



# medicina general y de familia

edición digital

[www.elsevier.es/mgyf](http://www.elsevier.es/mgyf)



## Original

# Consultas compartidas entre Gastroenterología y atención primaria: influencia en las derivaciones a las consultas externas del hospital

Agustín Caro-Patón Gómez<sup>a,\*</sup>, Laura Mata Román<sup>b</sup>, Manuel Jiménez Rodríguez-Vila<sup>c</sup>, Agustina García Pascual<sup>c</sup>, Juan Pradera Leonardo<sup>d</sup>, Lourdes del Olmo Martínez<sup>e</sup>, Antonio Otero Rodríguez<sup>c</sup>, Fernando Villuela González<sup>d</sup>, Lucinio Laso Santos<sup>c</sup>, José Ignacio Pinilla Gimeno<sup>d</sup>, Juan del Río Horteiga<sup>c</sup>, Manuela Catón Valdés<sup>d</sup>, Rosario Vallelado Cuéllar<sup>c</sup>, María José Castellanos Alonso<sup>d</sup>, Pilar Gómez Gómez<sup>d</sup>, Raquel Briso Montiano<sup>d</sup>, Elisa Ibañes Jalón<sup>f</sup>, Agustín Mayo Íscar<sup>g</sup>, Soledad Sañudo García<sup>h</sup> y Ana Almaraz Gómez<sup>i</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Horteiga; Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología, Facultad de Medicina, Valladolid, España

<sup>b</sup> Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España

<sup>c</sup> Centro de Salud Gamazo, Valladolid, España

<sup>d</sup> Centro de Salud de Tordesillas, Tordesillas, Valladolid, España

<sup>e</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

<sup>f</sup> Centro de Salud Casa del Barco, Valladolid, España

<sup>g</sup> Unidad de Estadística e Investigación Cooperativa, Facultad de Medicina, Valladolid, España

<sup>h</sup> Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Universitario Río Horteiga, Valladolid, España

<sup>i</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Valladolid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de julio de 2014

Aceptado el 13 de noviembre de 2014

On-line el 8 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Gastroenterología

Atención primaria

Servicios urbanos de salud

Servicios rurales de salud

Derivación

## R E S U M E N

**Objetivo:** Evaluar la influencia de una intervención formativa en las derivaciones a consultas hospitalarias, su adecuación y motivos de derivación, y analizar diferencias entre medio urbano y rural.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de una intervención fundamentalmente de tipo formativo (consultas compartidas y sesiones clínicas) entre Gastroenterología y atención primaria, realizada mensualmente en un centro de salud urbano y otro rural, comparándolos con 2 correspondientes centros control. El periodo de estudio fue de noviembre de 2004 a junio de 2008, con un periodo de referencia de 12 meses y uno de intervención de 30 meses, dividido en 2 subperiodos (1 y 2). Los parámetros (cambios en las derivaciones, y sus motivos y pertinencia) se evaluaron en 1.449 derivaciones realizadas desde atención primaria a las consultas externas de aparato digestivo.

**Resultados:** En relación con el periodo de referencia, descendió significativamente el porcentaje de derivaciones en los centros de intervención: 51 y 57% en los subperiodos 1 y 2,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [acar@med.uva.es](mailto:acar@med.uva.es) (A. Caro-Patón Gómez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.010>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

respectivamente. Analizando las diferencias entre los centros de intervención y los centros control, el descenso en la proporción de derivaciones fue de aproximadamente un 30% en ambos periodos, que fue solo significativo en el medio rural. No se encontraron cambios significativos en la pertinencia ni en los motivos de las derivaciones.

**Conclusiones:** La intervención resultó en conjunto eficaz en disminuir derivaciones a las consultas hospitalarias de gastroenterología, aunque sugerimos medidas que mejoren su pertinencia.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Shared consultations between Gastroenterology and Primary Care: Impact on referrals to hospital outpatient consultations

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Gastroenterology  
Primary care  
Urban health services  
Rural health services  
Referral

**Motivation:** To assess the influence of a training intervention concerning hospital referrals, their adequacy and reasons for referral, and to analyse differences between urban and rural areas.

**Material and methods:** Prospective study of a fundamentally formative intervention (shared consultations and clinical sessions) between Gastroenterology and Primary Care, conducted monthly in an urban and a rural primary care centre, comparing them with their corresponding control centres. The research period was November 2004 to June 2008, with a reference period of 12 months and an intervention period of 30 months, divided into two subperiods (1 and 2). Parameters (changes in referrals, their motivation and relevance) were assessed in 1449 referrals carried out from Primary Care to the outpatient consultations of Digestive System.

**Results:** Compared to the reference period, the referral percentage was significantly lower in the centres with and intervention, 51 and 57% for subperiods 1 and 2 respectively. Analysing differences between the intervention and control centres the decrease in referral proportion was of approximately 30% during both periods; it was only significant in rural areas. There were no significant changes in the relevance or the reasons of the referrals.

**Conclusions:** The intervention overall proved to be effective in terms of reducing hospital referrals to Gastroenterology, though actions to improve their relevance are suggested.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

Las derivaciones desde atención primaria, con frecuencia excesivas, pueden ocasionar importantes sobrecargas al sistema sanitario<sup>1,2</sup>. En este sentido, existen notables variaciones entre diferentes centros y facultativos<sup>3</sup>. Varios son los factores implicados, como la presión ejercida por los pacientes, el grado de tolerancia a la incertidumbre del médico y ciertos factores organizativos<sup>3,4</sup>, que condicionan su pertinencia, calidad o adecuación, aunque no ha podido establecerse la frecuencia ideal de derivación para conseguir una atención lo mejor posible<sup>5</sup>.

Se han desarrollado intervenciones educacionales, organizativas y financieras, analizadas en varios estudios<sup>6,7</sup>. Se concluye que las más eficaces para una atención integral son las guías y documentos de derivación estructurados y las consultas compartidas<sup>7</sup>.

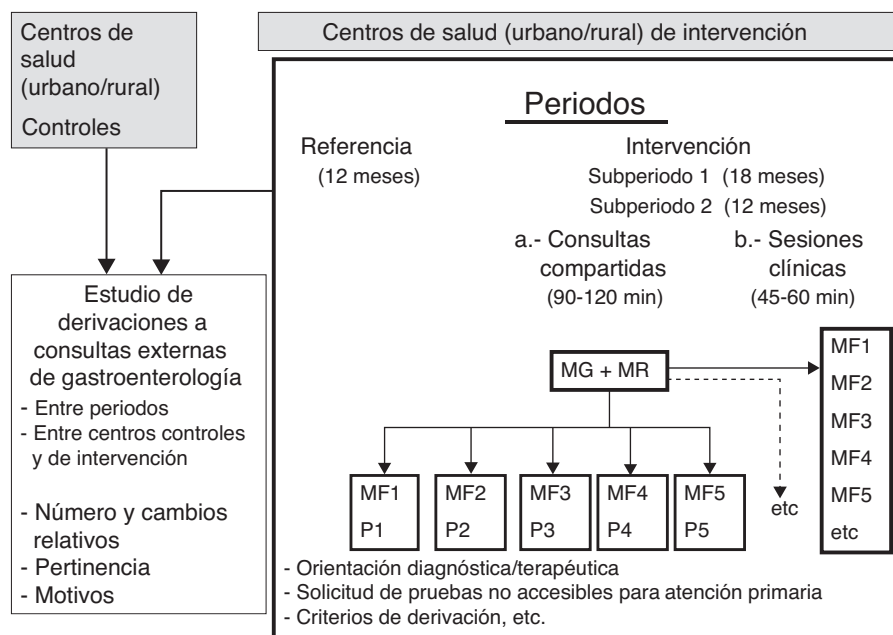
Aunque se han evaluado distintas intervenciones de Gastroenterología y Hepatología en atención primaria<sup>8-13</sup>,

prácticamente no existen publicaciones referentes a consultas compartidas. Recientemente se ha publicado una encuesta realizada a gastroenterólogos y a médicos de familia en la que destaca la desfavorable opinión de ambos acerca de la comunicación, y que la percepción de calidad de la asistencia mejora a medida que aumenta el conocimiento y el trato personal, lo que contribuye a acelerar la difusión de la experiencia científica en atención primaria y, por tanto, a una mayor calidad asistencial<sup>14</sup>.

Nuestro objetivo fundamental ha sido valorar si la presencia física de un consultor en centros de salud, para desarrollar consultas compartidas y sesiones clínicas, influye en el número y pertinencia de las derivaciones a primeras consultas externas de gastroenterología.

## Material y métodos

La población analizada de forma prospectiva consistió en 1.449 pacientes con edad superior a 14 años derivados a



**Figura 1 – Esquema de la intervención realizada en los correspondientes centros de salud. MG: médico gastroenterólogo; MR: médico residente de Gastroenterología; MF: médico de familia; P: paciente.**

primeras consultas externas de Gastroenterología del Hospital desde 4 centros de salud: 2 urbanos y 2 rurales (2 de intervención y otros 2 de control). Como fecha de derivación se consideró la de citación en la consulta externa.

El periodo global del estudio fue desde noviembre de 2004 a junio de 2008, dividido en:

- Periodo de referencia (noviembre de 2004 a octubre de 2005).
- Periodo de intervención (enero de 2006 a junio de 2008), que se subdividió en:
  - Subperiodo 1: enero de 2006 a junio de 2007.
  - Subperiodo 2: julio de 2007 a junio de 2008.

Se excluyeron 2 meses del inicio de la intervención, para lograr una progresiva adaptación de los facultativos de atención primaria a la misma. Además, teniendo en cuenta la demora de consultas de 1 o 2 meses, aproximadamente, los citados primeros 2 meses de intervención incluyeron en su mayoría pacientes derivados durante el periodo de referencia, y habrían sido erróneamente evaluados.

La intervención fue fundamentalmente de tipo formativo, consistente en reuniones periódicas (frecuencia aproximadamente mensual) en un centro de salud urbano y otro rural, para realizar consultas compartidas y sesiones clínicas en relación con pacientes y temas de Gastroenterología y Hepatología. La llevó a cabo un gastroenterólogo acompañado de un residente avanzado. Los médicos de familia del centro citaban a 5-10 pacientes, sin criterios preestablecidos, que fueron atendidos de forma conjunta con su correspondiente médico, con una duración total aproximada de 90-120 min, sin interferir en la actividad del centro. El gastroenterólogo esperaba en un despacho a ser requerido por los médicos y acudía a la consulta de estos para atender conjuntamente a los pacientes. Durante otros 45-60 min se comentaban en sesión clínica

otros casos, así como cuestiones relacionadas con protocolos de derivación y otros temas de interés (fig. 1). Se realizaron 27 intervenciones en el centro urbano y 28 en el rural.

Los datos se obtuvieron del Sistema de Información Clínica del Hospital registrado en la Agencia Estatal de Protección de Datos.

A partir de las derivaciones, los parámetros valorados fueron los siguientes:

- Media de derivaciones por facultativo y mes, y porcentaje de pacientes derivados por centro y periodo de estudio.
- Motivo de las derivaciones: tracto digestivo superior, tracto digestivo inferior, hígado, páncreas y vías biliares, y otros. Se consideró el tiempo total del estudio (periodos de referencia e intervención).
- Pertinencia o adecuación de las derivaciones, comparando por centros el periodo de intervención global con el de referencia. Se siguieron los siguientes criterios: derivación de patologías propias de la especialidad; realización previa de exploraciones diagnósticas accesibles a atención primaria; tratamientos previos realizados por el mismo. Se consideró pertinente cuando cumplía al menos 2 de los criterios, incluyendo siempre el primero. Dichos criterios fueron planteados desde la especialidad de Gastroenterología y valorados en los volantes de derivación por un gastroenterólogo (LMR) y un médico de familia (EIJ); en caso de discordancia, por otro gastroenterólogo (LOM), sin conocimiento del centro ni del facultativo de origen. Los médicos de familia no habían recibido ningún tipo de recomendación relacionada con el estudio para cumplimentar dichos volantes.

En el análisis de los datos se tuvo en cuenta que el diseño muestral empleado puede ser encuadrado dentro del muestreo por conglomerados<sup>15</sup>. Para estudiar cambios en las

**Tabla 1 – Características de los centros de salud (intervención y controles). Se expresan las derivaciones medias mensuales por facultativo durante el periodo de referencia y los subperiodos de intervención 1 y 2 (que se corresponden aproximadamente con los años señalados). Figuran también las tasas de derivación mensuales por 10.000 habitantes asignados a cada centro de salud, y por 10.000 pacientes atendidos (actividad asistencial)**

Centro Salud	Año	N.º MF	Población asignada	Actividad asistencial	Periodo	Der./mes/fac.	Tasa der/10.000/mes habit./pac.	
Urbano Intervención	2005	15	19.152	61.977	Referencia	21,1	11,0	3,5
	2006	15	19.002	68.737	Interv. 1	10,2	5,4	1,4
	2007	14	18.798	72.010				
	2008	15	18.406	73.185	Interv. 2	7,3	4,0	1,0
Urbano Control	2005	13	15.238	72.173	Referencia	10,0	6,6	1,4
	2006	13	15.182	71.032	Interv. 1	6,5	4,3	1,0
	2007	13	15.152	71.014				
	2008	13	14.987	69.500	Interv. 2	6,9	2,3	0,5
Rural Intervención	2005	13	10.515	67.002	Referencia	10,5	10,6	1,6
	2006	13	10.614	74.050	Interv. 1	5,2	7,2	0,7
	2007	13	10.685	79.697				
	2008	13	10.728	79.975	Interv. 2	6,2	6,3	0,8
Rural Control	2005	11	6.610	67.718	Referencia	8,4	12,7	1,2
	2006	11	6.593	60.367	Interv. 1	7,9	12,0	1,3
	2007	11	6.588	61.798				
	2008	11	6.532	61.524	Interv. 2	6,3	9,6	1,0

Der./mes/fac.: media de derivaciones al mes por facultativo; N.º MF: número de médicos de familia en cada centro de salud en los años correspondientes; Tasa der/10.000/mes habit.: tasa de derivación mensual por 10.000 habitantes o población adscrita al correspondiente centro de salud; Tasa der/10.000/mes/pac.: tasa de derivación mensual por 10.000 pacientes atendidos en el correspondiente centro de salud (actividad asistencial).

derivaciones, se calculó la media mensual por facultativo. Los facultativos con menos de 10 derivaciones durante el periodo de referencia fueron agrupados en un solo «facultativo ficticio» buscando una mayor homogeneidad.

Como variable de interés se ha considerado el cambio relativo o porcentual en el número de derivaciones de cada uno de los 2 subperiodos de la intervención en relación con el periodo de referencia. Además, se ha calculado su diferencia entre los centros de salud de intervención y los controles, así como entre centros rurales y urbanos. Para dichas variables y para las diferencias entre centros de intervención/control y urbano/rural, se han estimado los intervalos de confianza al 95 %.

Otros procedimientos estadísticos utilizados han sido: distribución de frecuencias para las categóricas y test de  $\chi^2$ ; comparación de medias (t de Student o ANOVA; en este último caso, los contrastes a posteriori se han realizado mediante el test de Duncan). Se utilizaron los programas MS Excel 2007 y Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0.

El estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación del Hospital.

## Resultados

Las poblaciones asignadas a los 4 centros experimentaron mínimas variaciones durante los años del estudio. El de intervención rural presentaba una población superior a la de su correspondiente control, y el total de pacientes atendidos (actividad asistencial) fue similar durante dichos años, aunque inferior durante los años de la intervención en el centro rural control (tabla 1).

Las edades oscilaron entre 14 y 94 años, sin diferencias significativas, así como en el sexo, con ligero predominio de mujeres (media 53,3%) en todos los centros.

Se observó una discreta tendencia al descenso en el número de derivaciones durante los subperiodos de la intervención, considerando globalmente los centros de intervención y control al separarlos en urbanos y rurales (tabla 1), tanto en términos absolutos como en tasa por 10.000 personas de población asignada y por población asistida (actividad asistencial) por mes.

Los cambios relativos en el primer subperiodo demostraron disminución de derivaciones respecto al periodo de referencia (51,45 % en los centros de intervención y 21,41 % en los controles), estadísticamente significativa para ambos.

En el segundo subperiodo, en los de intervención las derivaciones disminuyeron un 57,15 % y en los controles un 27,96 %. Solo el cambio producido en los primeros resultó estadísticamente significativo.

Las diferencias en cuanto a descensos en el porcentaje de derivaciones son del 30 % en el primer subperiodo y del 29,19 % para el segundo, siempre a favor de los de intervención. Dichas diferencias solo son estadísticamente significativas para el primero (tabla 2).

Separando los centros rurales de los urbanos (tabla 3), en estos las diferencias entre intervención y control son del 17,21 % para el primer subperiodo y del 34,88 % para el segundo, sin significación estadística. En el medio rural, las diferencias entre intervención y control son del 45,24 % para el subperiodo 1 y del 16,19 % para el 2, estadísticamente significativas solo en el primer caso.

La distribución de los motivos de derivación fue similar en los 4 centros (tabla 4). Predominó la patología del tracto

**Tabla 2 – Se expresan los cambios en los porcentajes de derivaciones (cambios porcentuales o relativos) entre el periodo de referencia y cada uno de los subperiodos (1 y 2), así como entre los centros de intervención y control, considerando el total, es decir conjuntamente centro urbano y rural**

Centro	Periodo						
	Referencia	Intervención 1			Intervención 2		
		Der./mes/fac.	Der./mes/fac.	Dif.	% (IC) p	Der./mes/fac.	Dif.
Urbano Intervención	21,1	10,2	10,9	51,7	7,3	13,8	65,4
Rural Intervención	10,5	5,2	5,3	50,9	6,2	4,3	40,9
Total Intervención	15,8	7,7	8,1	51,5 (41,4 a 61,5); p < 0,05	6,8	9,0	57,2 (39,0 a 73,5); p < 0,05
Urbano Control	10,0	6,5	3,5	34,5	6,9	3,0	30,5
Rural Control	8,4	7,9	0,5	5,7	6,3	2,1	24,8
Total Control	9,2	7,2	2,0	21,4 (4,3 a 38,6); p < 0,05	6,6	2,6	28,0 (-3,2 a 59,1); n.s.
Diferencias relativas o porcentuales total intervención/total control (total = urbano + rural)	30,0 (10,5 a 49,7); p < 0,05						29,2 (-6,1 a 64,5); n.s.

Der./mes/fac.: media de derivaciones por mes y facultativo; Dif.: diferencia en términos absolutos entre las medias de derivaciones por mes y facultativo con el periodo de referencia; IC.: intervalo de confianza; n.s.: no significativo; %: cambio relativo o porcentual entre las medias de derivaciones por mes y facultativo con el periodo de referencia.

**Tabla 3 – Se expresan los cambios en los porcentajes (cambios relativos) de derivaciones entre los centros de intervención y control, comparando por separado los urbanos y los rurales**

Centro	Periodo						
	Referencia	Intervención 1			Intervención 2		
		Der./mes/fac.	Der./mes/fac.	Dif.	% (IC) p	Der./mes/fac.	Dif.
Urbano Intervención	21,1	10,2	10,9	51,7	7,3	13,8	65,4
Urbano Control	10,0	6,5	3,5	34,5	6,9	3,0	30,5
Cambio relativo o porcentual intervención/control				17,2 (-22,5 a 56,9); n.s.			34,9 (-37,2 a 107,0); n.s.
Rural Intervención	10,5	5,2	5,3	50,9	6,2	4,3	40,9
Rural Control	8,4	7,9	0,5	5,7	6,3	2,1	24,8
Cambio relativo o porcentual intervención/control				45,2 (5,5 a 85,0); p < 0,05			16,2 (-55,9 a 88,3); n.s.

Der./mes/fac.: media de derivaciones por mes y facultativo; Dif.: diferencia en términos absolutos entre las medias de derivaciones por mes y facultativo con el periodo de referencia; IC: intervalo de confianza; n.s.: no significativo; %: cambio porcentual o relativo entre las medias de derivaciones por mes y facultativo con el periodo de referencia.

**Tabla 4 – Motivos de derivación (%) por grupos de diagnóstico y por centro durante todo el periodo de estudio (referencia e intervención) (n.s.)**

Motivos de derivación	Centros de Salud, n (%)			
	Urbano Intervención	Urbano Control	Rural Intervención	Rural Control
Tracto digestivo superior	186 (39,9)	123 (39,7)	127 (45,4)	119 (40,3)
Tracto digestivo inferior	144 (30,9)	98 (31,6)	89 (31,8)	78 (26,4)
Enfermedades hepáticas	74 (15,9)	46 (14,8)	30 (10,7)	63 (21,4)
Vías biliares y páncreas	16 (3,4)	11 (3,5)	12 (4,3)	7 (2,4)
Otros <sup>a</sup>	46 (9,9)	32 (10,3)	22 (7,9)	28 (9,5)
Total	466 (100)	310 (100)	280 (100)	295 (100)

n.s.: no significativo.

<sup>a</sup> Anemia, ferropenia, déficit de vitamina B<sub>12</sub> y pérdida ponderal, fundamentalmente.

**Tabla 5 – Derivaciones pertinentes o adecuadas expresadas en número (n) y porcentaje (%) del total de derivaciones a primeras consultas durante los periodos de referencia e intervención (considerando conjuntamente subperiodos 1 y 2) (n.s.)**

Centro de Salud		Urbano Intervención	Urbano Control	Rural Intervención	Rural Control
Periodo de referencia	n (%)	119 (47,0)	64 (53,3)	62 (49,2)	46 (45,5)
Periodo de intervención	n (%)	123 (46,8)	120 (59,4)	92 (54,1)	110 (51,4)

n.s.: no significativo.

digestivo superior, principalmente dispepsia y episodios relacionados con *Helicobacter pylori* (en general, 22-28% del total).

En ningún centro detectamos diferencias significativas en los porcentajes de derivaciones adecuadas entre el periodo de referencia y de intervención (tabla 5).

## Comentario

Hemos realizado un análisis prospectivo de los efectos de una intervención fundamentalmente de tipo formativo, consistente en consultas compartidas con atención primaria de pacientes con problemas digestivos, con presencia física del médico general y del consultor gastroenterólogo, complementadas con sesiones clínicas también compartidas. Los procesos digestivos tratados en consultas y en sesión eran variados y se describen con detalle en otra publicación<sup>16</sup>.

La población valorada por nosotros (urbana y rural) es con toda probabilidad extrapolable a la de otros centros de salud, al menos de nuestra zona.

El periodo de intervención fue de 30 meses, superior a los publicados sobre diversas intervenciones<sup>10</sup>, que no siempre comparan periodo de intervención con uno de referencia previo, que en nuestro caso fue de 12 meses.

La influencia sobre las derivaciones a Gastroenterología se refleja parcialmente en nuestro estudio previo<sup>16</sup>, con tendencia significativa a su disminución porcentual en relación con el periodo de referencia. En los controles también hubo un descenso significativo, atribuible a que durante el estudio hubo circunstancialmente menos oferta de consultas externas en nuestro hospital, que afectó a todos los centros del Área de Salud. Ello coincide con un aumento general de las demoras, sin diferencias entre centros<sup>17</sup>, ya que estas se «diluyen» entre las de todos los demás centros del Área de Salud.

Ahora bien, comparando centros de intervención con controles, la diferencia entre los porcentajes de descenso fue muy marcada (30 y 29,19% en los subperiodos 1 y 2, respectivamente) a favor de los de intervención, aunque solo estadísticamente significativa en el primer caso. Aunque la diferencia en los porcentajes de descenso fue importante, la ausencia de significación estadística en el subperiodo 2 puede ser atribuida al pequeño tamaño muestral. No parece probable que hayan disminuido la sensibilización y la implicación por parte de los médicos de familia, pues su interés se mantuvo claramente durante todo el estudio, y posteriormente a su finalización en junio de 2008. De hecho, prosiguió nuestra intervención a requerimiento de los facultativos de atención primaria hasta la actualidad, aunque no pudimos analizar los datos de forma fiable, por cambios en la plantilla en este centro al finalizar el estudio. Ello ha impedido evaluar

si el efecto de la intervención fue persistente, aunque los niveles de adhesión y satisfacción (no objetivada por encuestas) son altos.

Separando por centros urbanos y rurales, el descenso solo fue estadísticamente significativo entre los centros rurales en el subperiodo 1. Si consideramos las derivaciones por mes, existe mayor tendencia al descenso en centros de intervención, tanto en la zona rural como en la urbana. La ausencia de significación estadística en el medio urbano puede explicarse por la dispersión del número de derivaciones/facultativo/mes en este centro (entre 0 y 27).

El mayor descenso de derivaciones en el centro rural de intervención puede explicarse por la distancia, que induce mayor implicación de los médicos generales en su control<sup>3</sup>. En esta misma población de pacientes<sup>17</sup>, nosotros también lo observamos de forma significativa en otras especialidades.

Los motivos de derivación más frecuentes, similares en los 4 centros, fueron superponibles a los de otros estudios españoles<sup>18,19</sup>.

Nuestra intervención es similar a otra realizada en Holanda<sup>20</sup>, en relación con la especialidad de Traumatología. En España existen intervenciones parecidas en otras especialidades<sup>21,22</sup>. En Medicina Interna se ha publicado la organización de sesiones compartidas, más frecuentes que las nuestras (semanales o quincenales), aunque sin consultas compartidas presenciales<sup>23</sup>.

La contribución de este estudio prospectivo es el planteamiento de una intervención escasamente empleada, sobre todo en Gastroenterología, que tiende a favorecer al máximo la comunicación y el conocimiento personal entre niveles, dada la presencia física de ambos facultativos en el centro de salud. El paciente percibe así una actitud consensuada entre ellos hacia su proceso, lo que repercute favorablemente en la atención continuada<sup>14</sup>. Según nuestra experiencia, esta intervención no es difícil de organizar, y puede ser óptima para la formación clínica continuada, sin menospreciar otras vías complementarias (correo electrónico, teléfono, cursos de formación...). En un estudio español reciente, el empleo de otras herramientas informáticas, como redes sociales, permite mejorar la coordinación, sobre todo en pacientes con pluripatología<sup>24</sup>; en otra publicación americana<sup>25</sup> se detectan ventajas en cuanto a continuidad asistencial con la creación de lo que denominan «vecindad médica» (*medical neighborhood*) entre médicos de atención primaria y de hospital, haciendo especial énfasis en la comunicación «preconsulta» para evitar consultas ambulatorias no pertinentes, como está también publicado en España en relación con la especialidad de Hepatología<sup>13</sup>.

Otro aspecto importante es la coordinación, a menudo insuficiente, de la atención sanitaria tras el alta hospitalaria,

especialmente de los pacientes pluripatológicos, como se describe en un estudio en Suiza<sup>26</sup>, que puede dar lugar a efectos adversos y resultados de salud y eficiencia subóptimos; en él se señala el papel crucial de la enfermería. Este aspecto ha sido considerado también en nuestra intervención, aunque no específicamente valorado.

No obstante, queremos insistir en las ventajas de una comunicación directa, personal y presencial, lo que además contribuye a minimizar la variabilidad en la tolerancia a la incertidumbre en el control del paciente.

Una limitación es que solo se ha intervenido en un centro urbano y otro rural, por lo que el tamaño muestral es pequeño, con amplias dispersiones de las derivaciones por facultativo. Además, a pesar de descender las derivaciones, no mejoró su pertinencia, lo que es motivo frecuente de preocupación desde hace varias décadas<sup>3,26-30</sup>. Quizá hubiéramos mejorado este resultado considerando un mayor número de criterios para su valoración.

Otra limitación es el carácter excesivamente informal de nuestra intervención, al no llevar a cabo una programación más estructurada de las consultas y sesiones, cuyo contenido fue según demanda de los médicos de familia, lo que ofrece ventajas para la relación personal<sup>3,11-14</sup>, pero presenta inconvenientes al analizar objetivamente los resultados, sobre todo en relación con la pertinencia de las derivaciones.

Como ya se comentó<sup>16</sup>, sugerimos una organización más estructurada, incluyendo revisión consensuada de los volantes de derivación en las sesiones clínicas antes de tramitarlos, a excepción de los urgentes, previo su análisis y valoración por el consultor. Sugerimos la presencia de un único consultor, que rote media jornada mensualmente por cada centro, con cualidades adecuadas para este tipo de intervención, con experiencia y motivación, y evitando actitudes prepotentes por ambas partes. Esta intervención permite una comunicación personal, formación continuada de los profesionales —incluyendo residentes— y continuidad de atención a los pacientes, muy deseables. Además crea la necesidad de su mantenimiento, tanto por parte de los facultativos de ambos niveles, como de los pacientes. Como prueba de ello, así nos lo demandaron los médicos de familia al finalizar la intervención.

Serán interesantes y necesarios otros estudios que analicen el impacto sobre la salud, la satisfacción, la duplicidad de pruebas diagnósticas, la prescripción inducida, los costes al sistema de salud y otros aspectos relacionados con la comunicación entre niveles, que facilitan una atención continuada lo más eficiente posible.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimiento

A la Gerencia de Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: Patient's views on care across the primary/secondary care interface. *Quality in Health Care*. 1999;8:16-21.
2. Pencheon D. Matching demand and supply fairly and efficiently. *Brit Med J*. 1998;316:1665-7.
3. O'Donnell C. Variation in GP referral rates: What can we learn from the literature? *Fam Pract*. 2000;17:462-71.
4. Bailey J, King N, Newton P. Analysing general practitioners' referral decisions. II. Applying the analytical framework: Do high and low referrers differ in factors influencing their referral decisions? *Fam Pract*. 1994;11:9-14.
5. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: Assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract*. 1993;43:111-3.
6. 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.
7. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters T, et al. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Brit J Gen Pract*. 2003;53:878-84.
8. Dacal Rivas A, Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Cubiella Fernández J, Alonso Docampo MN, Fernández Seara J. Efecto de la implantación de un programa de mejora de la capacidad resolutoria de atención primaria en la adecuación y la demora de las exploraciones endoscópicas. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34:254-61.
9. Jones R, Junghard O, Dent J, Vakils N, Halling K, Wernersson B, et al. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Aliment Pharm Ther*. 2009;30:1030-8.
10. Wallace P, Barber J, Clayton W, Currell R, Flemming K, Garner P, et al. Virtual outreach: A randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. *Health Technol Assess*. 2004;8:3-45.
11. Ladabaum U, Fendrick AM, Glidden D, Scheiman JM. *Helicobacter pylori* test-and-treat intervention compared to usual care in primary care patients with suspected peptic ulcer disease in the United States. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:3007-14.
12. Sewell JL, Day LW, Tuot DS, Alvarez R, Yu A, Chen AH. A brief, low-cost intervention improves the quality of ambulatory Gastroenterology consultation notes. *Am J Med*. 2013;126:732-8.
13. Sewell JL, Guy J, Kwon A, Chen AH, Yee HF. Preconsultation exchange for ambulatory Hepatology consultations. *Am J Med*. 2013;126:523-8.
14. Gené E, García-Bayo I, Barenys M, Abad A, Azagra R, Calvet X. La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:555-62.
15. Särndal CE, Swenson B, Wretman J. Model assisted survey sampling. New York: Springer-Verlag; 1992. p. 3-207.
16. Mata-Román L, del Olmo-Martínez L, Briso-Montiano R, García-Pascual A, Catón-Valdés M, Jiménez-Rodríguez-Vila M, et al. Reuniones periódicas de Gastroenterología y Hepatología con Atención Primaria. Motivos de consulta. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105:521-8.
17. Mata Román L. Análisis de una intervención basada en consultas compartidas de la especialidad de Gastroenterología y Hepatología en Atención Primaria [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2012.

18. Rodríguez Alcalá FJ, Chacón Fuertes J, Esteban Tudela M, Valles Fernández N, López de Castro F, Sánchez Ramiro A. Motivos de interconsulta entre atención primaria y el segundo nivel. *Aten Primaria*. 2005;36:137-43.
19. Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Dacal Rivas A, Cubiella Fernández J, Fernández Seara J. ¿Cuáles son los motivos de derivación desde Atención Primaria en el área sanitaria de Ourense? *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102 Supl 1:S82.
20. Vierhout WPM, Knottnerus JA, van Ooij A, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh AMK, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*. 1995;346:990-4.
21. Peña-Gil C, Comín-Colet JU. Integración de ámbitos asistenciales. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7:21-9.
22. García García M, Valenzuela Mújica MP, Martínez Ocaña JC, Otero López MS, Ponz Clemente E, López Alba T, et al. Resultados de un programa de coordinación y de información clínica compartida entre nefrología y atención primaria. *Nefrología*. 2011;31:84-90.
23. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 2007;207:510-20.
24. Martínez-García S, Moreno-Conde A, Jódar-Sánchez F, Leal S, Parra C. Sharing clinical decisions for multimorbidity case management using social network and open-source tools. *J Biomed Inform*. 2013;46:977-84.
25. Greenberg JO, Barnett ML, Spinks MA, Dudley JC, Frolkis JP. The 'medical neighborhood': Integrating primary and specialty care for ambulatory patients. *JAMA Intern Med*. 2014;174:454-7.
26. Lindpaintner LS, Gasser JT, Sailer Schramm M, Cina-Tschumi B, Müller B, Beer JH. Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals. *Eur J Intern Med*. 2013;24:756-62.
27. Elwyn GJ, Stott NCH. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care. *Br Med J*. 1994;309:576-8.
28. Wilkin D, Metcalfe D, Marinker M. The meaning of information on GP referral rates to hospitals. *Community Med*. 1989;11:65-70.
29. Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics. I. Why general practitioners refer patients to specialist outpatient clinics. II. Locations of specialist outpatient clinics to which general practitioners refer patients. *Brit Med J*. 1989;299:304-8.
30. Martinussen PE. Referred quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health*. 2013;41:874-82.