



ORIGINAL

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[☆]

Andrés Dacal Rivas^a, Paola Quintas Lorenzo^a, María Francisco González^a,
Joaquín Cubiella Fernández^{a,*}, María Nieves Alonso Docampo^b y Javier Fernández Seara^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

^b Xerencia de Atención Primaria de Ourense, Ourense, España

Recibido el 3 de diciembre de 2010; aceptado el 18 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Guía de práctica
clínica;
Implementación de
plan de salud;
Endoscopia
gastrointestinal

Resumen

Introducción: Dentro del programa de aumento de capacidad resolutoria de atención primaria (AP) en Ourense se han implementado las guías de práctica clínica en dispepsia y rectorragia. Nuestro objetivo es evaluar los motivos de solicitud de las exploraciones, el nivel de adecuación de las solicitudes, los hallazgos endoscópicos y los tiempos de demora.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo en el área sanitaria de Ourense entre febrero de 2009 y enero de 2010. Se analizaron las endoscopias realizadas con las indicaciones de dispepsia y rectorragia solicitadas directamente desde AP frente a las derivadas inicialmente a atención especializada (AE). Se recogieron los motivos de solicitud, el nivel de prioridad, la adecuación al protocolo, los hallazgos endoscópicos y los tiempos de demora desde la derivación.

Resultados: En el periodo analizado, se realizaron 158 endoscopias digestivas altas (EDA) (AE 121, AP 37) y 243 colonoscopias (AE 193, AP 50). Se solicitaron de forma preferente el 34,5% de las endoscopias de AP y el 77,7% de AE ($p < 0,001$). El 86,5% de las EDA y el 82% de las colonoscopias solicitadas desde AP cumplieron los criterios de derivación. No se encontraron diferencias en los hallazgos. La mediana del tiempo de demora desde la derivación fue inferior tanto en la EDA (AP: $105 \pm 5,5$ días; AE: $174 \pm 17,8$ días; $p: 0,003$) como en la colonoscopia (AP: $101 \pm 11,8$ días; AE: $187 \pm 9,6$ días; $p < 0,001$) solicitada desde AP.

Conclusiones: La utilización del programa de aumento de capacidad resolutoria reduce los tiempos de demora. Las exploraciones solicitadas se han adecuado a las indicaciones.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo fue presentado en la XXV Reunión de la Sociedad Gallega de Patología Digestiva, celebrada el 11 y 12 de diciembre de 2009 en Vigo; en la XIII Reunión de la Asociación Española de Gastroenterología celebrada el 11 y 12 de marzo de 2010 en Madrid; y en el LXIX Congreso Anual de la Sociedad Española de Patología Digestiva celebrado del 19 al 22 de junio de 2010 en Santiago de Compostela.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.cubiella.fernandez@sergas.es (J. Cubiella Fernández).

KEYWORDS

Primary care;
Practice guideline;
Health plan
implementation;
Gastrointestinal
endoscopy

Effect of the implementation of a program to improve referrals by primary care on appropriateness and wait times in endoscopic examinations

Abstract

Introduction: Within a program to improve referrals by primary care (PC) in Ourense (Spain), we implemented practice guidelines on dyspepsia and rectal bleeding. Our aim was to evaluate the reasons for referral to endoscopy, the appropriateness of these referrals, and wait times.

Material and methods: We performed a retrospective cohort study in the Ourense health area between February 2009 and January 2010. The endoscopies performed with the indications of dyspepsia and rectal bleeding requested directly from PC were compared with those referred initially to specialist care (SC). The reasons for the referral, the priority of the endoscopy, compliance with the protocol, endoscopic finding and the wait time from referral were gathered.

Results: During the period analyzed, 158 upper gastrointestinal endoscopies (SC: 121; PC: 37) and 243 colonoscopies (SC: 193; PC: 50) were performed with the indications of dyspepsia and rectal bleeding. Among endoscopies, 34.5% and 77.7% were requested with high priority from PC and SC, respectively ($p < 0.001$). The criteria for referral were met in 86.5% of upper gastrointestinal endoscopies and in 82% of colonoscopies requested from PC. No differences were found in endoscopic findings. The median wait time from referral was lower in upper gastrointestinal endoscopy (PC: 105 ± 5.5 days, SC: 174 ± 17.8 days; $p: 0.003$) and colonoscopies (PC: 101 ± 11.8 days, SC: 187 ± 9.6 days; $p < 0.001$) referred from PC.

Conclusions: The use of the program for improved referrals by PC reduces wait times. The examinations requested complied with the indications.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La asistencia a pacientes con síntomas digestivos supone el 10% de los motivos de consulta en atención primaria (AP)^{1,2}. En nuestro medio, las derivaciones a las consultas de digestivo representan entre el 3,7 y el 4,2%^{3,4} de las derivaciones a atención especializada (AE). Así, hasta un 24% de los pacientes dispépticos son enviados para valoración y tratamiento a AE⁵. El diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades digestivas generan el 10% de la actividad en AE y el 14% del gasto farmacéutico^{1,2}.

El médico de familia deriva al paciente a la AE para asesorarse sobre el diagnóstico o el tratamiento, para obtener un procedimiento especializado cuando la investigación y las opciones terapéuticas de la atención primaria se agotan y, finalmente, para disponer de una segunda opinión⁶. Aunque en algunos casos la sintomatología digestiva está relacionado con una enfermedad grave que se beneficia de la AE, los motivos más frecuentes de consulta se generan por enfermedad funcional con una elevada tendencia a cronificarse^{3,7} y con un escaso beneficio de la derivación⁸.

Para dar una salida más eficiente a la valoración de los pacientes con síntomas digestivos se han evaluado distintas estrategias: consultas de alta resolución⁹, implementación de guías de práctica clínica (GPC)^{6,10} y unidades de endoscopia de acceso abierto^{11,12}. En el área sanitaria de Ourense se ha puesto en marcha un programa de mejora de la capacidad resolutoria de AP, dentro del cual se han establecido programas de continuidad asistencial y solicitud de exploraciones desde AP en función de las GPC en gastroenterología¹³⁻¹⁶. Así, entre 2007 y 2009, se ha procedido a la implementación de las GPC de dispepsia y rectorragia de la AEG y SEMFYC con el diseño de protocolos de diagnóstico, tratamiento y

derivación para AP. Se ha puesto en funcionamiento un circuito y una solicitud de exploraciones endoscópicas desde AP para las 2 indicaciones basada en ítems cerrados.

Los objetivos de nuestro estudio han sido, por una parte, conocer el nivel de adecuación a los protocolos de las exploraciones endoscópicas solicitadas desde AP. Por otra parte, hemos determinado si existían diferencias en los hallazgos endoscópicos entre las endoscopias solicitadas directamente desde AP o tras derivación a consultas de AE. Finalmente, hemos evaluado el efecto del programa de aumento de capacidad resolutoria en los tiempos de demora.

Material y métodos**Diseño del estudio**

Se trata de un estudio de cohortes, retrospectivo, observacional, basado en la revisión de las bases de datos de la Unidad de Control de Gestión, de la Unidad de Endoscopia Digestiva y de los historiales clínicos del Complejo Hospitalario de Ourense. Se analizaron todas las endoscopias realizadas desde febrero de 2009 hasta enero de 2010, ambos inclusive. Se incluyeron las endoscopias digestivas altas (EDA) con la indicación de dispepsia (dispepsia o epigastralgia) y las colonoscopias con la indicación de rectorragia (rectorragia, hematoquecia, sangrado distal recurrente). Se definieron 2 cohortes: pacientes a los que se solicitó la endoscopia directamente desde AP, por una parte, y pacientes a los que se solicitó la endoscopia desde AE previa derivación desde AP, por otra. Los motivos de exclusión fueron:

- Solicitudes de endoscopia con indicación imprecisa o diferente a las de dispepsia y rectorragia.

- Solicitudes de endoscopia de AE de pacientes no derivados previamente desde AP.

Diseño del programa de mejora de capacidad resolutoria de atención primaria para la dispepsia y rectorragia

Dentro del Plan de Mellora de AP 2007-2011 se estableció la línea de mejora de la capacidad resolutoria en AP¹⁷. En el área sanitaria de Ourense, en Octubre de 2006, se creó un grupo de trabajo integrado por las direcciones médicas y facultativos de ambos niveles asistenciales. Inicialmente, este grupo definió los principales motivos de derivación y las prioridades de protocolización. Posteriormente, en función de las GPC en gastroenterología¹³⁻¹⁶, se procedió al desarrollo progresivo de protocolos de actuación, tratamiento, derivación a AE y solicitud de endoscopias digestivas desde AP. Las recomendaciones respecto a diagnóstico y tratamiento se adaptaron a los medios disponibles en los centros de salud. En este sentido, no se disponía en AP de anuscopio para la evaluación de afectación anorrectal ni de prueba de aliento para la detección de infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Se implementaron secuencialmente las GPC en dispepsia (mayo de 2007), rectorragia (mayo de 2008), y finalmente en enfermedad por reflujo gastroesofágico y cribado de cáncer colorrectal en grupos de riesgo alto (abril de 2009) directamente desde AP. En conjunto, estos 4 problemas clínicos representan el 68,9% de las derivaciones desde AP a las consultas de aparato digestivo en nuestra área¹⁸. Posteriormente se procedió a la formación y diseminación de los protocolos y circuitos asistenciales en los centros de salud del área asistencial. Este estudio únicamente analiza la implementación de los protocolos que se pusieron en marcha inicialmente: dispepsia y rectorragia. Los criterios definidos para la solicitud de EDA en los pacientes dispépticos y de colonoscopia en los pacientes con rectorragia se expresan en la tabla 1. En las peticiones de endoscopias, un paciente podía cumplir más de un ítem al mismo tiempo.

Recogida y análisis de los datos

Las variables recogidas y analizadas fueron las siguientes: sexo, edad y fecha de solicitud y fecha de realización de la endoscopia. En el caso en que se solicitase desde AE se recogió la fecha de solicitud de la derivación desde AP. También se recogió el nivel asistencial solicitante de la endoscopia (AP/AE), el nivel de preferencia estimado por el médico solicitante (preferente/normal), los motivos de solicitud de la endoscopia, el tipo de exploración endoscópica realizada y los hallazgos endoscópicos detectados. Se definió como EDA normal aquella en la que no se detectaron alteraciones patológicas (excluyendo la presencia de hernia de hiato). Se definió como colonoscopia normal aquella sin alteraciones o únicamente con enfermedad anorrectal. Cuando la endoscopia fue solicitada por AP se valoró la adecuación a los criterios establecidos en el protocolo previamente descrito.

Se definieron 2 tiempos de demora: demora endoscópica (diferencia entre la fecha de realización y la de solicitud del procedimiento) y demora de la derivación (diferencia entre

Tabla 1 Criterios de derivación para la realización de endoscopia digestiva alta en los pacientes con dispepsia y de colonoscopia en los pacientes con rectorragia

Dispepsia: solicitud de EDA prioridad normal

- Pacientes mayores de 55 años con síntomas de reciente aparición
- Pacientes menores de 55 años con mala respuesta a tratamiento de 4 semanas con IBP a dosis plenas (con/sin procinéticos asociados)
- Pacientes menores de 55 años con síntomas rápidamente recurrentes (más de 3 episodios en 6 meses)
- Pacientes en tratamiento con AINE que se encuentran sintomáticos a pesar de retirada de AINE y tratamiento adecuado con IBP

Dispepsia: solicitud de EDA prioridad preferente:

- Pacientes sintomáticos (con o sin tratamiento previo) que presenten síntomas de alarma (excepto signos de hemorragia)

Rectorragia: solicitud de colonoscopia. Prioridad normal

- Historia familiar de cáncer colorrectal
- Ausencia de lesión anorrectal en mayor de 50 años
- Lesión anorrectal sin respuesta a tratamiento en mayor de 50 años
- Mayor de 50 años con rectorragia de características no terminales

Rectorragia: solicitud de sigmoidoscopia. Prioridad normal

- Ausencia de lesión anorrectal en menor de 50 años
- Lesión anorrectal sin respuesta a tratamiento en menor de 50 años

Rectorragia: solicitud de colonoscopia. Prioridad preferente

- Síntomas y/o signos de alarma
- Masa rectal

EDA: endoscopia digestiva alta.

la fecha de realización de la endoscopia y la de la derivación inicial a AE desde AP).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Se utilizó la prueba de ji cuadrado para detectar diferencias estadísticamente significativas entre variables cualitativas y prueba de ANOVA para la comparación de medias. Finalmente, con el objetivo de eliminar el efecto de los valores extremos se analizaron los tiempos de demora endoscópica y de derivación mediante curvas de Kaplan-Meier. Los tiempos de demora se expresaron como mediana y su error estándar. Se comparó la diferencia en los tiempos de demora endoscópica y de demora de derivación en función del nivel asistencial solicitante mediante el test de log-rank. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas diferencias con $p < 0,05$.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (Código 2009/387) con fecha de resolución 9 de diciembre de 2009.

Tabla 2 Datos demográficos de los pacientes, tipo de exploración endoscópica y nivel de preferencia de las solicitudes

	AP	AE	Total	p
Sexo (H/M)	43/44	115/199	158/243	0,035
Edad (años) (media \pm DE)	58,4 \pm 14,6	57,6 \pm 14,4	57,8 \pm 14,4	0,66
Endoscopias (n.º)	87	314	401	
Preferente (%)	34,5	77,7	68,3	< 0,001
Colonoscopias (n.º)	50	193	243	
Preferente (%)	50	80,3	74,1	< 0,001
EDA (n.º)	37	121	158	
Preferente (%)	13,5	73,6	59,5	< 0,001

AE: atención especializada; AP: atención primaria; EDA: endoscopia digestiva alta.

Resultados

Demografía, nivel de prioridad y criterios de solicitud

En el periodo analizado se realizaron 401 exploraciones con las indicaciones de dispepsia o rectorragia, de las cuales 314 fueron solicitadas desde AE y 87 desde AP. Las cohortes analizadas no difirieron ni en edad ni en sexo. Sin embargo, las endoscopias solicitadas por AE lo fueron con prioridad preferente con mayor frecuencia que las solicitadas desde AP. Los datos referidos a la demografía, tipo de endoscopia realizada y nivel de prioridad de la endoscopia pueden observarse en la [tabla 2](#).

Motivos de solicitud y hallazgos endoscópicos

Los motivos de solicitud de endoscopia desde AP se pueden ver en la [tabla 3](#). Fueron adecuados a los criterios definidos en el protocolo de solicitud desde AP el 86,5% (5/37) de las EDA y el 82% (9/50) de las colonoscopias. Todas las endoscopias no adecuadas se tramitaron con un nivel de prioridad normal. En cuanto a los hallazgos endoscópicos, se detectó, de forma significativa, más trastornos hemorroidales en las colonoscopias solicitadas desde AE, y mayor prevalencia de hernia de hiato en las EDA solicitadas desde AE tal como se puede ver en la [tabla 4](#). Las EDA fueron normales en el 38,3% de los casos, sin encontrar diferencias respecto al nivel asistencial que las solicitó (AP: 39,4%; AE: 38%; p: 1) ni al grado de prioridad (normal: 41%; preferente: 36,6%; p: 0,614). Así mismo, el 54,8% de las colonoscopias fueron normales, sin diferencias entre el nivel asistencial (AP: 44,9%; AE: 57,3%; p: 0,15) o el grado de prioridad (normal: 46,8%; preferente: 57,5%; p: 0,183).

Tiempos de demora

De forma global, no hubo diferencias en los tiempos de demora endoscópica entre las exploraciones solicitadas desde AP y las solicitadas tras derivación a AE (AP: 104 \pm 4,6 días; AE: 89 \pm 3,2 días; p: 0,089). Sin embargo, la mediana del tiempo de demora de la derivación fue significativamente inferior cuando se solicitaba la endoscopia directamente desde AP (AP: 104 \pm 4,6 días; AE: 183 \pm 7,4 días; p < 0,001).

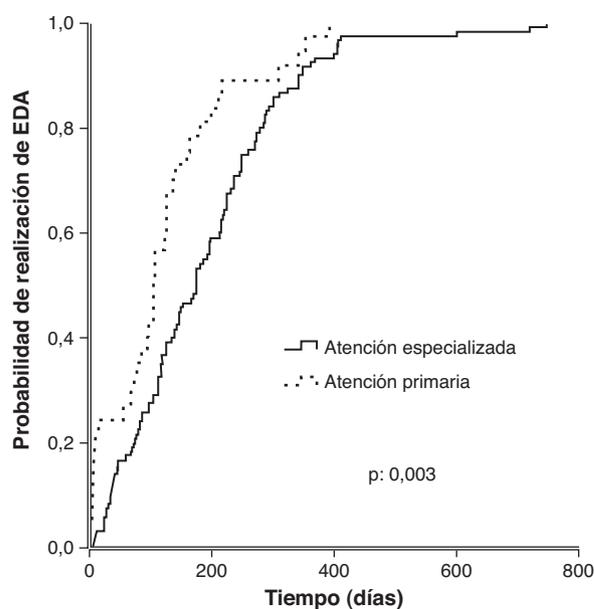


Figura 1 Tiempo de demora desde la derivación en las EDA solicitadas por dispepsia: comparación entre las solicitadas por atención primaria y las solicitadas por atención especializada. EDA: endoscopia digestiva alta.

Tampoco hubo diferencias en los tiempos de demora endoscópica desde la solicitud de la EDA (AP: 105 \pm 5,5 días; AE: 83 \pm 4,65 días; p: 0,118), independientemente del grado de prioridad normal (AP: 105 \pm 6,36 días; AE: 91 \pm 12,02 días; p: 0,443), o preferente (AP: 105 \pm 105,16 días; AE: 82 \pm 3,7 días; p: 0,772). En cambio, la demora desde la derivación fue significativamente inferior cuando la EDA fue solicitada desde AP (AP: 105 \pm 5,5 días; AE: 174 \pm 17,8 días; p: 0,003), tal como puede verse en la [figura 1](#). Tampoco hubo diferencias en el tiempo de demora endoscópica hasta la realización de la colonoscopia (AP: 101 \pm 11,8 días; AE: 92 \pm 4,3 días; p: 0,364), independientemente de si se habían solicitado de modo normal (AP: 101 \pm 14,15 días; AE: 96 \pm 14,15 días; p: 0,88) o preferente (AP: 100 \pm 12,5 días; AE: 90 \pm 4,4 días; p: 0,85). En cambio, la mediana de demora de la derivación fue inferior en las colonoscopias solicitadas directamente desde AP (AP: 101 \pm 11,8 días; AE: 187 \pm 9,6 días; p < 0,001), tal como puede verse en la [figura 2](#).

Tabla 3 Motivos de solicitud de endoscopia desde atención primaria

Dispepsia		Rectorragia	
Mala respuesta a tratamiento	17	Lesión anorrectal sin respuesta a tratamiento	3
Síntomas recurrentes < 55 años	15	Masa rectal	3
Síntomas recientes > 55 años	9	Rectorragia no terminal	4
Síntomas de alarma	6	Ausencia de lesión anorrectal	13
Tomador de AINE sintomático	3	Signos de alarma	17
No recogido	5	Historia familiar de CCR	21
		No recogido	9

Nota: Los datos se expresan en números absolutos.

Tabla 4 Hallazgos endoscópicos en las exploraciones realizadas

	AP	AE	Total	p
<i>Hallazgos en EDA</i>				
Esofagitis	2 (6,1)	10 (8,3)	12 (7,8)	0,5
Gastritis crónica	13 (39,4)	50 (41,3)	63 (40,9)	1
Esófago de Barrett	1 (3)	0 (0)	1 (0,6)	0,21
Úlcera péptica	1 (3)	8 (6,6)	9 (5,8)	0,68
Neoplasia gástrica	1 (3)	4 (3,3)	5 (3,2)	1
Hernia hiatal	10 (30,3)	16 (13,2)	26 (16,9)	0,03
Normal	13 (39,4)	46 (38)	59 (38,3)	1
<i>Hallazgos en colonoscopia</i>				
Hemorroides	14 (28,6)	104 (54,2)	118 (49)	0,001
Divertículos	10 (20,4)	30 (15,6)	40 (16,6)	0,4
Pólipos	17 (34,7)	58 (30,2)	75 (31,1)	0,61
Cáncer colorrectal	2 (4,1)	7 (3,6)	9 (3,7)	1
Colitis	1 (2)	3 (1,6)	4 (1,6)	1
Angiodisplasia	2 (4,1)	0 (0)	2 (0,8)	0,04
Normal	22 (44,9)	111 (57,5)	132 (54,8)	0,15

Nota: Los resultados se expresan en valor absoluto y en porcentaje sobre el total de las exploraciones solicitadas desde cada nivel asistencial (entre paréntesis).

AE: atención especializada; AP: atención primaria; EDA: endoscopia digestiva alta.

Discusión

El concepto de medicina basada en la evidencia (MBE) alude a un nuevo enfoque en la docencia y práctica de la medicina, en el que se resalta la importancia del examen de las pruebas o «evidencias» procedentes de la investigación. De todos modos, su utilidad práctica es controvertida. En encuestas realizadas a médicos de AP en Alemania, hasta un 33% de los facultativos rechazaba su aplicación en el cuidado de pacientes¹⁹. En un estudio con grupos focales en médicos de AP en nuestro medio, los facultativos muestran una actitud positiva hacia la MBE pero la aplicación en la práctica diaria es escasa, especialmente en relación con la falta de tiempo y la presión asistencial²⁰. Así, en nuestro caso, durante el periodo analizado, el 78% de las endoscopias realizadas por dispepsia o rectorragia en nuestro centro fueron realizadas a pacientes inicialmente derivados a consultas de AE. Al ser un estudio retrospectivo, no hemos podido evaluar si los pacientes derivados cumplían los criterios por los cuales se podían solicitar exploraciones desde AP o qué pruebas o tratamientos se habían realizado previamente.

La implementación de una GPC es el proceso de adaptación de una GPC a una realidad específica, su diseminación y promoción y finalmente la evaluación de sus resultados. En

muchos casos el esfuerzo y los recursos invertidos en la elaboración de guías no se ven reflejados en su utilización por parte de los profesionales sanitarios o en cambios sustanciales en la calidad asistencial y en los resultados en salud de la población diana. El efecto de las diversas estrategias utilizadas para la implementación de las GPC es habitualmente moderado y en la práctica clínica se consiguen mejoras de un 10% por término medio^{6,21}. No hay una estrategia de mejora que vaya a funcionar en todos los casos, sino que la utilidad de cada una de ellas vendrá dada por la interacción de diversos factores: el tipo de cambio que se pretende conseguir, el lugar donde se quiere implantar y las barreras y los facilitadores existentes. En nuestro caso, hemos utilizado diversas estrategias: envío de material a los centros de salud (protocolos asistenciales, algoritmos de actuación, petición de endoscopia) y charlas educativas en diversos puntos del área de salud para la puesta en marcha, auditoría y retroalimentación para la evaluación de resultados y modificación de los protocolos.

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales es básica para ofrecer una asistencia de calidad con un uso racional de los recursos. Sin embargo, las relaciones y la coordinación entre AP y AE son complejas y a veces basadas en el desconocimiento mutuo. En una encuesta remitida a

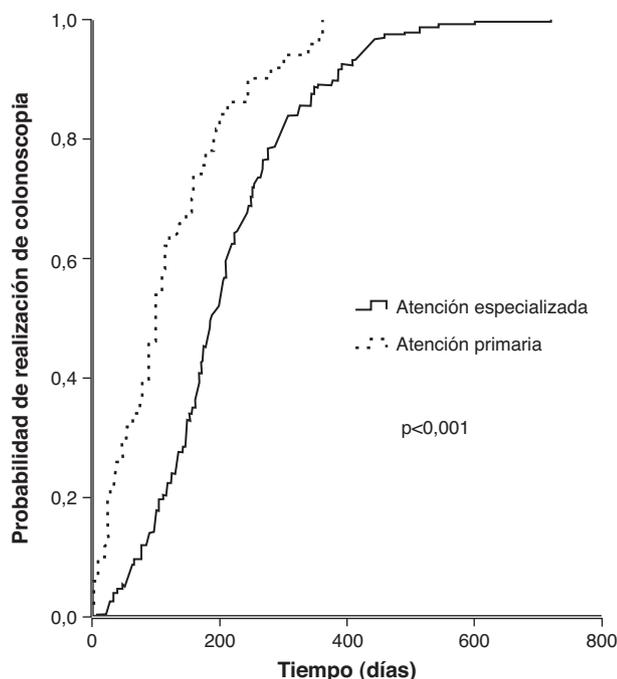


Figura 2 Tiempo de demora desde la derivación en las colonoscopias solicitadas por rectorragia: comparación entre las solicitadas por atención primaria y las solicitadas por atención especializada.

gastroenterólogos y médicos de AP, la valoración global de la relación se consideró muy deficiente o insuficiente por el 62,3% de los gastroenterólogos y por el 55,6% de los médicos de familia²². Así mismo, el 64% de los gastroenterólogos consideró que la calidad asistencial para la patología digestiva en AP era muy deficiente o insuficiente. Por su parte, el 21,1% de los médicos de familia consideró muy deficiente o insuficiente la calidad asistencial de los gastroenterólogos²². En nuestro sistema sanitario los médicos de AP son la principal puerta de entrada en el sistema sanitario. La derivación a AE pretende adecuar la intensidad de la atención a la gravedad y/o infrecuencia de la enfermedad. Los aspectos claves son determinar dónde se atienden mejor los problemas de los pacientes y cuándo se necesita el concurso del especialista^{4,23}. Nuestra línea de trabajo se basa en el desarrollo de criterios de tratamiento y derivación a AE basados en la evidencia evaluables, en la formación médica continuada y en la creación de canales de comunicación. Aunque la evidencia sobre las estrategias para mejorar la derivación a AE es escasa, la formación local activa, que involucra a especialistas de AE, y las hojas de directrices estructuradas sobre derivación son las únicas intervenciones que tienen repercusión sobre las tasas de derivación de pacientes ambulatorios²⁴.

En cuanto al acceso a la endoscopia desde AP, en nuestro medio conviven 2 modelos: uno restrictivo, donde el médico de AP debe remitir al paciente a consultas de AE; y otro modelo de acceso abierto. El porcentaje de acceso a las endoscopias desde AP en nuestro país se sitúa en el 65%²⁵. En nuestro caso, hemos pasado de un modelo restrictivo a otro de acceso abierto basándonos en indicaciones precisas. Debemos destacar 3 cuestiones. La primera de ellas es

que la adecuación a los criterios de indicación establecidos es elevada. Este nivel de adecuación es similar al obtenido tras la implantación de una vía rápida ante una alta sospecha de cáncer colorrectal en el área 11 de Madrid, donde se situó en el 85%²⁶. Una de las limitaciones de nuestro estudio reside en que no se pudo recoger la adecuación al protocolo en las endoscopias solicitadas desde AE. Esto es debido a que no existía un protocolo de solicitud de endoscopia con ítems cerrados desde AE y dichos ítems no estaban recogidos de forma fiable en la historia clínica. Por otra parte, aunque la mayor parte de los pacientes derivados a las consultas de AE por dispepsia y rectorragia son evaluados mediante exploraciones endoscópicas, no podemos determinar si se han realizado exploraciones endoscópicas en la totalidad de los pacientes. En este sentido, los estudios que han evaluado el nivel de adecuación de las endoscopias según los criterios de la *American Society of Gastrointestinal Endoscopy* y del *European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy* (EPAGE) no han encontrado diferencias entre los 2 niveles asistenciales^{11,27-29}. Por otra parte, no hemos detectado diferencias en la detección de lesiones significativas (neoplasias, adenomas, EII, lesiones pépticas, etc.) entre las 2 cohortes. Tenemos que destacar que la mayoría de las endoscopias, tanto EDA como colonoscopias, no detectaron lesiones significativas. En el caso de las EDA esto puede estar relacionado con que muchos pacientes han recibido tratamiento antisecretor hasta la realización de la prueba. Sin embargo, la tasa de hallazgos en nuestra serie es similar a la de otras series publicadas en nuestro medio²⁸.

Otro beneficio reside en la disminución de los tiempos de demora desde la derivación y de los recursos utilizados en el manejo de los pacientes. Los tiempos de demora hasta la realización de las endoscopias es un problema asistencial habitual. En nuestro caso, estos tiempos se sitúan por encima de los 90 días. Los documentos en los que se definen los tiempos de demora recomendados para cada exploración endoscópica son escasos³⁰. Existen 3 estrategias para reducir los tiempos de demora: poner en marcha unidades de endoscopia abierta, incrementar la oferta de endoscopias para ajustarla a la demanda y, finalmente, establecer indicaciones precisas en función de criterios definidos. En este sentido, en nuestro medio, las exploraciones que se adecuan a los criterios del EPAGE tienen mayor rendimiento diagnóstico que las inadecuadas (30 frente a 7%, $p < 0,001$)¹¹.

Otra de las limitaciones de nuestro estudio es que no hemos podido evaluar si se han modificado los tiempos de demora respecto a la situación previa. Antes del inicio del programa de aumento de capacidad resolutoria, no se podían solicitar exploraciones endoscópicas desde AP. En cambio, en un análisis de la efectividad hemos evaluado los cambios en los motivos de derivación desde AP a las consultas de AE, sin encontrar diferencias tras la implementación de las GPC¹⁸. Esto concuerda con el dato expresado previamente de que la mayor parte de las exploraciones endoscópicas con las indicaciones de dispepsia o rectorragia siguen siendo solicitadas desde AE.

Finalmente, dentro del programa de coordinación con AP, 2 de los objetivos de desarrollo son la evaluación continuada de los resultados y, por otra parte, la adaptación a la evidencia disponible. En este sentido, en la última modificación realizada se ha puesto en marcha el test de aliento del *H.*

pylori en AP para implementar la estrategia *test & treat* en nuestra área sanitaria.

En conclusión, la puesta en marcha de una unidad de endoscopia abierta basada en la implementación de GPC reduce los tiempos de demora desde la solicitud con un grado de adecuación y de detección de lesiones endoscópicas adecuado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

A los Dres. Menéndez Villalba y García de la Infanta, por su impulso desde su cargo como directores médicos de atención primaria del Área Asistencial de Ourense y del Complejo Hospitalario de Ourense, respectivamente. A los Dres. Surroca Rusiñol, Diéguez Estévez, Outeiriño López (Atención Primaria), Macenlle García, Vega García-Luengos y Sánchez Hernández (Aparato Digestivo), por su entusiasmo y trabajo en el grupo de aumento de capacidad resolutoria de Atención Primaria en Digestivo de Ourense.

Bibliografía

- Jones R. Primary care research and clinical practice: gastroenterology. *Postgrad. Med J.* 2008;84:454–8.
- Jones R, Hunt C, Stevens R, Dalrymple J, Driscoll R, Sleet S, et al. Management of common gastrointestinal disorders: quality criteria based on patients' views and practice guidelines. *Br J Gen Pract.* 2009;59:199–208.
- 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.
- de Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanes F, Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;35:146–51.
- van Bommel MJ, Numans ME, de Wit NJ, Stalman WA. Consultations and referrals for dyspepsia in general practice—a one year database survey. *Postgrad Med J.* 2001;77:514–8.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess.* 2004;8:1–72.
- Halder SLS, Macfarlane GJ, Thompson D, O'Brien SJ, Musleh M, McBeth J. Predictors of persistent gastrointestinal symptoms among new presenters to primary care. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2010;22:296–305.
- van den Heuvel-Janssen HM, Borghouts JJ, Muris JWM, Koes BW, Bouter LM, Knottnerus JA. Chronic non-specific abdominal complaints in general practice: a prospective study on management, patient health status and course of complaints. *BMC Family Pract.* 2006;7:12.
- Luis J, García Z, Jiménez-Ojeda B, Marín M. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc).* 2002;118:302–5.
- Hutchinson A, McIntosh A, Cox S, Gilbert C. Towards efficient guidelines: how to monitor guideline use in primary care. *Health Technol Assess.* 2003;7:1–116.
- Fernández-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Llach J, Pellisé M, Gineš A, Balaguer F, Mata A, et al. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de la atención extrahospitalaria. *Med Clin.* 2007;129:205–8.
- Sánchez del Río García A, Alarcón Fernández O. Unidades de endoscopia digestiva de acceso abierto. *Med Clin (Barc).* 2008;130:597–8.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 2. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2008. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2008.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 1. Asociación Española de Gastroenterología Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007.
- Plan de Mellora da Atención Primaria. Galicia 2007-2011 (Documento presentado polo Sergas o 2 de marzo de 2007). *Cad Aten Primaria.* 2006; 13:295-316.
- 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 Enf Dig.* 102. 2010;Suppl 1:S82.
- Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M, Dieterle WE, Böcken J, Rieger MA. German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines - a national survey. *BMC Family Pract.* 2006;7:47.
- López MCS, Madrigal de Torres M, Sánchez JAS, Puche JFM, Ontoso EA. ¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales. *Aten Primaria.* 2010;42:507–13.
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC-Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007.
- 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.
- Gervas J, García Olmos L, Simo J. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Aten Primaria.* 2008;40:253–5.
- Grimshaw JM, Winkens RAG, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Revisión Cochrane traducida). In: *En: La Biblioteca Cochrane Plus. Número 2.* Oxford: Update Software Ltd; 2008.

25. Gené E, Sánchez-Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:327–34.
26. Valentín López B, Gracia San Román J. Evaluación del rediseño del proceso diagnóstico en cáncer colorrectal. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS No 2006/04*. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2006.
27. Sánchez-del Río A, Quintero E, Alarcón O. Idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva alta en unidades de acceso abierto. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:119–24.
28. ASGE Guidelines for Clinical Application. Establishment of gastrointestinal endoscopy areas. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 1999;50:910-912.
29. Juillerat P, Peytremann-Bridevaux I, Vader J-P, Arditi C, Schusselé-Fillietaz S, Dubois RW, et al. Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II). Presentation of methodology, general results, and analysis of complications. *Endoscopy*. 2009;41:240–6.
30. Paterson WG, Depew WT, Pareï P, Petrunia D, Switzer C, Veldhuyzen van Zanten SJ, et al., for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care Membership of the Consensus Group. *Can J Gastroenterol*. 2006;20.