



ORIGINAL

Aportación al continuo asistencial de una consulta de conexión con atención primaria coordinada con internistas

M.J. Esteban Giner^a, V. Giner Galvañ^{a,*}, J.L. Prats Hernández^b, F. Llopis Martínez^b, P.J. Cortés i Pérez^c y J. Castejón Esteban^d

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Verge dels Liris, Alcoy, Alicante, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Ibi, Departamento de Salud de Alcoy, Ibi, Alicante, España

^c Unidad Técnica, Centro de Atención Primaria Numància, Servicio de Atención Primaria Esquerra, Barcelona, España

^d Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Verge dels Liris, Alcoy, Alicante, España

Recibido el 24 de septiembre de 2012; aceptado el 18 de diciembre de 2012

Disponible en Internet el 9 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Continuo asistencial;
Pluripatología;
Medicina interna;
Eficiencia

Resumen

Objetivo: Evaluar la eficacia y eficiencia de un sistema de conexión entre niveles asistenciales que supere la actual desconexión asegurando el acceso preferencial de pacientes con enfermedad significativa a atención especializada.

Material y métodos: Descripción de la actividad de la Consulta de Conexión con Atención Primaria (CCAP) del Departamento de Salud de Alcoy (Alicante) en su primer año de funcionamiento. **Resultados:** Hubo 450 visitas con 6,5 (IC 95% 5,7-7,3) primeras visitas y 3,9 (IC 95% 3,1-4,8) sucesivas diarias. Fueron más de 50 los motivos de consulta, y más de 60 los diagnósticos finales, la mayoría no relevantes (65,6% definidos no significativos; 14% indefinidos). Globalmente los diagnósticos definidos predominantes fueron los digestivos (31%) y los funcionales (14,4%), y los definidos significativos las neoplasias y las enfermedades autoinmunes. Al 86,9% de los diagnósticos se llegó tras 1 o 2 visitas, y al 40% con la sola revisión de la historia clínica hospitalaria. Hubo 217 peticiones de más de 20 exploraciones complementarias distintas, con un 38,8; 34,4; 21,6; y 5,2% de pacientes que requirieron 0, 1, 2 y ≥ 3 , mayoritariamente (21,6%) analíticas básicas. Los pacientes con diagnóstico significativo fueron diagnosticados más rápidamente ($12,4 \pm 19,4$ vs. $45,3 \pm 52,8$ días; $p=0,001$), con menos exploraciones complementarias ($0,5 \pm 0,7$ vs. $0,9 \pm 0,9$ exploraciones complementarias por paciente; $p=0,032$; 58,6 vs. 39,6% pacientes sin exploraciones complementarias; $p=0,052$) y en mayor proporción derivados a especializada (58,6 vs. 18,3%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: El demostrado manejo diferencial del paciente con enfermedad potencialmente significativa aprovechando los recursos existentes hacen de la CCAP con internistas un modelo eficiente de conexión entre niveles.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: giner_vicgal@gva.es (V. Giner Galvañ).

KEYWORDS

Healthcare continuum;
Multiple chronic conditions;
General internal medicine;
Efficiency

Provision of continuous health care by a unit connected to primary care centres coordinated by specialist physicians

Abstract

Objective: To evaluate the efficacy and efficiency of a system set up to overcome the current disparity between primary and specialist health care and with the capacity to detect patients with significant diseases.

Material and methods: To describe the activity of the Unit for Connection with Primary Care Centres (UCPCC) in the Alcoy Health Area (Alicante) during its first year.

Results: A total of 450 visits were made, with 6.5 (95% CI 5.7-7.3) first visits, and 3.9 (95% CI 3.1-4.8) successive ones per day. There were more than 50 reasons for consultation, and more than 60 final diagnoses (65.6% non-significant, 14% undefined and 12.4% significant). Digestive (31%) and functional (14.4%) diseases were the most frequently defined diagnoses, with neoplastic and autoimmune diseases among those defined as significant ones. The great majority (86.9%) of patients required 1-2 visits, with 40% diagnosed by just reviewing the hospital files. More than 20 different complementary examinations were performed, with 38.8%, 34.4%, 21.6%, and 5.2% of patients requiring 0, 1, 2, or ≥ 3 , respectively. Patients with a significant pathology were diagnosed more quickly (12.4 ± 19.4 vs. 45.3 ± 52.8 days; $P = .001$), with less complementary examinations (0.5 ± 0.7 vs. 0.9 ± 0.9 per patient; $P = .032$. 58.6% vs. 39.6% patients without complementary examinations; $P = .052$), and were more frequently referred to specialised medicine (58.6% vs. 18.3%, $P < .0001$).

Conclusions: The demonstrated differential management of patients with potentially significant pathology using existing resources, make the UCPCC with internists an efficient model for the connection between health care levels.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El modelo organizativo sanitario en nuestro país, basado en un nivel básico (atención primaria, AP) y uno de mayor complejidad tecnológica (atención especializada, AE), surgió como una forma de racionalizar el acceso a los recursos más complejos de la AE de aquellos pacientes que, por la naturaleza y gravedad de sus dolencias, así lo requirieran. Sin embargo, es un modelo superado, entre otros factores, por la ausencia de vías fluidas de comunicación^{1,2}. Ello hace que usuarios y profesionales no perciban al conjunto del sistema como un único proveedor de servicios cuya segmentación operativa y transacciones internas deberían ser imperceptibles. Este distanciamiento entre niveles entorpece y demora el acceso del paciente con enfermedad relevante a los recursos más complejos de la AE, haciéndose muy difícil su detección y manejo diferencial una vez iniciado el proceso de derivación desde AP³⁻⁶.

La solución dista de ser clara al no haber modelos organizativos validados por su eficacia, eficiencia o grado de aceptación entre profesionales y pacientes, y refrendados por las administraciones y sociedades científicas⁷. En los últimos años distintos grupos han publicado en nuestro país sus experiencias, generalmente positivas⁸⁻²³, aunque con alguna excepción²⁴. Sin ser las únicas, y probablemente por la flexibilidad y plurifuncionalidad características de la especialidad, las principales han surgido desde servicios hospitalarios de medicina interna^{1,2,12-24}. El esquema organizativo que estas experiencias han tomado son básicamente 2: las consultas de orientación diagnóstica (COD)¹⁷⁻²³ o de tutoría por un lado, y las unidades de diagnóstico rápido (UDR)^{12-16,24} por otro. La gran diferencia estriba en que las

UDR están más orientadas al paciente hospitalario que suele ser derivado desde los servicios de urgencias. Las escasas experiencias de COD reportadas en España provienen fundamentalmente de Andalucía y Comunidad Valenciana¹⁷⁻²³. Las primeras experiencias se emplazaron en el edificio hospitalario, adonde debía acudir el paciente, pero cada vez cobra más protagonismo la figura del «consultor» que, sin desvincularse de su actividad hospitalaria, se desplaza al centro de salud (CS).

La actual coyuntura económica ha añadido a la necesidad de crear vías entre niveles suficientemente sensibles para detectar al paciente con enfermedad relevante, la de hacerlo aprovechando los medios ya existentes²⁵. Son todas estas premisas bajo las cuales se ha organizado una consulta de conexión con atención primaria (CCAP) entre el servicio de medicina interna de nuestro hospital y uno de los centros de salud de su departamento, y de cuyo primer año de funcionamiento (enero a diciembre de 2007) se muestran los resultados.

Métodos**Consulta de conexión con atención primaria de Alcoy**

El Hospital Verge dels Liris de Alcoy cuenta con 310 camas para dar cobertura a la población (140.000 personas) de las comarcas de l'Alcoià y El Comtat, en el interior montañoso de la provincia de Alicante. La AP del departamento se estructura en 10 CS, eligiéndose el de Ibi para iniciar la experiencia por su lejanía geográfica respecto del hospital,

del cual se halla separado por una importante estribación montañosa, y elevada carga poblacional. El CS de Ibi da cobertura sanitaria a una población de 24.592 personas, que unidas a las 65.000 de Alcoy, suponen el 65% de la población del Departamento de Salud de Alcoy. Existe paridad en la distribución por género, con un 50,32% de varones y un 49,68% de mujeres, siendo 3.872 los habitantes en edad pediátrica (15,7% de la población total) y 3.544 los que cuentan con 65 o más años (14,4% de la población total). En el año 2007, se registraron en el CS de Ibi 129.230 contactos en consulta programada y se emitieron un total de 3.333 solicitudes de valoración por parte de la totalidad de especialidades hospitalarias.

La CCAP se diseñó de forma conjunta y consensuada entre facultativos del CS y del Servicio de Medicina Interna del Hospital Verge dels Liris (Alcoy) buscando un modelo accesible, rápido, flexible y que aprovechara recursos ya existentes. Teniendo en cuenta el perfil de paciente potencialmente beneficiario (pluripatológico, polimedicado y con gran diversidad de motivos de consulta), se decidió el desplazamiento semanal de uno de los 5 internistas al CS según un turno rodado. El internista sigue ejerciendo su actividad principal en el hospital, lo que facilita el flujo de información y acceso a recursos hospitalarios. En el CS a primera hora se revisan las hojas de consulta dirigidas a las consultas externas hospitalarias convencionales de medicina digestiva, neurología, cardiología, neumología y medicina interna. El internista programa las primeras visitas con demora inversamente proporcional a la potencial gravedad de la enfermedad, con un retraso pactado máximo de 2 semanas. Previa a la visita presencial se revisa la historia clínica hospitalaria, se recopilan los resultados de exploraciones complementarias, se negocia su adelanto cuando la sospecha diagnóstica lo justifica, o se comentan casos directa o telefónicamente con otros especialistas hospitalarios. Los pacientes son valorados por el internista en visita presencial en un espacio físico específico del CS. El paciente subsidiario de evaluación no diferible en su primera visita ingresa directamente en planta tras contacto telefónico. Aquellos pacientes que tras llegar a un diagnóstico final (Dxf) se consideran subsidiarios de seguimiento ambulatorio por AE, son derivados a la consulta externa hospitalaria convencional correspondiente. Al resto de pacientes les es dada el alta para seguimiento por AP. Aunque para preservar la flexibilidad y capacidad de respuesta se pactó un máximo de 2 visitas por paciente, se considera la posibilidad en algunos casos (hiperfrecuentadores, pacientes con grandes dificultades de desplazamiento, petición del médico de AP) de seguimientos más prolongados.

El objetivo final de la CCAP fue racionalizar, empleando los recursos existentes, el flujo de pacientes entre niveles asistenciales, acelerando el acceso a AE de los pacientes que objetivamente lo requiriesen. Otros objetivos fueron el descongestionar las Consultas Externas Hospitalarias convencionales más saturadas y el dar respuesta rápida y flexible a las dudas e inquietudes del médico de AP y sus pacientes.

Análisis estadístico

Se ha considerado diagnóstico final (Dxf) *definido significativo* aquel subsidiario de derivar a AE por la gravedad

del proceso sospechado, bien para facilitar su diagnóstico, bien para su control, incluyendo a aquellos ingresados directamente en planta desde la CCAP y aquellos derivados a consultas externas hospitalarias convencionales. Por el contrario, los pacientes con *Dxf definido no significativo* fueron considerados aquellos con un claro diagnóstico final que no requirieron remitirse a AE. En contraste con los pacientes con un *Dxf definido*, aquellos en los que no hubo un diagnóstico final claro se consideraron pertenecientes a la categoría de *Dxf indefinido*. Finalmente, en el epígrafe *Dxf pendiente* se incluyeron aquellos pacientes que al final del período observacional estaban pendientes de completar su valoración, generalmente a la espera de resultados de exploraciones complementarias. La asignación de cada paciente a las distintas categorías fue a criterio de 2 internistas de forma consensuada, y en caso de desacuerdo, la intervención de un tercer internista.

Para el tratamiento estadístico de los datos las variables cuantitativas se describen con la media y desviación típica o su intervalo de confianza al 95%, y las variables sin distribución normal con la mediana más el rango intercuartílico. Las variables cualitativas se presentan como porcentajes. Para comparar medias se ha utilizado el test de la t de Student para 2 grupos, y el análisis de la varianza (ANOVA) cuando eran más. Para comparar variables cualitativas se ha aplicado el test de χ^2 . Se han considerado significativos valores de $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS versión 12.0 para Windows®.

Resultados

Se han valorado 250 pacientes, mayoritariamente mujeres (63,2%) en la sexta década de la vida ($53,9 \pm 1,2$ años), pluripatológicos ($2,1 \pm 0,1$ patologías crónicas/paciente) y polimedicados ($3,0 \pm 3,2$ principios activos al día en $3,8 \pm 4,4$ tomas diarias). La mitad de casos ya era controlada por AE, y el 78% era portador de alguna enfermedad crónica (tabla 1).

Hubo un total de 450 visitas, la mayoría (62,4%) primeras visitas. De las 281 primeras visitas programadas no acudieron 31 pacientes (11,0%), lo que se tradujo en una actividad diaria real de 6,5 (IC 95% 5,7-7,3) primeras visitas y 3,9 (IC 95% 3,1-4,8) sucesivas. Excluyendo el primer mes, donde solo hubo primeras visitas, y el mes de agosto, en que la CCAP estuvo cerrada, hubo una actividad mensual media de 24,0 (IC 95% 16,9-31,1) primeras y 15,4 (IC 95% 11,9-18,9) sucesivas. Destaca la gran variabilidad mensual tanto de primeras visitas (mediana 27, rango 36), como de sucesivas (mediana 15, rango 17). Consecuentemente, el cociente sucesivas/primeras mostró una gran variabilidad intermensual (mediana 0,6, rango 12,1), aunque con valores siempre por debajo de los de la consulta hospitalaria convencional de medicina interna, cuya actividad, por el contrario, se mostró más estable en el tiempo (mediana 3,6, rango 2,5). La comparación de la actividad del primer y cuarto trimestres del año muestra un incremento progresivo y significativo en el número de visitas diarias totales ($7,5 \pm 2,4$ vs. $13,0 \pm 1,7$; $p < 0,0001$) a expensas sobre todo de primeras ($5,4 \pm 1,0$ vs. $9,2 \pm 1,9$; $p < 0,0001$) y en menor proporción de sucesivas ($2,1 \pm 1,6$ vs. $3,8 \pm 1,3$; $p = 0,013$) (figs. 1 y 2).

Tabla 1 Caracterización del total de pacientes y en función de la existencia de un diagnóstico final significativo o no

	Total (n = 231)	Diagnóstico significativo (n = 231)	Diagnóstico no significativo (n = 200)	p ^a
Edad (años)	54,3 ± 19,0	57,9 ± 18,7	53,8 ± 19,0	0,281
Varones (%)	37,2	44,8	37,2	0,240
Enfermedades crónicas (n)	2,1 ± 1,7	1,9 ± 1,8	2,1 ± 1,6	0,631
Fármacos/día (n)	3,0 ± 3,1	2,9 ± 3,7	3,0 ± 3,0	0,799
Tomas/día (n)	3,8 ± 4,3	3,9 ± 5,7	3,8 ± 4,0	0,909
Especialistas previos (n)	0,7 ± 0,8	0,6 ± 0,8	0,7 ± 0,8	0,509
Estudio previo del mismo motivo (%)	35,5	31,0	36,1	0,591
Información HdC (%)				
Nada	54,1	48,3	51,7	0,726
Analítica	39,4	48,3	38,1	0,295
Radiología	8,2	6,9	8,4	0,893
Otros	10,0	10,3	9,9	0,940

HdC: hoja de consulta emitida desde AP.

Valores expresados como media ± desviación típica o porcentaje.

^a Comparativo entre pacientes con Dxf significativo y aquellos con Dxf no significativo.

Hubo más de 50 motivos de consulta distintos, destacando por su número los de naturaleza digestiva (dolor abdominal 19,2%; epigastralgia 14,8%) y las alteraciones analíticas (12,0%). Por orden, la mayoría de consultas estaba

originariamente dirigida a medicina digestiva (38%), medicina interna (35,8%) y neurología (14%). Nota destacada fue la baja tasa de cumplimentación de los documentos de derivación, en los que en un 49,2% de ocasiones, aparte de los datos administrativos, solo constaba su motivo. En el 35,5% de casos ya existían consultas previas por el mismo motivo (tabla 2).

Como muestra la tabla 3, la mayoría de pacientes (86,5%) presentó enfermedad no relevante (Dxf definido no significativo más Dxf indefinido). Un segundo rasgo de los Dxf fue su elevada heterogeneidad. Así, en el grupo de pacientes con Dxf definido hubo 56 diferentes, siendo nuevamente los más frecuentes los de índole digestiva (13,0% enfermedad por reflujo gastroesofágico/hernia del hiato esofágico, 9,4% dispepsia funcional) y las somatizaciones (7,8% ansiedad/depresión). De entre los pacientes con un Dxf significativo (12,4% del total de pacientes con Dxf y 15,9% de aquellos con Dxf definido), la heterogeneidad vuelve a repetirse, aunque ahora predominando la enfermedad oncológica y autoinmunitaria de inicio.

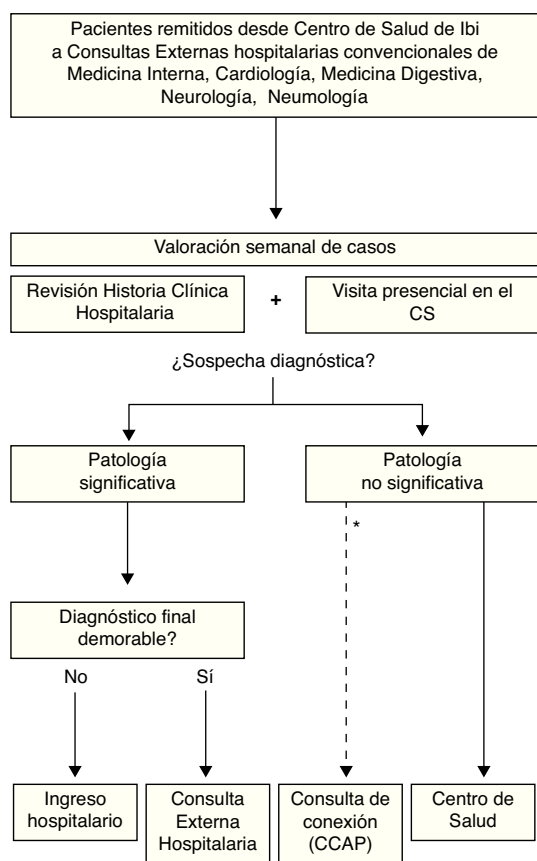


Figura 1 Flujograma de pacientes. (*) Vía alternativa a considerar a petición del médico de atención primaria o el propio paciente.

Tabla 2 Motivos de consulta

Motivo de consulta	Prevalencia (%)
Abdominalgia	19,2
Epigastralgia	14,8
Alteración analítica	12,0
Disnea/tos	7,6
Síndrome constitucional	4,0
Mareo	3,6
Alteración cognitiva	3,6
Sangrado digestivo	3,2
Cefalea	2,4
Alteración ECG	2,4
Toracalgia	2,4
Trámites administrativos	2,0
Otros	22,8

ECG: electrocardiograma.

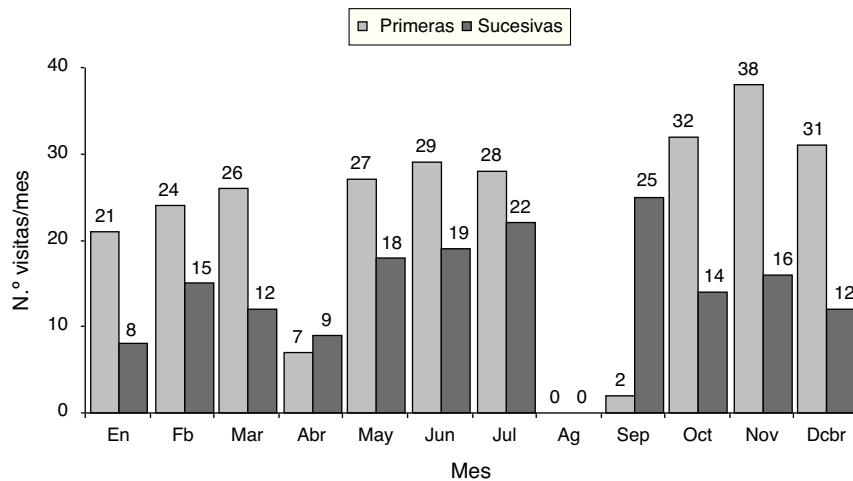


Figura 2 Evolución temporal del número de visitas primeras y sucesivas en el primer año de actividad de la CCAP.

Para llegar al Dxf fue requerida una media de $1,79 \pm 1,0$ visitas, con un 43,0 y 43,9% de casos cerrados con una o 2 visitas, respectivamente, y un 43,3% con la sola revisión de la historia clínica hospitalaria. Fueron solicitadas un total de 217 exploraciones complementarias (tabla 4). Un 38,8% de pacientes no requirió ninguna, mientras un 34,4; 21,6; 4,4; 0,4; y 0,4% requirieron 1, 2, 3, 4 o 5 (porcentaje referido al total de pacientes a los que se les solicitó alguna). De entre las más de 20 técnicas exploratorias diferentes solicitadas (mayoritariamente analíticas y pruebas radiológicas básicas), un 57,9% arrojó resultados que de forma significativa contribuyeron al Dxf. A los pacientes con Dxf no significativo se les practicó exploraciones menos invasivas y complejas. Así, por ejemplo, a los pacientes con Dxf no significativo se les realizaron en mayor proporción enemas opacos al comparar con aquellos con Dxf significativo (3,2 vs. 7,1%; $p=0,418$), mientras que el comportamiento fue inverso al considerar el número de fibrocolonoscopias (6,5 vs. 0,5%; $p=0,007$).

No existe un perfil definitorio de paciente con enfermedad beneficiable de su remisión preferente a AE (tabla 5). Sí se comprueba un manejo diferencial ante la sospecha de este tipo de enfermo, que se diagnosticó con menor demora ($12,4 \pm 19,4$ vs. $45,3 \pm 52,8$ días; $p=0,001$), con un número similar de visitas ($1,8 \pm 1,8$ vs. $1,8 \pm 0,8$; $p=0,887$), y menor de exploraciones complementarias por paciente ($0,5 \pm 0,7$ vs. $0,9 \pm 0,9$; $p=0,032$). A la celeridad diagnóstica contribuyó la mayor proporción de exploraciones complementarias previas con resultado patológico (48,3 vs. 34,2%; $p=0,010$), tal y como refleja el mayor número de pacientes pertenecientes a este grupo donde se obtuvo el diagnóstico con la sola consulta de la historia clínica hospitalaria (58,6 vs. 41,1%; $p=0,075$).

Los pacientes con enfermedad significativa fueron mayoritariamente remitidos a AE (58,6 vs. 18,3%; $p<0,0001$), aunque sin diferencia estadística al considerar los que continuaron los controles en la CCAP (10,3 vs. 5,4%; $p=0,513$). Comparando el número de remisiones desde el CS de Ibi a las consultas hospitalarias convencionales de cardiología, neumología, medicina digestiva, medicina interna y neurología

durante el año precedente y el de funcionamiento de la CCAP, se comprueba una reducción global del 24,0%, con el máximo impacto para medicina digestiva, donde la reducción fue del 42,5%. Hubo un 6,1% de casos en los que se mantuvo el seguimiento en la CCAP más allá de las 2 visitas pactadas.

Discusión

La experiencia de la CCAP de Alcoy confirma las deficiencias que la organización en 2 niveles asistenciales supone a la hora de priorizar el acceso de los pacientes desde AP a los recursos de la medicina especializada. De otro lado, los resultados demuestran la eficacia y eficiencia de la experiencia de la CCAP en facilitar el continuo asistencial. Y ello contemplando en la toma de decisiones no solo la potencial gravedad del proceso sospechado, sino también factores subjetivos como la expectativa del médico de AP o el propio paciente. El bajo consumo de recursos, la importante reducción de derivaciones objetivadas en los campos en los que ha centrado su acción, y el que se haya puesto en marcha aprovechando recursos de personal y materiales preexistentes no hace sino apuntar a la eficiencia del modelo.

De forma análoga a lo ya publicado^{3,4}, son varios los resultados presentes que ilustran la deficiencia comunicativa entre AP y AE en nuestro país. Así, es llamativa la escasa información contenida en los documentos de derivación, invalidándolos como elemento prioritario, con un grado de cumplimentación similar en pacientes con enfermedad relevante o sin ella. Que el 43% de casos se solventara con la mera revisión de la historia clínica hospitalaria, o que en el 36% de ocasiones ya existieran resultados de exploraciones complementarias resolutivas del proceso consultado, demuestran que la ausencia de comunicación es bidireccional. Así, Fustero et al.⁴, y el *Concerted Action Committ*²⁶ estiman en un 50% la cantidad de información que en el sistema sanitario español no fluye de AE a AP. Un porcentaje que no parece haberse modificado a lo largo del tiempo^{4,26}.

La CCAP se ha demostrado eficaz en la detección y manejo diferencial de los pacientes con enfermedad

Tabla 3 Diagnósticos finales

Diagnóstico final definido (n/%)		195/78,0
<i>No significativo (n/%)</i>		164/65,6
ERGE-HH	26/10,4	Hipotensión arterial 2/0,8
Dispepsia funcional	18/7,2	Deterioro cognitivo 2/0,8
Síndrome ansioso-depresivo	15/6,0	Insuficiencia venosa crónica 2/0,8
Anemia inespecífica	13/5,2	Adenoma próstata 2/0,8
Infección respiratoria aguda	8/3,2	Arteriopatía EEII 2/0,8
Colelitiasis crónica	8/3,2	Vasovagal 2/0,8
Neumopatía crónica	8/3,2	Divertículos colon 1/0,4
Úlcus péptico	6/2,4	Elongación aórtica 1/0,4
Artropatía degenerativa	6/2,4	Migraña 1/0,4
HTA crónica esencial	6/2,4	Hígado graso 1/0,4
Secundarismos farmacológicos	6/2,4	Pólipo colon 1/0,4
HDB hemorroidal	6/2,4	Litiasis renal simple 1/0,4
Trámites administrativos	5/2,0	Pie diabético 1/0,4
Colon irritable	5/2,0	Diatesis rectos 1/0,4
Vértigo periférico	3/1,2	Policontusión 1/0,4
Cefalea tensional	3/1,2	Quiste hepático simple 1/0,4
<i>Significativo (n/%)</i>		31/12,4
Disfunción tiroidea	4/1,6	Intolerancia a la lactosa 1/0,4
Celiaquía	2/0,8	Polimialgia reumática 1/0,4
Fibrilación auricular	2/0,8	LES 1/0,4
SAHS	2/0,8	Cirrosis biliar primaria 1/0,4
Mieloma múltiple	2/0,8	Amiloidosis primaria 1/0,4
Adenocarcinoma de colon	1/0,4	Intoxicación por níquel 1/0,4
Carcinoma gástrico	1/0,4	AVC 1/0,4
Carcinoma pulmonar	1/0,4	Debut diabético 1/0,4
TBC ganglionar	1/0,4	Debut ICC 1/0,4
Inicio VIH	1/0,4	Ángor de inicio 1/0,4
Acalasia	1/0,4	Trombosis venosa profunda 1/0,4
Vólvulo gástrico	1/0,4	Espasmo esofágico 1/0,4
Diagnóstico final indefinido (n/%)		36/14,4
<i>Alteración analítica</i>		9/3,6
<i>Dolor abdominal</i>		8/3,2
<i>Toracalgia</i>		5/2,0
<i>Alteración ECG</i>		4/1,6
<i>Prurito</i>		3/1,2
<i>Mareo</i>		3/1,2
<i>Adenopatía</i>		2/0,8
<i>Parestesias</i>		1/0,4
<i>Alopecia</i>		1/0,4
Pendientes (n/%)		19/7,6

AVC: accidente vascular cerebral isquémico; ECG: electrocardiograma; EEII: extremidades inferiores; ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; HDB: hemorragia digestiva baja; HH: hernia del hiato esofágico; ICC: insuficiencia cardíaca crónica; LES: lupus eritematoso sistémico; SAHS: síndrome de apnea-hipopnea del sueño; TBC: tuberculosis; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

significativa, lo que se ha manifestado en una menor demora diagnóstica y estudios requeridos, aunque de mayor capacidad resolutoria, como ilustra el uso diferencial de enemas opacos y fibrocolonoscopias. La mayor ventaja de la CCAP respecto de las UDR^{12-16,24}, que requieren del establecimiento de circuitos preferenciales para la realización de exploraciones complementarias, es que no exige la instauración de tales circuitos ni grandes cambios organizativos. Respecto a experiencias previas de COD¹⁷⁻²³ la CCAP ha ejercido una labor simultánea de UDR. A pesar de esta doble función, muy probablemente la menor complejidad organizativa del

modelo dote de mayor flexibilidad y resolutoria a la CCAP. A favor de esta afirmación tenemos el índice de las visitas sucesivas respecto a las primeras a favor de la CCAP al comparar con el de la consulta externa hospitalaria convencional de medicina interna de nuestro hospital o una UDR como la del Hospital de Granollers, que fue de 1.7¹⁵. De forma indirecta, la CCAP también ha facilitado el acceso de los pacientes a las consultas hospitalarias convencionales al haberse experimentado en el año de actividad analizado respecto del previo una significativa reducción del número de derivaciones. Puesto que no hubo ningún otro cambio

Tabla 4 Exploraciones complementarias evaluadas

Exploración complementaria realizada	Total (n/%)	Dxf significativo (n/%)	Dxf no significativo (n/%)	p ^a
Total	217	20	178	
Analítica	54/21,6	5/16,1	45/22,8	0,401
FGS	32/12,8	3/9,7	18/9,1	0,923
TEGD	27/10,8	2/6,5	22/11,2	0,426
Ecografía abdomen	18/7,2	0/0,0	13/6,6	0,141
Enema opaco	15/6,0	1/3,2	14/7,1	0,418
Radiografía tórax	12/4,8	1/3,2	11/5,6	0,585
Resonancia magnética ^b	8/3,2	0/0,0	8/4,1	0,253
ECG	8/3,2	2/6,5	6/3,0	0,338
Ecocardiograma	8/3,2	0/0,0	8/4,1	0,253
FCS	6/2,4	2/6,5	1/0,5	0,007
Prueba de esfuerzo	4/1,6	1/3,2	3/1,5	0,502
Rectosigmoidoscopia	4/1,6	0/0,0	1/0,5	0,489
MAPA	4/1,6	0/0,0	4/2,0	0,423
Cultivos microbiología	3/1,2	0/0,0	3/1,5	0,489
Tránsito intestinal	3/1,2	0/0,0	2/1,0	0,573
Espirometría	3/1,2	0/0,0	3/1,5	0,489
Seriada ósea	2/0,8	0/0,0	2/1,0	0,573
TC ^b	1/0,4	1/3,2	11/5,6	0,489
EMG	1/0,4	0/0,0	1/0,5	0,691
Gasometría arterial	1/0,4	0/0,0	1/0,5	0,691
Test de tolerancia a la lactosa	1/0,4	1/3,2	0/0,0	0,691
Test de alergias alimentarias	1/0,4	1/3,2	0/0,0	0,012
Holter de FC	1/0,4	0/0,0	1/0,5	0,691

Dxf: diagnóstico final; ECG: electrocardiograma; EMG: electromiograma; FC: frecuencia cardíaca; FCS: fibrocolonoscopia; FGS: fibrogastroscopia; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; TEGD: tránsito esofagogastro-duodenal.

^a Comparativo entre pacientes con Dxf significativo y no significativo.

^b Incluye distintos tipos de TC y RM.

Tabla 5 Caracterización de pacientes con diagnóstico final significativo respecto a aquellos con diagnóstico final no significativo

	Total (n 231)	Dx significativo (n 31)	Dx no significativo (n 200)	p ^a
Demora diagnóstica (días)	41,0 ± 50,9	12,4 ± 19,4	45,3 ± 52,8	0,001
Visitas/paciente (n)	1,8 ± 1,0	1,8 ± 1,8	1,8 ± 0,8	0,887
EC evaluadas (n)	0,9 ± 0,9	0,5 ± 0,7	0,9 ± 0,9	0,032
Sin EC (%)	42,0	58,6	39,6	0,052
EC resolutivas (%)	52,2	16,7	55,7	0,033
EC previas patológicas (%)	35,9	48,3	34,2	0,010
Diagnóstico sin ver al paciente (%)	43,3	58,6	41,1	0,075
Destino (%)				0,0001
Alta a AP	69,7	31,0	75,2	0,0001
CEHc	18,2	37,9	15,3	0,0001
CCAP	6,1	10,3	5,4	0,513
Ingreso hospital	5,2	20,7	3,0	0,0001

AP: atención primaria; CCAP: consulta de conexión con atención primaria; CEHc: consulta externa hospitalaria convencional; EC: exploración complementaria; HdC: hoja de consulta emitida desde AP.

Valores expresados como media ± desviación típica o porcentaje.

^a Comparativo entre pacientes con Dxf significativo y aquellos con Dxf no significativo.

organizativo significativo en el departamento de salud, es lógico atribuir a la CCAP la reducción detectada, sobre todo ante el claro paralelismo entre la actividad incremental de esta y la reducción de pacientes derivados, y sin olvidar

que la máxima reducción (42%) se registró para la consulta externa hospitalaria de medicina digestiva, aquella a la que se dirigió especialmente la acción de la CCAP al tratarse de una consulta especialmente saturada.

El análisis evolutivo de la actividad muestra un incremento progresivo en el tiempo, fundamentalmente de primeras visitas. Pero la misma observación temporal pone de manifiesto la dificultad para mantener la actividad en períodos vacacionales, fenómeno ya referido por otros autores²⁰. La ampliación del personal facultativo supondría una inversión difícilmente asumible en los tiempos actuales²⁵. Teniendo en cuenta el elevado porcentaje (43%) de casos solventados con la sola consulta de la historia clínica hospitalaria, de forma análoga a lo reportado por el Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC)¹⁹, la estrategia más eficiente y realista pasaría por implementar la tarea de tutoría no presencial telefónica o electrónica por el personal actualmente disponible.

El perfil de paciente que se ha beneficiado de la CCAP coincide con el de experiencias previas¹⁹⁻²¹: pluripatológico, plurimedcado, con gran diversidad y heterogeneidad de motivos de consulta, exploraciones complementarias a evaluar y diagnóstico. No hay que olvidar además que a menudo los motivos de remisión no presentan manifestaciones claramente atribuibles a una categoría nosológica o especialidad concreta, o que el proceso diagnóstico obedece a diversas causas. Añadamos a ello que solo la mitad de los síntomas evaluados en AP tiene una base orgánica, y al menos la tercera parte carece de explicación médica²⁷. Razones estas que (de forma nunca exclusivista) apuntan al internista como el especialista más adecuado para la conexión entre niveles asistenciales. Hemos de recordar además que del 7 al 45% de pacientes derivados por el médico de AP a AE lo es por presión del paciente²⁸, aspecto que se ha considerado en la CCAP y explicaría un porcentaje no desdeñable de EC realizadas o el seguimiento más allá de las 2 visitas inicialmente estipuladas por complacencia para con el paciente y/o refuerzo de su cabecera.

Probablemente la CCAP sea un modelo especialmente aplicable en hospitales de tamaño mediano. A favor de esta afirmación está la publicación de la experiencia positiva de un Hospital de perfil semejante al de Alcoy como el de Gandía (Valencia) y su Consulta de Orientación de Pacientes (COP)²¹, que contrasta con la negativa de la Consulta de Atención Inmediata de Medicina Interna (CAIMI) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid²⁴, de mayor tamaño.

A falta de contar con datos multicéntricos y a largo plazo, esperamos que la experiencia comunicada de la CCAP de Alcoy contribuya a concretar un modelo realista de integración no solo entre AP y AE, sino también entre ciudadano y sistema sanitario, y es que, tal y como afirma el Informe de la SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria): «[...] para que la integración asistencial se pueda llevar a cabo, hace falta un cambio en la cultura de la organización, teniendo al ciudadano o paciente como eje de la organización sanitaria, trabajando en equipo sin secuestro de pacientes, cooperando para dar la mejor calidad de atención, en el lugar más idóneo y al menor coste posible»²⁹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Carmina Ferrando Soler (administrativa de la Sección de Medicina Interna), Mari Ángeles Román Francés (Enfermera de la Consulta Externa convencional de Medicina Interna), y todo el equipo de Enfermería de Medicina Interna del Hospital Verge dels Liris de Alcoy, sin cuya colaboración cotidiana la actividad de este proyecto sería imposible.

Apéndice.

Médicos de la Sección de Medicina Interna del Hospital Verge dels Liris de Alcoy (Alicante): Sofía Ezsol, M. Carmen Nicolau Laparra, Tomás Francisco Marco Domingo, Silvia Martínez Tudela, José Antonio Morant Ciscar, Antonio Pastor Jordá.

Médicos del Centro de Salud de Ibi (Alicante): Francisco Caturla Cardona, Ariadna Cucó Alberola, Aquiles Dionisio Cairó, Manuel Farizo Peralta, José María González Vaquero, Rafael Matoses Marco, Manuel García Sala, Belén Paniagua Carbonell, MA Picó Casanova, Juan Puerto Marsé.

Bibliografía

1. Pujol R, Corbella X. El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:60-1.
2. Zambrana JL, Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:257-9.
3. Reig B, Bisbal E, Sanfélix J, Pereiró I, Esparza MJ, Martín M. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Aten Primaria*. 2004;34:300-5.
4. Fustero MV, García-Mata JR, Junod B, Bárcena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un área de salud. *Rev Calid Asist*. 2001;16:247-52.
5. Martí-Valls J, Carbonell JM, Méndez L. Conocimiento y satisfacción de los médicos de atención primaria sobre su hospital de referencia. *Aten Primaria*. 2007;39:273.
6. Letelier MJ, Aller MB, Henao D, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch J, et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac Sanit*. 2010;24:339-46.

7. 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.
8. Plaza V. Médico de familia y neumólogo: ¿coordinación o confrontación? Propuesta de un esquema de relación entre atención primaria y neumología. *Arch Bronconeumol.* 2004;40 Supl 3:15-7.
9. Joyanes A, Trujillo E, Fuentes MI. 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;30:49-56.
10. 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;35:283-7.
11. Montijano A, Caballero J. La consulta de acto único en cardiología. *Rev Esp Cardiol.* 2007;7:30-6.
12. Hernández C, Jansa M, Vidal M, Núñez M, Bertrán MJ, García-Aymerich J, et al. The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: a cross-sectional analysis in a tertiary hospital. *QJM.* 2009;102:193-202.
13. San José A, Jiménez X, Liguere I, Vélez MC, Vilardell M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. Consulta de atención inmediata. *Rev Clin Esp.* 2008;208:182-5.
14. de Santos PA, Jimeno A, García MC, Elices MI, Almaraz A, Muñoz MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en medicina interna. *Rev Clin Esp.* 2006;206:84-9.
15. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc).* 2004;123:247-50.
16. Zambrana JL. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a la consulta ambulatoria tradicional. *Med Clin (Barc).* 2002;118:302-5.
17. Gómez-Soto FM, Puerto JL, Andrey JL, Fernández FJ, Escobar MA, García-Egido AA, et al. Grupo para la Atención Médica Integral y Continua of Cádiz. Consultation between specialists in Internal Medicine and Family Medicine improves management and prognosis of heart failure. *Eur J Intern Med.* 2008;19:548-54.
18. Grupo para la Asistencia Médica Integrada Continua de Cádiz (GAMIC). Evaluación de la eficacia diagnóstica de la consultoría entre internistas y médicos de familia para los pacientes con dispepsia. *Med Clin (Barc).* 2004;123:374-80.
19. Grupo para la asistencia médica integrada continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc).* 2004;122:46-52.
20. García-Alegria J, Jiménez-Puente A, Ruiz F. Otro modelo de consultoría de medicina interna en atención primaria. *Med Clin (Barc).* 2004;125:198.
21. Sanchis-Bayarri V, Rull S, Moral L, García E, Aparisi J, Escandón J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp.* 2003;203:133-5.
22. Criado J, Ibáñez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 1996;106:463-8.
23. Gato A, de Tomás E, López A, Cebrián D, Puras A. Medicina interna en un centro de atención primaria. Evaluación de nuestra experiencia. *An Med Interna.* 1996;13:64-7.
24. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol R, Mast R. Unidad de diagnóstico rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. *Rev Clin Esp.* 2008;208:561-3.
25. Ferrán M. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. *Aten Primaria.* 2011;43:627-8.
26. Concerted Action Committee of Health Services Research for the European Community. The european study of referrals from primary to secondary care. *Br J Gen Pract.* 1992;56:1-75.
27. Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med.* 2001;134:803-8.
28. De Prado L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;35:146-51.
29. Un nuevo hospital para una nueva realidad. Informe SEDAP (Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria) 2011. 144 pp. Ed. Grupo Saned. ISBN: 978-84-96835-55-9. Disponible en: <http://www.sedap.es/> [consultado Sep 2012].