

Financiación

Este estudio ha sido subvencionado por el proyecto *Riesgos clínicos de un servicio médico hospitalario* (III Convocatoria AIC-FISCAM, expediente AN-2008/17).

Autoría

Todos los firmantes han colaborado en la concepción y diseño final del manuscrito. Se hacen responsables y aprueban la versión final para su publicación. La participación ha sido de la siguiente forma:

- D. Bellido: planificación e investigador principal. Revisión por pares.
- A. León: análisis estadístico. Diseño del estudio.
- M.D. Mañas: investigador. Recogida de datos.
- E. Marchán: investigador. Recogida de datos.
- G. Esquinas: investigador. Recogida de datos.
- J. Ros: investigador. Recogida de datos.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecer la colaboración del equipo de enfermería de la planta tercera D, especialmente a la supervisora Dña. María Dolores Villegas. Al Dr. Ricardo Pardo por su colaboración y asesoramiento desde la unidad de riesgos, además de otros facultativos de medicina interna que han colaborado en la investigación.

Bibliografía

1. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. 1964. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:58–63.
2. De Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:216–23.
3. Zegers M, Hesselink G, Geense W, Vincent C, Wollersheim H. Evidence-based interventions to reduce adverse events in

hospitals: A systematic review of systematic reviews. *BMJ Open*. 2016;6:e012555.

4. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three methods for estimating rates of adverse events and rates of preventable adverse events in acute care hospitals. *BMJ*. 2004;328:199.
5. Doran DM, Hirdes JP, Blais R, Baker GR, Poss JW, Li X, et al. Adverse events among Ontario home care clients associated with emergency room visit or hospitalization: A retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:227.
6. Imperial College London. Centre for patient safety and service quality. Modular review form 2 for retrospective case record. Review, 2003 [consultado 1 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/mrf2modularreviewform2.pdf>
7. Aranaz-Andres JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-Lopez P, Limon-Ramirez R, Terol-Garcia E. Incidence of adverse events related to health care in Spain: Results of the Spanish National Study of Adverse Events. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:1022–9.
8. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LH, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: Results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:297–302.
9. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta AM. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:369–77.
10. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Complications in surgical patients. *Arch Surg*. 2002;137:611–7.

D. Bellido^{a,*}, A. León^b, M.D. Mañas^a, E. Marchán^a, G. Esquinas^a y J. Ros^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Unidad de Calidad, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dabepas@yahoo.es (D. Bellido).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.02.003>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Adecuación de las derivaciones desde atención primaria a un servicio de neumología



Adequacy of the referrals from primary care to pneumology

Sra. Directora:

El papel del neumólogo en una consulta ambulatoria es cribar las consultas dirigidas desde atención primaria (AP) con

el fin de detectar aquellos enfermos particularmente graves o complejos, cuyo control debería ser efectuado en un medio hospitalario. Por otro lado, los pacientes que padezcan una enfermedad más leve serán retornados a AP tras una correcta orientación diagnóstica y terapéutica. Dicha gestión requiere tener un conocimiento lo más exacto posible de cuáles son los motivos de derivación al especialista, de modo que podamos priorizar de forma acertada y administrar nuestras consultas de una forma más eficiente.

Es por ello que en el periodo comprendido entre el 1 enero de 2012 y el 31 de mayo de 2012 realizamos un estudio descriptivo transversal basado en la revisión de las

Tabla 1 Motivos de derivación desde atención primaria a neumología

Motivo	N (%)
Hallazgos relevantes en radiografía de tórax	56 (18)
Clínica de hiperreactividad bronquial	36 (11,5)
Problemas administrativos	34 (11)
Disnea a estudio	30 (10)
Sospecha de síndrome apnea-hipopnea del sueño	26 (8,5)
Tos crónica	25 (8)
Infección respiratoria	20 (6,5)
Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica	18 (6)
Hemoptisis	13 (4)
Mantoux positivo	7 (2)
Otros	42 (13,6)

solicitudes de evaluación emitidas desde AP a la consulta ambulatoria del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria. En dicho periodo se evaluaron 307 solicitudes, siendo las principales derivaciones por hallazgos relevantes en la radiografía de tórax, clínica de hiperreactividad bronquial y la resolución de problemas administrativos debido a la caducidad de dispositivos de presión positiva continua, oxigenoterapia o pérdidas de citas con el especialista (tabla 1). Tras analizar el motivo de la derivación detectamos que solo el 46% de estas requirían valoración presencial por el facultativo.

La derivación desde AP a los servicios de atención especializada (AE) tiene importantes implicaciones, tanto para los pacientes como para el sistema sanitario. Sin embargo, la literatura existente cataloga dicho proceso como subóptimo. En un análisis sobre las derivaciones desde las unidades de AP a un servicio de urgencias, la mitad de las canalizaciones (49,4%) fueron juzgadas como inadecuadas¹. De modo similar, un estudio reveló como innecesarias el 26% de las derivaciones a las especialidades médicas hospitalarias². La presión sobre el médico de AP para que al paciente lo vea el nivel especializado, la falta de coordinación entre niveles, las deficiencias de formación de los médicos de familia y la práctica de una medicina defensiva son factores implicados en la inadecuada derivación entre AP y AE³. La Ley General de Sanidad nos insta a establecer medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes ámbitos asistenciales, ya que una colaboración coordinada es fundamental para obtener una asistencia sanitaria de calidad^{4,5}. Las mejoras en la formación continuada de los profesionales de AP, junto con la creación de formularios de derivación estructurados y el desarrollo de sesiones conjuntas, así como la figura del especialista consultor^{6,7}, son medidas eficaces para mejorar la calidad de las canalizaciones. Recientemente nuestro grupo ha publicado cómo la implantación de una consulta telemática que gestione las derivaciones desde AP reduce en un 14% el cómputo global de las visitas

realizadas en la consulta ambulatoria de neumología, con una disminución del 56% en las primeras citas⁸.

En nuestro estudio más de la mitad de las consultas derivadas a neumología podrían haber sido solventadas a través de una fluida comunicación entre los niveles de AP y AE, sin necesidad de recurrir a una canalización. Partiendo de dicho punto, medidas como la consulta telemática, la figura del especialista consultor o el desarrollo de sesiones conjuntas parecen ser herramientas eficaces en favorecer el diálogo entre ambos niveles, al solventar incertidumbres que el médico de AP pudiera tener en lo que respecta a la terapia, el diagnóstico o el manejo de un determinado paciente.

Bibliografía

1. Bouzas Senande E, López Olmeda C, Cerrada Cerrada E, Olalla Linares J, Menéndez JL. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el área 9 de Madrid. *Emergencias*. 2005;17:215-9.
2. García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, Rodríguez Fernández C, Muriel A, Abaira V, et al. Idoneidad de las derivaciones de atención primaria a especialidades médicas hospitalarias. *Semergen*. 2006;32:376-81.
3. Alonso Pérez de Ágreda JP, Febrel Bordejé M, Huelin Domeco de Jarauta J. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2000;14:122-30.
4. De Pablo L, García L, Rodríguez F, Otero A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;35:146-51.
5. 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.
6. Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;4.
7. Garrido Elustondo S, Molino González AM, López Gómez C, Arrojo Arias E, Martín Bun M, Moreno Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist*. 2009;24:263-71.
8. Figueira Gonçalves JM, Hernández Gracia MC, Batista Martín JJ. New outpatient management based on a respiratory virtual clinic. An effective measure in times of austerity. *Arch Bronconeumol*. 2016;52:279-80.

J.M. Figueira Gonçalves

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.02.002>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.