

Efectividad de la implantación de un circuito rápido de consulta para el cáncer de pulmón

Modesto Martínez Pillado^a, Juan Ortiz de Saracho^b, Rafael Castrodeza^b, Laura Rey^b y Juan Galán^c

^aHospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.

^bUnidad de Neumología. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

^cServicio de Radiodiagnóstico. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

Correspondencia: Dr. Martínez-Pillado.

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Ctra. El Rosario, 115. 38009 Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España.

Correo electrónico: modefi@arrakis.es

Resumen

Objetivos: Evaluar los resultados de la coordinación entre 2 centros de atención primaria y su centro hospitalario de referencia en la gestión de pacientes con sospecha de cáncer de pulmón.

Material y método: Observacional, descriptivo y transversal de la demanda derivada, durante el período de octubre de 2002 a 2003, en 2 centros de atención primaria (CAP), uno urbano y otro semirural, y su unidad de neumología en un hospital de 355 camas, a partir de la implantación de un circuito rápido de consulta para promover el diagnóstico ambulatorio de los pacientes con sospecha de neoplasia de pulmón.

Resultados: Se incluyó en esta vía a 24 pacientes. El 50% cumplía los criterios clínicos de derivación; el 46%, los criterios radiológicos; el 79% de los pacientes no aportó el documento específico acordado entre ambos niveles, y en el 83% se remitió informe de situación desde el centro hospitalario a los CAP. El número de procesos ingresados por el GRD 82 pasó de 30 casos en los 3 años previos a 9 en 2003, con un aumento de la estancia media hospitalaria de casi el 70% (de 10,1 a 15,4 días).

Conclusiones: Priorizar la asistencia ambulatoria en la sospecha de neoplasia pulmonar produce un incremento de la estancia media hospitalaria para el mismo proceso. De forma coincidente, se ha reducido el número de ingresos hospitalarios para el GRD 82. Hay un amplio margen de mejora en el manejo ambulatorio de la sospecha de cáncer de pulmón entre la atención primaria y la especializada.

Palabras clave: Atención primaria. Derivación entre niveles. Atención especializada.

Introducción

La calidad de la atención que estamos ofreciendo muestra¹⁻⁴ importantes áreas de mejora. Una de estas oportunidades son los criterios de ingreso de pacientes para el diagnóstico de sospecha de procesos que podrían hacer de forma ambulatoria. La comodidad, la accesibilidad y la seguridad del paciente nos obligan a ello. Lo excepcional (diagnóstico para ingreso) no se puede convertir en sistemático (ingreso para diagnóstico). Los facultativos tienen mucho⁵ que decir por el lado organizativo porque pueden aportar un sentido clínico a la gestión.

En patología neumológica existen procesos sobre los que se pueden realizar intervenciones para promover su manejo ambulatorio. El cáncer de pulmón es uno de ellos y permite, en la mayoría de las ocasiones, un manejo externo. En neumología hay ex-

Abstract

Objective: To analyze the results obtained with a collaborative program involving primary care centers and their referral hospitals for the outpatient management of patients with suspected lung cancer.

Material and method: An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted. From October 2002 to 2003, two primary care centers (urban and semi-urban) and the Pneumology service of a public hospital with 355 beds agreed to manage patients with suspected lung cancer on an outpatient basis. To do this, a direct referral system was designed.

Results: Twenty-four patients were referred to the hospital from primary care. Fifty percent of the patients met the criteria for direct referral and 46% showed radiological criteria. Seventy-nine percent of the patients did not provide the specific document designed for the rapid referral system by both healthcare levels. In 83% of the patients, the hospital sent a report to the primary care center. The number of admitted patients in diagnosis-related group (DRG) 082 decreased from 30 in the previous 3 years to nine in 2003. Despite this decrease, the mean length of hospital stay increased by almost 70% (10.1 vs 15.4 days).

Conclusions: Prioritizing outpatient management of suspected lung cancer increased the mean length of hospital stay. Despite this increase, the number of admissions for DRG 082 decreased. There is a wide margin for improvement in the direct referral system for the outpatient management of suspected lung cancer between primary and specialized care.

Key words: Primary care. Primary-specialized care referral. Specialized care.

periencias^{6,7} que obligan a reconsiderar si ofrecemos (como clínicos y como organización) la mejor asistencia que podemos y también se producen² inadmisibles demoras en el diagnóstico de esta enfermedad.

Con el propósito de promover una mejora en el manejo de la sospecha de neoplasia de pulmón, establecimos un circuito rápido de consulta (CRC). El objetivo era establecer una atención rápida y analizar la repercusión en su manejo hospitalario.

Material y método

Se seleccionaron 2 centros de atención primaria (CAP) con mayor tasa de derivación por mil habitantes en neumología. Un centro en el área urbana, referencia para 23.000 y otro, en un área semirural (minera) a 60 km y referencia

Tabla 1. Número de casos según el grado de cumplimiento de los criterios de derivación

Casos	Derivación		Criterios radiológicos		Protocolo		Comunicación con atención primaria	
	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Sí	No	Sí	No
24	12	12	13	11	5	19	20	4
	50%	50%	54%	46%	21%	79%	83%	17%

para 12.000 habitantes. La unidad de neumología designó un facultativo de referencia para cada uno de los centros.

Gestión de la derivación: a través del servicio de admisión, se estableció un CRC, con una identificación distinta (fig. 1) de las demás derivaciones entre niveles.

De acuerdo con las recomendaciones⁸ para la organización de la atención a estos pacientes, se consideró como necesaria, antes de la derivación a atención especializada, una radiografía de tórax, y que concurriera al menos uno de los síntomas clínicos citados (tos, hemoptisis, síndrome constitucional) y otro radiográfico (atelectasia, masa o nódulo pulmonar, derrame pleural sin etiología filiada, infiltrado de lenta resolución [15 días]). Los pacientes con sospecha de neoplasia de pulmón eran citados telefónicamente (no se disponía de citación *on-line*) desde atención primaria en un plazo máximo de 48 h. En el hospital se estableció también un circuito específico entre los servicios de radiodiagnóstico y anatomía patológica, coordinados por la unidad de admisión.

Por el centro hospitalario se garantizaba (compromiso de la dirección) la atención radiológica antes de 96 h. Se facilitó para atención especializada un nuevo acceso *on-line* al informe radiológico a través de la estación clínica del centro, que reunía en un aplicativo el acceso a todos los sistemas de información disponibles en el centro (informe de alta, radiología, anatomía patológica, laboratorio) que hasta ese momento estaban dispersos en distintos servidores informáticos.

Las variables en estudio fueron el número de pacientes, el cumplimiento de los criterios clínicos y radiológicos de inclusión y del modelo de interconsulta pactado. Se evaluó también el impacto en la estancia media y el número de casos del GRD 82 (neoplasias respiratorias, que incluye a los pacientes ingresados por una neoplasia maligna respiratoria a los que no se ha intervenido; peso relativo, 1,9986).

Por la naturaleza del trabajo, no se precisó autorización del comité de ética.

En el análisis estadístico de las variables cuantitativas se comprobó si se ajustaban a la distribución normal, aportando la media y los intervalos de confianza (IC) del 95%. Se utilizó el paquete de análisis estadístico G Stat.

Resultados

Se incluyó a 24 pacientes en el CRC entre octubre de 2002 a 2003. La referencia al CRC se consideró adecuada (cumplían al menos un criterio radiográfico y clínico) en 12 casos (50%; IC del 95%, 44,3-56,2). Algo más de la mitad, 14 casos (54%; IC del 95%, 47-56) cumplían alguno de los criterios radiológicos pactados. El documento de derivación

no fue remitido en 19 casos (79%; IC del 95%, 17-21). En el 83% se remitió desde atención especializada a atención primaria informe con los resultados diagnósticos. El tiempo medio en la realización de las técnicas radiológicas en el centro hospitalario fue de 3 días (IC del 95%, 1-7), inferior a la demora habitual en pacientes hospitalizados no urgentes.

En todos los pacientes con prueba radiológica que confirmaba la sospecha de neoplasia se realizó el estudio funcional respiratorio y la analítica solicitada antes de 48 h.

El número de diagnósticos de neoplasia pulmonar fue de 8 (33,3%) casos. Los 16 casos restantes, casi una cuarta parte (35,5%), tenían otros diagnósticos neumológicos no neoplásicos o ninguna alteración neumológica en el 42,2%.

La evolución de la estancia media y el número de casos del GRD 82, durante los años 2000 a 2003, pasó de 31 a 9 casos (disminución relativa, 71%), y la estancia media pasó de 10,1 a 15,4 días (incremento de un 34%) (tabla 1).

Discusión

La reiterada⁹ revisión de la adecuación hospitalaria señala el alto porcentaje de inadecuación de los ingresos y las estancias. A pesar de las escasas⁹ intervenciones realizadas, la causa de ingreso hospitalario inadecuado más frecuente es la potencialidad de manejo ambulatorio de los pacientes.


Durante el proceso de negociación de objetivos entre la dirección y la unidad de neumología, se ofreció la posibilidad de establecer alguna medida para mejorar la asistencia sanitaria con varias premisas: utilidad para el paciente, para el servicio y que no implicara mayor consumo de recursos. Así, seleccionamos la sospecha de neoplasia de pulmón porque se trata de una enfermedad con alta posibilidad de seguimiento ambulatorio. Además, permitía la integración de la atención primaria en el diagnóstico y no centrarnos únicamente en su manejo hospitalario.

Los profesionales tienen que mirar a la organización porque la necesitan para dar lo mejor de sí y, de forma inversa, la organización necesita de los clínicos para hacer gestión. Hasta el momento de establecer el CRC, no había una mínima protocolización entre niveles asistenciales para la sospecha de neoplasia pulmonar, y la decisión de ingreso para estudio estaba motivado por la demora. En este CRC, se garantizaba una exploración radiológica en 96 h.

Sin embargo, la mitad de los pacientes no cumplían en todos los ítems el CRC entre niveles asistenciales. La explicación de este dato podría estar en la ausencia de informe especializado de cada radiografía de tórax. Planteamos, por lo tanto, una posible área de mejora en la necesi-

Figura 1. Formulario de derivación de enfermos a la consulta de cribado de neoplasia.

**CONSULTA DESPISTAJE
UNIDAD NEUMOLOGIA
HOSPITAL DEL BIERZO**



Paciente y Centro de Salud

Fecha: _____

SINTOMAS	Duración	RADIOLOGIA	A.PERSONALES	SI	NO
TOS		PREVIA SI NO	FUMADOR		
HEMOPTISIS			EXFUMADOR		
S.CONSTITUCIONAL			PAQUETES/AÑO		
OTROS					

RADIOLOGIA ACTUAL

Atelectasia	
Masa pulmonar	
Nódulo pulmonar	
Derrame pleural 1/3-1/2 sin otra etiología	
Infiltrado lenta resolución mas de 15 días	

OBSERVACIONES

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

E.C.G.	
RX.	
TAC	
PAAF	
BRONCOSCOPIA	
PET	
ANALITICA	
OTRAS	

DIAGNÓSTICO Y PLAN TERAPÉUTICO:

Nota: Marcar con "X" lo que proceda.

Junta de Castilla y León

dad de formación-actualización en radiología convencional de tórax.

El incremento de la estancia media para el GRD 82 lo asociamos a una mejor selección de los ingresos, al eliminar ingresos para estudio. Este objetivo, sin embargo, estaba en contra del objetivo general de la estancia media total del centro, lo que obliga a plantearse ciertos objetivos institucionales.

En otras especialidades se han realizado propuestas, como el cribado¹⁰ por médicos internistas de las solicitudes de interconsultas desde la atención primaria, sin criterios previamente pactados, con el objetivo de reducir las listas de espera o la consulta¹¹ específica también con atención primaria. Otros ejemplos ha habido en reumatología, a través del especialista reumatólogo consultor¹² con apoyo telemático o diversas iniciativas en cirugía^{13,14}.

La mejora está en la gestión de la entrada de los pacientes y el acuerdo entre los responsables de la asistencia sanitaria para que sirva como camino para dar lo mejor de todos y cada uno de nosotros, como profesionales y como sistema. No se puede continuar con situaciones¹⁵ como que sean los propios pacientes quienes informan del alta y del seguimiento. También ésta es una posible explicación a la escasa presencia del informe del médico de atención primaria en la evaluación. Serían de utilidad programas de gestión de enfermedades para procesos prevalentes¹⁶ e importantes. No se trata de crear unidades en el sentido clásico, sino de cooperar, no de compartimentar.

Somos críticos con nuestra propia estrategia de implantación, y aunque teóricamente adecuada (grupo de trabajo multidisciplinario, presentación del proyecto en los propios centros y servicios, proyecto piloto en 2 centros), obtuvo unos resultados discretos. No obstante, la falta de referencias en nuestro entorno sobre experiencias similares nos hace ser cautos. La estrategia de implantación podría haberse realizado de otra forma (retroinformación) inmediata sobre el seguimiento del protocolo clínico y radiológico o la evaluación conjunta entre el especialista consultor y los facultativos.

Este trabajo también tiene importantes limitaciones; no se ha evaluado la satisfacción de los usuarios ni se ha hecho un análisis cualitativo entre los médicos implicados. También se podría haber realizado un análisis sobre el perfil de los prescriptores. De igual forma, hubiera sido de enorme utilidad haber evaluado los diagnósticos ambulatorios en las consultas externas durante los años previos, pero los sistemas de información en la actualidad no nos lo permiten.

A pesar de todo, hemos iniciado un camino en la mejora de la asistencia sanitaria de nuestros pacientes en una línea integradora y participativa entre niveles asistenciales. La selección de diferentes procesos en cada especialidad, la mejora del manejo intrahospitalario y el beneficio del paciente nos permitirán ofrecer la mejor de las calidades que podemos dar.

Bibliografía

1. Carrasquer Moya C, Solé Jover A, Peiró S. Demora en la realización de pruebas diagnósticas y estancias innecesarias en el cáncer de pulmón. *Rev Clin Esp.* 2001;201:619-26.
2. González JM, De Castro FJ, Barrueco M, Cordobilla R, Fernández JL, Gómez FP, et al. Demoras diagnósticas en el cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol.* 2003;39:437-41.
3. Silva PP, Pereira JR, Ikari FK, Minamoto H. [Lung cancer and the delay in the diagnosis: analysis of 300 cases]. *Rev Assoc Med Bras.* 1992;38:145-9.
4. López Encuentra A, Martín de Nicolas JL, Casado López M, De Miguel Poch E, Marrón Fernández C y grupo cooperativo de Carcinoma Broncogénico de SEPAR (GCCB-S). Demoras en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico. *Arch Bronconeumol.* 1998;34:123-6.
5. Simó Cruzet E, Ureña Tapia MM, Sender Palacios MJ, Larrosa Sáez P, Jovel Fernández E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico de cáncer. *Aten Primaria.* 2000;26:104-6.
6. Ansola P, Iriberry M, Gómez A, Chic S, López L, Cancelo L. Estudio rápido ambulatorio en el diagnóstico del cáncer de pulmón. *Arch Bronconeumol.* 2002;38 Supl 2:106.
7. Pascual Bernabeu J, Martínez Ballarín JL, Somoza González M, Padrones Sánchez S, Manresa Presas F, Ramón Torrel JM. Impacto de una unidad multidisciplinaria en el manejo de pacientes con carcinoma broncogénico (CB). *Arch Bronconeumol.* 2002;38 Supl 2:106.
8. Lung Cancer Working Party for the British Thoracic Society Standard of care committee. BTS recommendations to respiratory physicians for organising the care of patients with lung cancer. *Thorax.* 1998;53 Suppl 1:S1-8.
9. Martínez Pillado M. Impacto de una intervención continuada sobre la reducción de la utilización inadecuada de la hospitalización en un servicio de Medicina Interna [tesis doctoral]. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas; 2003.
10. Sanchís-Bayarri Bernal V, Rull Segura S, Moral López L, García Ferrer E, Aparisi Romero J, Escandón Álvarez J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clin Esp.* 2003;203:133-5.
11. Grupo para la Asistencia Médica Integrada continuada de Cádiz. La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc).* 2004;122:46-52.
12. Trujillo E, Joyanes A, Fuentes MI, Fraga E, Campelo E, Pastor M, et al. El reumatólogo consultor: enlace entre la medicina primaria y la hospitalaria. Organización de la Unidad consultora de Reumatología-Atención Primaria (UCRAP9). Experiencia del primer año de funcionamiento. *Rev Esp Reumatol.* 2003; 30:49-56.
13. Cerdán Carbonero MT, Sanz López R, Martínez Ramos 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.
14. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes quirúrgicos. *Aten Primaria.* 2001;28:381-5.
15. Ruiz de Adana Pérez R, García Gallego F, Zaro Montejo K, Lobos Bejarano JM, Sáenz de la Calzada C. La coordinación entre asistencia primaria y cardiología; la opinión del médico de familia. *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:912-6.
16. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:618-25.