densitometría. O tempo de espera con este sistema de consultoría redúcese moito. Simplifícase moito a citación xa que se evita a diferenciación entre ordinaria e preferente. Con acceso a probas como densitometría ou electromiografía se evitarían moitas primeiras consultas de reumatoloxía.

Palabras clave: Derivación. Atención Primaria. Capacidade resolutiva.

Para comunicación cos autores:

Ramón Veras Castro
C.S. San Xosé Comandante Fontanes 8. 15003 A Coruña
Tfno: 981 213 099 • ramon.veras.castro@sergas.es

INTRODUCCIÓN

A mellora da relación entre atención primaria e hospitalaria estaba e continúa estando en todas as axendas de solucións a múltiples problemas da sanidade pública: listas de espera, ineficiencia, capacidade resolutiva de primaria, desenvolvemento profesional, desburocratización,... Debe ser difícil de mellorar esta comunicación entre niveis xa que, a pesar dos cambios na organización sanitaria dos últimos vinte anos, continúa aparecendo nos estudos como o primeiro problema detectado entre ámbolos dous ámbitos asistenciais^{1,2}. Hai consenso en que a figura do médico de familia como porta de entrada ao sistema, xunto a unha boa coordinación entre primaria e hospital, son as medidas que poden dar maior eficiencia aos servizos sanitarios.

Un dos procedementos básicos de relación entre niveis é a interconsulta ou derivación dun paciente desde atención primaria ao hospital. Existe insatisfacción co actual proceso de derivación, nuns casos (o hospital) por non considerala unha derivación adecuada ou con escasa aportación de datos e, pola outra banda, por considerar insatisfactoria ou inexistente a resposta á folla de interconsulta, polo tempo de espera e pola prescrición inducida acompañante³⁻⁵.

As especialidades e motivos de consulta que reciben máis derivacións son, en xeral, xinecoloxía (detección de cancro de cérvix), oftalmoloxía (diminución de agudeza visual), dermatoloxía (lesións pigmentadas e verrugas), e traumatoloxía (gonalxia e lumbalxia)^{6,7}.

Hai diferentes formas de derivación. O obxectivo deste estudo é observar se existen diferenzas entre o proceso de derivación clásico ao servizo de Reumatoloxía (mediante folla de interconsulta) e a derivación a un consultor hospitalario (reumatólogo) que acode ao centro de saúde.

PACIENTES E MÉTODOS

O deseño é observacional transversal. Os centros participantes son o centro de saúde de Adormideras (5 médicos, que suman 7267 tar-

xetas sanitarias de media no 2006, localización periférica na cidade de A Coruña) e o centro de San Xosé B (7 médicos, 11760,5 tarxetas sanitarias de media, localizado no centro da cidade).

As fontes de información utilizadas son o listado de citación de 2006 destes centros para reumatoloxía no Centro de Especialidades e os listados de pacientes do especialista consultor. Non figuran posibles consultas telefónicas ou por outros medios das que non exista rexistro en forma de listado.

A poboación de estudo é a seguinte:

- cupo de derivacións a reumatoloxía en San Xosé B, con especialista consultor: 201.
- Grupo de derivacións a reumatoloxía en Adormideras: 113.

Desta poboación foron seleccionados 75 casos de cada grupo (con visita do reumatólogo no centro-San Xosé B- e sen reumatólogo no centro-Adormideras-). O tamaño da mostra calculouse, despois de facer un estudo piloto, para unha diferenza esperada de medias de 60 días de espera, cunha desviación típica poboacional de 99, alfa bilateral de 0,05, potencia de 70% e un 30% de posibles perdas. Faise unha selección aleatoria co programa MSA, despois de colocar o listado ordenado por data de citación de 1 de xaneiro a 31 de decembro de 2006.

Dos 75 casos de Adormideras, non había 5 historias por cambiar de centro e 1 historia non se localizou. Dos 75 casos de San Xosé B non había 10 historias por cambiar de centro. Nun caso a interconsulta faise como en Adormideras polo que tampouco é útil para o estudo. Dos 150 casos seleccionados quedan 133 casos válidos en total, que se reducen a 117 para analizar o motivo de consulta e a 115 para coñecer o tempo de espera pola consulta.

As variables analizadas son as seguintes: centro de saúde, idade e xénero do paciente, médico de atención primaria que orixina a derivación, a data de petición da derivación que figura na historia clínica, a data de citación que figura no listado entregado por admisión, tipo de petición (ordinaria, preferente ou urgente), o motivo de consulta (agrupados en mecánicos, enfermidades inflamatorias, tendinosos, petición de densitometría e síndrome de túnel carpiano) e a proporción de interconsultas en relación ao número de tarxetas sanitarias asignadas.

Consideraríase que existen diferenzas se:

- hai diferenzas no tempo medio de espera, sobre todo se son polo mesmo motivo de consulta
- se o número de derivacións é diferente
- se se resolven problemas sen necesidade de ir ao centro hospitalario (no caso do grupo que é visitado polo especialista consultor),

- sobre todo se son polo mesmo motivo de consulta
- se hai diferenzas nos motivos de derivación

Na análise estatística a variable de tempo de espera non segue unha distribución normal polo que a medición máis útil é a mediana e o rango. Usouse o test U de Mann Whitney para comparación de medias.

O cálculo da taxa de derivación fíxose dividindo o número de interconsultas entre o número medio de tarxetas de cada centro (as existentes a 1 de xaneiro e a 31 de decembro dividido por 2). A taxa exprésase en tantos por 1000.

RESULTADOS

Son mulleres o 72,5% en Adormideras e o 75% en San Xosé e constan cunha idade de 57,88 e 60,06 anos respectivamente. Non hai diferenzas de idade e xénero entre os centros.

En San Xosé as peticións de consulta son todas da modalidade de ordinaria xa que é comentado sempre co reumatólogo. En Adormideras o 62,1% son ordinarias, o 36,4% preferentes e o 1,5% urgentes.

TÁBOA 1

Descrición do tempo de espera para consulta

	Adormideras			San Xosé
	Toda a mostra	Cita ordinaria	Cita preferente	
Media	145,37	196,85	72	10,93
Mediana	68	237	38,5	7
Rango	395	384	305	54
Moda	22 e 32	22	32	7
Valor Mínimo	0	11	14	0
Valor Máximo	395	395	319	54
Percentil 25	32	47	32	5,5
Percentil 75	275	302	64,25	14

O tempo de espera é significativamente superior en Adormideras en relación coas interconsultas de San Xosé tanto para a interconsulta ordinaria como para a preferente (Táboa 1) e para calquera motivo de consulta (Táboa 2). A mediana de tempo de espera en Adormideras é de 68 días (237 se é cita ordinaria, 72 se a cita é preferente) mentres en San Xosé é de 7 días ($p < 0.0001$).

O motivo de consulta máis frecuente foi a petición de densitometría, globalmente un 44,4% (Táboa 3).

Das 201 interconsultas realizadas en San Xosé mediante o especialista consultor, 79 (o 39,70%), foron preguntas resoltas o mesmo día sen necesidade de que se desprazara o paciente.

TÁBOA 2

Mediana e rango do tempo de espera segundo o motivo de consulta e centro e tipo de petición

	Adormideras		San Xosé
	Cita ordinaria	Cita preferente	
Petición de densitometría	259 (384)*	319**	8 (53)
Problemas mecánicos	33,5 (287)	23 (18)	8 (35)
Problemas tendinosos	52 (2223)	52 (213)	11 (22)
Problemas inflamatorios	36 (265)	34 (31)	5 (3)
Síndrome do Túnel Carpiano	57,5 (280)	41,5 (231)	9 (4)

* Os parénteses inclúen o rango

** É só 1 caso. Non ten rango.

TÁBOA 3

Motivos de consulta

	Mostra total	Adormideras	San Xosé
Petición de densitometría	44,4% (35,4-53,4)*	43,1% (30,2-56,8)	45,8% (32,7-59,2)
Prob. Mecánicos	21,4% (13,9-28,8)	13,8% (6,1-25,4)	28,8% (17,8-42,1)
Prob. Tendinosos	12,8% (6,7-18,9)	15,5% (7,35-27,4)	10,2% (3,8-20,8)
Prob. Inflamatorios	9,4% (4,79-16,2)	12,1% (4,9-23,3)	6,8% (1,8-16,5)
S. Túnel Carpiano	8,5% (4,1-15,2)	13,8% (6,1-25,4)	3,4% (0,4-11,7)

*os parénteses son os intervalos de confianza ao 95%

O número de derivacións a reumatoloxía é de 113 en Adormideras (taxa de 15,5) fronte 201 (taxa de 17,1) en San Xosé. Se descontamos do número de San Xosé os casos resoltos directamente no mesmo centro durante a visita do reumatólogo quedan 122 derivacións de pacientes que sí foron á consulta ao centro de especialidades (taxa de 10,4). No mesmo período, o número de derivacións a traumatoloxía foi de 364 en Adormideras (taxa de 50,1) fronte a 320 en San Xosé (taxa de 27,2) (Figura 1).

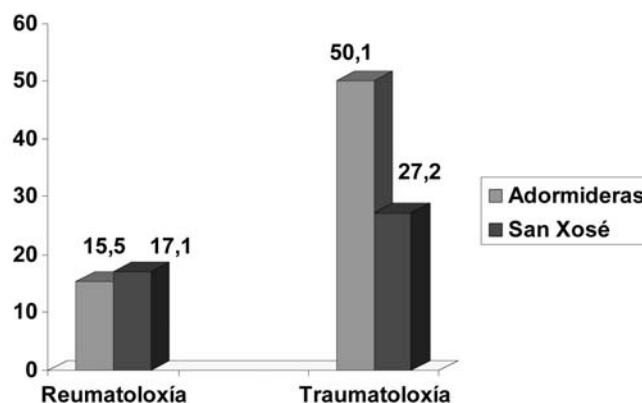
DISCUSIÓN

Conscientes da necesidade de mellorar o proceso de derivación e a relación entre atención primaria e hospitalaria, aparecen medidas particulares, por iniciativa dos profesionais, en xeral, que producen resultados espectaculares. Neste estudo a mediana de tempo de espera por unha consulta de reumatoloxía no CS San Xosé é de 7 días (media de 10,93), cun reumatólogo consultor que acode cada semana ao centro para recibir e comentar os casos, e sobre a 237 días para a cita ordinaria (media de 196,85) ou 38,5 para a cita preferente (media de 72) cando o proceso de derivación é o clásico da folia de interconsulta.

Das 201 interconsultas realizadas en San Xosé mediante o especialista consultor, 79 (o 39,70%), foron preguntas resoltas o mesmo día sen necesidade de que se desprazara o paciente. É posible que algunhas destas nunca se chegasen a transformar en verdadeira interconsulta se o reumatólogo non estivese alí, pero a accesibilidade permite facer esa pregunta. Se restamos as resoltas no mesmo día da interconsulta quedarían 122, casi as mesmas que en Adormideras (aínda que neste centro teñen 2 facultativos menos). Nun estudo das consultas de reumatoloxía⁸ de toda Galicia o tempo de espera medio era de cerca de 4 meses, máis cercano aos tempos do centro de Adormideras.

FIGURA 1

Número de derivacións por 1000 tarxetas sanitarias de Adormideras e San Xosé a Reumatoloxía e Traumatoloxía durante 2006



Neste estudo tamén se presentan datos de número de derivacións a traumatoloxía nos dous centros. Aínda que non hai ningunha evidencia, é probable que a presenza do reumatólogo no centro cada semana, dada a súa accesibilidade, permita facer preguntas e interconsultas que cun modo de derivación normal serían interconsultas a traumatoloxía. O certo é que a taxa de derivación a traumatoloxía é practicamente o dobre en Adormideras que en San Xosé, apoiando esta hipótese.

No modelo de relación do CS San Xosé e Reumatoloxía, o reumatólogo acode un día á semana ao centro de saúde a última hora da mañá e os médicos de atención primaria coméntanlle os casos sen estar o paciente presente, podendo ser resoltas as dúbidas nese momento ou senón son citados os pacientes para a consulta de reumatoloxía do centro de especialidades no período dunha semana aproximadamente, como indica a mediana no estudo. Tamén, en algunha ocasión é citado o paciente para ese mesmo día para realizar unha infiltración ou un estudo ecográfico no centro. Está claro que non é o único modelo. En Tenerife o reumatólogo vai ao centro e atende alí pacientes citados, con presenza do médico de primaria, e tamén reduciu a lista de espera de 8 meses a 6 semanas⁹. O mesmo se observou noutra experiencia de consultoría entre internis-

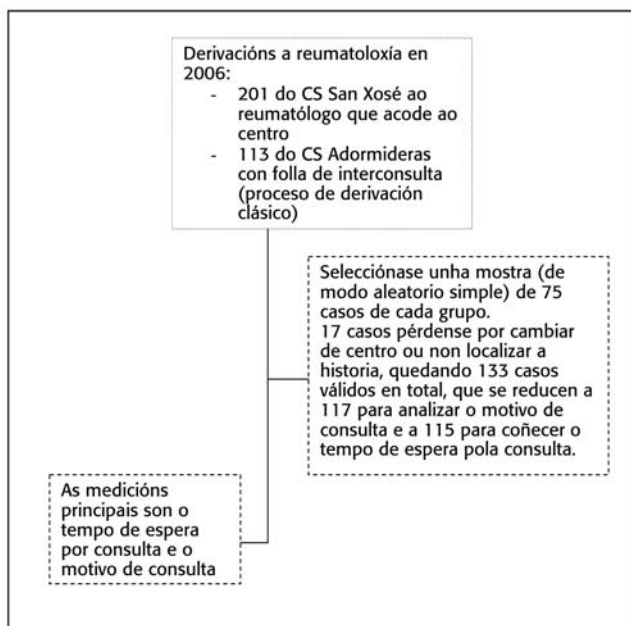
tas e médicos de familia en Cádiz¹⁰. Na Barceloneta, nos seus inicios, chegaron a visitar o centro de saúde 17 especialistas consultores e resolvían máis do 80% das dúbidas dos médicos de familia, reducindo moito tamén os tempos de espera².

Outras experiencias de coordinación refírense fundamentalmente a consultas de alta resolución ou de acto único, cun liderazgo importante de medicina interna¹¹, aínda que son moi variadas, como a do Hospital de San Carlos na que se reduciu o tempo en lista de espera para cirurxía maior ambulatoria un 60% e os desprazamentos dos pacientes un 66,6%¹² ou a máis global e ligada á xestión por procesos como os Centros de Alta Resolución de Especialidades en Andalucía¹³.

Ao abeiro das comunicacións informáticas abríronse outras alternativas de relación primaria-hospitalaria, mesmo aínda que sexa simplemente para acceder a información de cada ámbito, como pode ser o proxecto IANUS en Galicia e outros noutras CCAA, ou proxectos como a teledermatoloxía¹⁴ coas súas posibilidades (diagnóstico e tratamento en tempo real, accesibilidade, redución de custos, formación continua,...) e inconvenientes (responsabilidades legais, maior incertidumbre diagnóstica,...).

Unha lección deste estudo e da lectura da bibliografía é que calquera iniciativa de mellora do proceso de derivación e da mellora da relación primaria-hospitalaria debe fundamentarse no consenso profesional e na comunicación entre os profesionais.

ESQUEMA XERAL DO ESTUDO



Outra conclusión deste estudo é a necesidade de aumentar o acceso a probas diagnósticas á atención primaria. Tendo en conta que o

44,4% son peticións de densitometría (cun intervalo de 35,4-53,4) podemos dicir que se o médico de familia tivese capacidade de pedir densitometrías directamente, poderíanse evitar un mínimo de 35,4% de consultas de reumatoloxía. Sumando as consultas de petición de electromiograma por sospeita de síndrome de túnel carpiano teríanse evitado un 39,5% das primeiras consultas de reumatoloxía destes centros no ano 2006.

Por outra banda, con este tipo de consulta se simplifica o tipo de cita xa que coa consultoría se evita a necesidade de diferenciar se a cita é preferente ou ordinaria debido a que cada consulta é valorada no momento.

É preciso avanzar na investigación sobre a eficacia deste tipo de experiencias de coordinación primaria-especializada e buscar sistemas de clasificación de pacientes, como poden ser os Ambulatory Care Groups (ACG)¹⁵, que nos permitan comparar grupos de pacientes e medir a eficiencia de distintas estruturas organizativas.

AGRADECEMENTOS

Agradecemos a José Antonio Pinto Tasende, reumatólogo do Hospital Juan Canalejo, e a Ana Paz Castro, da Unidade de Admisión do mesmo hospital, a súa axuda voluntariosa e imprescindible, na búsqueda e información sobre os casos de pacientes citados en reumatoloxía e traumatoloxía.

FEITOS COÑECIDOS

- A coordinación atención primaria-atención hospitalaria é fundamental para producir unha atención sanitaria eficiente e satisfactoria para profesionais e pacientes.
- O proceso de derivación clásico, mediante folha de interconsulta, é lento, pouco áxil e resulta pouco satisfactorio para os profesionais.

APORTACIÓNS DESTE ESTUDO

- A comunicación directa e persoal, o coñecemento mutuo, mellora moito a coordinación entre atención primaria e hospital.
- O tempo de espera redúcese de modo espectacular se o especialista consultor acode ao centro de saúde dun modo periódico para recibir e comentar as interconsultas do médico de familia.
- O acceso a probas e aumento da capacidade resolutoria do médico de familia reduce moito as peticións de interconsulta (neste estudo reduciríanse o 39,5% das primeiras consultas de reumatoloxía se o médico de familia puidese pedir directamente densitometrías e electromiogramas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Moreno N, Orozco-Beltrán D, Carratalá-Manuera C, Gil-Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. Aten Primaria 2006;37(4):195-202.
2. Jonay J, Freire JM, Gervas J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. Rev Adm Sanit 2006;4(2):357-82.

3. García MJ, Rigueiro MT, Rodríguez P, Rodríguez C, Muriel A, Abaira V, Abarca B, Conde J, García E, Casariego E. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. *Semergen* 2006;32(8):376-81.
4. Medrano A, Moya R. Sobre la coordinación atención primaria/especializada. *Aten Primaria* 2001;27(9):677-8.
5. Fernández E, Luque F. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria* 2007;39(1):15-21.
6. De Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria* 2005;35(3):146-51.
7. Rodríguez FJ, Chacón J, Esteban M, Valles N, Fópez F, Sánchez A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria* 2005;36(3):137-43.
8. Rodríguez M, Gómez-Reino JJ, Galdo F, González-Gay MA, Hernández I, Ibáñez JJ. Actividad asistencial en las consultas externas de las unidades de reumatología de Galicia. *Reumatol Clin* 2006;2(5):239-46.
9. Trujillo E, Joyanes A, Fuentes MI, Fraga E, Campelo E, Pastor M, González T. El reumatólogo consultor: enlace entre la medicina primaria y la hospitalaria. Organización de la Unidad Consultora de Reumatología-Atención Primaria (UCRAP). Experiencia del primer año de funcionamiento. *Rev Esp Reumatol* 2003;30(2):49-56.
10. GAMIC. Evaluación de la eficacia diagnóstica de la consultoría entre internistas y médicos de familia para los pacientes con dispepsia. *Med Clin (Barc)* 2004;123(10):374-80.
11. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, Montull S. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)* 2004;123(7):247-50.
12. Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria* 2005;35(6):283-9.
13. Juan FJ, Aranda G, Trujillo JA. Alta resolución, pacientes, parientes e innovación organizativa. *Rev Adm Sanit* 2007;5(1):105-21.
14. Ribera M, Peñas P, Barco L. La teledermatología hoy. *Piel* 2001;16:225-37.
15. Serrat J, Sicras A, Llopart JR, Navarro R, Codes J, González JA. Estudio comparativo de la eficiencia, medida a partir de los Ambulatory Care Groups, entre 4 centros de salud. *Aten Primaria* 2006;38(5):275-82.