



EL DÍA A DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HARÍA USTED ANTE UN PACIENTE...?

Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada[☆]

J.M. Báez Montilla^{a,*}, A. Sánchez Oropesa^b, G. Garcés Redondo^a, R. González Carnero^b, L. Santos Béjar^a y F. López de Castro^c

^a Centro de Salud Santa María de Benquerencia, Toledo, España

^b Centro de Salud Sillería, Toledo, España

^c Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo, Toledo, España

Recibido el 19 de septiembre de 2011; aceptado el 28 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 6 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Interconsultas;
Derivación;
Atención primaria;
Atención
especializada

Resumen

Objetivos: Conocer los motivos y características de las derivaciones desde atención primaria a especializada en el área de Salud de Toledo.

Material y métodos: Estudio de tipo descriptivo transversal. Se revisó una muestra de las interconsultas a especializada realizadas por 26 médicos de familia, pertenecientes a 8 centros de salud docentes, en febrero de 2011. Por cada una, se cumplimentó un cuestionario que recogía datos del paciente, motivo y características de la derivación.

Resultados: Se recogieron 332 interconsultas; la edad media de los pacientes fue de 51,3 años (DE 17,9); el 60,1% mujeres; el 30,7% pensionistas; el 54,8% presentaban patología crónica; el 85,8% procedía del medio urbano.

Las especialidades más consultadas fueron: Traumatología (63), Ginecología (53) y Oftalmología (41). El 78,9% fueron vía normal y 47,4% fueron primeras consultas. Un 12,7% eran revisiones programadas, en su mayoría (51,4%) por el especialista hospitalario.

El 69,8% (IC95% 64,5–74,7%) precisaba seguimiento o tratamiento por el especialista. El 57,7% (IC95% 52,3–63,1%) requería pruebas diagnósticas especiales. En el 29,8% (IC95% 25,0–35,1%) no estaba claro el diagnóstico.

En el 28,9% de las derivaciones había antecedentes de consulta reiterada por esa sintomatología. En el 38,4% (IC95% 33,0–43,7%) hubo solicitud expresa por familia o paciente. El 5,4% tenía mala relación con el paciente.

Conclusiones: La mayoría de las derivaciones se hacen por vía normal y a especialidades quirúrgicas. La necesidad de seguimiento y/o tratamiento por parte del especialista hospitalario o la imposibilidad de solicitar determinadas pruebas desde atención primaria fueron los principales

[☆] El trabajo ha sido presentado en el XII Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, celebrado en Cuenca, en mayo de 2011.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliabaez2001@hotmail.com (J.M. Báez Montilla).

KEYWORDS

Interconsultation;
Referrals;
Primary Care;
Specialist care

motivos para solicitar la atención del segundo nivel asistencial. Existe un alto porcentaje de interconsultas inducidas por la familia/paciente.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Reasons and determining factors for referrals between primary and specialised care
Abstract

Objectives: To determine the reasons and characteristics of referrals from Primary to Specialised Care in the Health Area of Toledo (Spain).

Material and methods: A descriptive, cross-sectional study was conducted by reviewing a sample of the referrals to specialists made by 26 general practitioners from eight Teaching Health Centres during February 2011. All of them completed a questionnaire which recorded patient data, and reason and characteristics of the referral.

Results: A total of 332 referrals were recorded; the mean age of the patients was 51.3 years (SD; 17.9); 60.1% females; 30.7% pensioners; 54.8% had a chronic disease; 85.8% were from an urban environment.

The most consulted specialists were: Traumatology (63), Gynaecology (53), and Ophthalmology (41). More than three-quarters (78.9%) were by the normal route, and 47.4% were first consultations. Around 12.7% were scheduled reviews, with a majority (51.4%) by a hospital specialist.

More than two thirds (69.8%, 95% CI; 64.5–74.7%) required follow-up or treatment by the specialist. More than half (57.7%, 95% CI; 52.3–63.1%) required special diagnostic tests, and in 29.8% (95% CI; 25.0–35.1%) there was no clear diagnosis. There was a history of a repeated consultation for the same symptomatology in 28.9% of the referrals.

Around 38.4% (95% CI; 33.0–43.7%) were requested specifically by the family or patient. Around 5.4% had a poor relationship with the patient.

Conclusions: The majority of referrals are made by the normal route, and to surgical specialities. The need for hospital specialist follow-up and/or treatment, or the impossibility to request specific tests from Primary Care were the main reasons for requesting care from a second health care level. There were a high percentage of referrals requested by the family/patient.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Atención primaria (AP) constituye el primer nivel asistencial, punto de referencia de los usuarios ante cualquier problema de salud. Se estima que en un periodo de 5 años, la totalidad de la población adscrita a un centro de salud pasa al menos una vez por su médico de familia (MF), produciéndose en torno a 6 visitas anuales por persona¹. Pese a la ingente cantidad de visitas y problemas atendidos que ello supone, este nivel asistencial mantiene una elevada capacidad de resolución, próxima al 95%²⁻⁶, lo que implica que solo un pequeña parte de los pacientes atendidos son remitidos al segundo nivel, ya sea para consultar (interconsulta) o tratar (derivación) su problema de salud. Si bien no es mejor quien menos deriva, sino quien lo hace basándose en unos criterios técnicos adecuados, establecidos en función del estado actual de la ciencia^{7,8}, el mantener un adecuado nivel de interconsultas repercute en el necesario equilibrio entre los 2 niveles asistenciales, fundamental para asegurar una asistencia eficiente y de calidad⁹.

En la decisión de remitir a un paciente a una consulta especializada influyen diferentes factores. El más importante tiene que ver con el problema de salud aquejado por el paciente^{5,10}, pero no es el único. Según algunos estudios, también influyen las características demográficas

de la población, de tal forma que la tasa de interconsulta es mayor en hombres, población envejecida y de bajo nivel socioeconómico¹⁰⁻¹². Por otro lado, parece que la organización de los servicios de salud, las características del centro asistencial, la composición del equipo y las características del cupo también influyen en el volumen de interconsultas^{6,13}. El exceso de pacientes y/o la falta de tiempo del MF también se traducen en una disminución de la capacidad resolutoria y en un aumento de la derivación a otros niveles asistenciales¹⁴⁻¹⁶. Finalmente, existen otros factores dependientes del médico, como la edad, el sexo, la formación, la experiencia profesional o la tolerancia a la incertidumbre, que conforman el llamado «estilo de práctica» del MF y que se pueden traducir en una mayor o menor tasa de interconsulta^{17,18}.

En la bibliografía existente en nuestro país hay bastante información sobre las interconsultas desde el punto de vista de a qué especialidades se dirigen más¹⁹⁻²² e incluso, en temas como urgencias, de la adecuación o no de la derivación^{23,24}. Nosotros hemos querido centrar nuestro trabajo en un aspecto menos estudiado, como son los motivos que originan o influyen en la decisión de derivar al paciente, desde la óptica del MF, que es en definitiva quien decide finalmente dicha derivación. Muchas de las interconsultas vienen motivadas por dudas respecto al diagnóstico o el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3834862>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3834862>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)