



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

Utilidad de la resolución sin visita presencial de las derivaciones desde Primaria a la consulta de Gastroenterología.

Usefulness of the resolution that includes non face-to-face visits of referrals from primary care to the gastroenterology consult.

Alumno

Manuel Pérez Campos

Directoras

María Teresa Arroyo, Patricia Carrera

Grado en Medicina 2011-2017

Índice

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. OBJETIVOS.....	14
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	15
3.2 VARIABLES A ESTUDIO.....	15
3.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	17
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
4. RESULTADOS.....	19
4.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EVOLUCION DE LAS PRIMERAS VISITAS TOTALES, PRIMERAS VISITAS NO PRESENCIALES Y EVOLUCIÓN DE LA DEMORA MEDIA.....	19
4.2 DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LAS PRIMERAS VISITAS TOTALES Y NO PRESENCIALES POR CENTRO DE SALUD.....	21
4.3 DESCRIPCIÓN DE LOS INFORMES DE RECOMENDACIÓN EN LAS VISITAS NO PRESENCIALES.....	24
5. DISCUSIÓN.....	30
6. CONCLUSIONES.....	34
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXO.....	36

Resumen

Antecedentes

En las consultas de Digestivo (CD) del HCU Lozano Blesa instauramos en el año 2011 una nueva dinámica de filtro de todas las derivaciones desde atención primaria (AP) con primeras visitas no presenciales (PVNP) mediante envío de informe con recomendaciones a seguir en AP con la intención de disminuir la lista de espera e inducir una menor utilización de recursos hospitalarios.

Objetivos

Evaluar la eficacia de este sistema sobre la demora media prospectiva de la consulta (DMPC) y la influencia de las PVNP en la demanda de los centros de salud, y analizar si las recomendaciones realizadas son seguidas en AP.

Metodología

Estudio retrospectivo longitudinal desde el año 2010 al 2016, analizando, a partir de los datos proporcionados en el informe de gestión anual del servicio, la evolución de la DMPC, el número total de PV y de PVNP por año, y la demanda por CS. Para analizar el último objetivo, seleccionamos aleatoriamente informes de las PVNP y evaluamos su seguimiento en AP.

Resultados

La nueva dinámica se ha seguido de un claro descenso en la DMPC, con reducción de 101 días que había en 2010 hasta 8,9 días en 2016. De forma paralela hay un descenso del 34,4% del total de las PV, si bien el número de PVNP se mantiene estable. Esta disminución es mayor, en los CS que son más demandantes. En el 78,0% (277/354) de las PVNP los médicos de AP han seguido nuestras recomendaciones. Tan solo en un 4,2% (15/354) se ha derivado de nuevo al enfermo, con diferencias significativas (7,2% varones vs 1,6% mujeres ($p=0,015$)) y por edad (8,2% <55años vs 1,9% de los >55años ($p=0,014$)).

Conclusiones:

El filtro de los volantes de derivación desde AP ayuda a disminuir la demora media prospectiva con disminución de la necesidad de primeras visitas. Esta disminución es significativa en los centros con mayor demanda. Los informes de recomendación de las PVNP son seguidos mayoritariamente en AP, si bien no disponemos de herramientas para evaluar la satisfacción de todos los elementos implicados.

Palabras clave: *derivación, atención primaria, lista de espera, primeras visitas, digestivo.*

Abstract

In 2011 a new way of filtering the derivations from primary care to the gastroenterology department in HCU Lozano Blesa was established. It consisted in having first non-face to face appointments by sending a letter that explained the information patients had to follow with the aim of reducing waiting lists and the use of hospital resources.

Objectives:

Evaluate this system's efficacy on the average of the delay in the gastroenterology department, the influence of the first non-face to face appointments in healthcare centre and analyse whether the recommendations are being followed in primary care.

Methodology:

It is a longitudinal prospective study, from 2010 to 2016 that analyses the evolution of the delay in the gastroenterology department, the total amount of first appointments and first non-face to face appointments each year, and the demand depending on the healthcare centre. To analyse out last objective, we selected randomly reports from the first non-face to face appointments and we evaluated the follow-up in primary care.

Results:

Results have shown a big reduction in the waiting lists, from 101 days in 2010 to 8,9 days in 2016. Also, there is a reduction of the 34,4% from the total of the first appointments whereas the first non-face to face appointments remains stable. This reduction is higher in the more demanding healthcare centres. The 78,0% (277 out of 354) of the recommendations written in the non-face to face appointments have been followed by the GPs. Only a 4,2% (15 out of 354) of the patients were sent again to hospital, showing statistical differences between men and women (7,2% vs. 1,6% with $p=0,015$) and age (8,2% in <55 years vs. 1,9% in >55a with $p=0,014$)

Conclusions:

Filtering the patient referral from primary care helps reducing the average of the delay with a reduction of first appointments sent from primary care. This reduction is statistically significant in the most demanding healthcare centres. Reports are mainly followed in primary care, even though we don't have the way to evaluate the satisfaction of the whole elements that have been studied.

Key words: *referral, primary care, waiting lists, first appointments, gastroenterology*

1. Introducción

Según recoge la Constitución Española, en su artículo 43, los ciudadanos tienen el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

Así, la descentralización política hacia las comunidades autónomas, ha intentado aproximar la gestión a los ciudadanos, debiendo asegurarles tres máximas, como son la equidad, la calidad y la participación ciudadana, entendida esta última como el respeto a la autonomía del paciente tanto en sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del sistema.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa.

La Atención Primaria (AP) pone a disposición de la población una serie de servicios básicos para la salud cercanos a su domicilio, siendo lo óptimo que cualquier persona pueda llegar a su centro de atención primaria en menos de 15 minutos. Dada su disposición en el entramado de la comunidad y su elevada accesibilidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.¹

Entre las funciones del médico de atención primaria (MAP), se encuentra la resolución de los problemas de salud más comunes y para los que esté capacitado, haciendo de filtro al nivel especializado de aquellos no resueltos en el nivel primario, ya sea porque requiera conocimientos específicos o porque se precise de recursos tecnológicos solo disponibles por el médico especialista:

-Para la resolución de los problemas se publicó en 1984, junto con la reforma de la AP, unas guías de funcionamiento sobre los equipos de atención primaria², cuyo objetivo era hacer de la AP un primer escalón del sistema sanitario con una elevada capacidad de resolución de problemas. En la práctica, no se han culminado todos los objetivos, pues desde la AP presentan diferentes trabas a la hora de hacer tan resolutiva como gustaría la consulta, como pueden ser: el poco tiempo que se les concede por consulta, la necesidad de realizar tareas administrativas que ocupan parte de estas breves consultas, la cronificación de pacientes que terminan haciéndose dependientes de la consulta de su MAP (consultas autogeneradas) y la posiblemente infrautilizada labor de enfermería para la resolución de problemas agudos. Todo esto ayuda a provocar una elevada prevalencia de burnout³ entre los MAP y a hacer sus consultas menos resolutivas de lo que podrían ser.^{4 5}

-La función de filtro pretende adecuar la intensidad de la gravedad y/o rareza de la enfermedad. Así, se pretende que se invierta la mayor parte del recurso tecnológico y se vean beneficiados aquellos pacientes que más lo necesitan, y se evita su uso innecesario por quienes no lo necesitan.⁶

El ejercicio de la práctica clínica trae consigo más beneficios que perjuicios, lo que justifica su realización y su buena valoración socialmente, no obstante, cuando se realizan actuaciones por encima de lo necesario, como pueden ser el exceso de pruebas complementarias o “sobret ratamiento” de pacientes, la balanza comienza a inclinarse hacia los perjuicios o iatrogenia, disminuyendo los beneficios de la actuación médica. Así, en una sociedad cada vez más medicalizada y demandante, los médicos debemos aumentar las precauciones para ofrecer cuidados de “baja intensidad y buena calidad”⁷.

La Atención Especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Ello debe permitir que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente.⁵

Como indicador para medir la demanda derivada desde el MAP al especialista, se utiliza el cociente entre el número de derivaciones por médico y el número de visitas atendidas por médico en un periodo. Este cociente se denomina tasa de derivaciones (TD), la cual se ha mantenido constante en torno al 6-7% a lo largo de las últimas décadas.⁸

En la actualidad, la población de nuestro país tiene mayor información a través de los medios de comunicación, internet o redes sociales y exigen más calidad en la asistencia del profesional médico, exigiendo con mayor frecuencia ser visitado por el especialista. De hecho, como se objetiva en un estudio, la tasa de derivación es mayor en los grupos de edad que menos se beneficiarían de la visita al médico especialista y que tienen menos posibilidades de tener una patología orgánica importante, siendo los menores de 45 años los que presentan la TD más alta en comparación con los grupos de 45-65 años y los mayores de 65. Así, también se hace palpable una correlación positiva entre la TD y el grado de presión que el médico siente por parte del paciente para derivarlo.⁷

Sin embargo, al ciudadano con un problema de salud, no le interesa cómo se organiza el sistema sanitario, le interesa que su problema sea solucionado en un corto periodo de tiempo y, en muchas ocasiones a poder ser, por un médico especialista. Esto, ha derivado en una preocupación por el aumento del tiempo de las listas de espera (LE) en las últimas décadas⁹, pues generan una peor atención al paciente con deterioro en la coordinación y calidad asistencial.¹⁰ Hay que aceptar, que este aumento del tiempo de demora, es un problema a solucionar y que es debido a múltiples factores causales, entre los cuales se pueden encontrar:

- El envejecimiento de la población y la mayor demanda en la población de menor edad por problemas funcionales y/o banales.⁷
- Un importante porcentaje de pacientes es re-citado por el médico especialista al que consulta, entrando en un bucle, en ocasiones, poco resolutivo, que contribuye a aumentar las listas de espera.⁵
- Muchos de estos pacientes que reciben una atención continuada por el médico especialista, cuando se les halla un problema que podría ser competencia de otra especialidad, es derivada a esta en lugar de ser enviado a su médico de atención primaria, que es el que debe llevar el seguimiento transversal y continuado del paciente.⁵
- El mayor bienestar económico de la sociedad, se ha visto que corresponde con un mejor nivel de salud (médicamente valorado) y un paradójicamente, peor nivel subjetivo de la misma,⁴ lo que hace que ésta sea cada vez más exigente y exija de visitas al especialista o pruebas médicas, en ocasiones innecesarias, que ayudan a aumentar las listas de espera.⁴
- La burocratización de la actividad que sufren los MAP para hacer su tarea les dificulta enormemente su actividad y les impide poder ser lo más eficiente posible, lo que

conlleva a aumentar la TD por falta de tiempo para solucionar los problemas de salud reales de los pacientes.¹¹

Ante este problema multifactorial, se han ideado diferentes soluciones, con mayor o menor éxito. Por ejemplo:

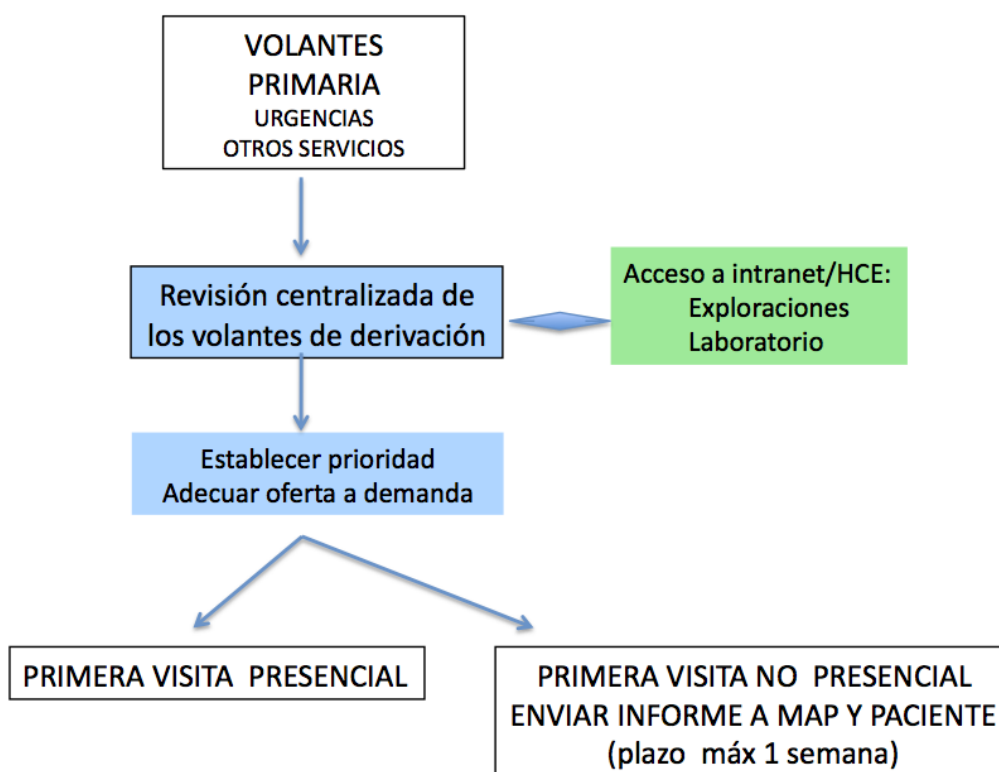
El servicio de gastroenterología de Ourense en el año 2009 se estudió la efectividad de la implantación de la consulta de alta resolución (CAR). Estas CAR, definidas como “el proceso asistencial ambulatorio en el que queda establecido un diagnóstico junto con su correspondiente tratamiento y reflejados ambos en un informe clínico, siendo realizadas estas actividades en una sola jornada y en un tiempo aceptado por el usuario tras recibir la información oportuna”. Así, tras valorar al paciente en una primera visita hay dos opciones: alta en el mismo día tras realizar las pruebas complementarias y exploraciones precisas o citarlo para otro día para realizar las pruebas pertinentes, tras lo cual será nuevamente citado en la consulta.¹² En este estudio se determinó que la implantación de una CAR, no supuso una disminución en el número de derivaciones desde atención primaria ni una modificación significativa en el motivo de estas. Se produjo una reducción de las listas de espera, sin embargo, con un consumo de recursos muy superior (aumentaba la proporción de pacientes a los que se les solicitaba exploraciones complementarias) respecto al resto de consultas pese a tener similares motivos de consulta.¹³

En otras ocasiones, para acelerar el estudio de patologías relevantes como el cáncer y evitar que los pacientes sean derivados a urgencias para su diagnóstico se ponen en marcha vías preferentes que no consiguen el efecto deseado. En el Reino Unido, se decidió crear una lista de espera preferente para los pacientes con sospecha fundada de cáncer, que inicialmente fue útil, pero que posteriormente, con el retraso de la lista de espera tradicional, se fue sobrecargando de pacientes que el MAP deriva etiquetándolos de preferentes sin serlo para acortar la espera, más que por la cierta sospecha de patología relevante. Así, una mejora del circuito de derivación puede no ser tampoco la solución del problema de las LE.^{5 14}

En las consultas de Digestivo del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en el año 2010, la demora en la atención de las primeras visitas derivadas desde atención primaria suponía un importante problema, pues llegaban a superar los 6 meses. Con el objeto de adecuar (y en su caso eliminar) dicha lista de espera en la consulta de atención especializada, coordinándola con el primer nivel asistencial de AP, alrededor de las necesidades del paciente y buscando la mayor eficiencia, fue modificada la dinámica de las primeras visitas solicitadas desde AP. En un principio, se bloqueó la posibilidad de cita directa desde AP y se pasó a revisar

semanalmente todos los volantes de derivación, diferenciando aquellos enfermos cuya patología precisaba de una visita presencial y otro grupo de pacientes, cuyo problema podría ser solucionable a nivel ambulatorio en el primer nivel asistencial, adjuntándosele un informe con las recomendaciones a seguir por su MAP. A esta segunda manera de resolver la primera visita se le denominó “primera visita no presencial” (PVNP) e incluía la revisión de todas las pruebas o informes disponibles del paciente en la historia clínica electrónica (HCE), que les facilitaba poder emitir el citado informe con recomendaciones del manejo del caso.

Flujo de la consulta general digestivo



En un plazo de seis meses con la implantación del nuevo diseño de gestión de las primeras visitas y aumentando, durante ese periodo, la oferta para las primeras visitas presenciales, se observó que la lista de espera se adecuaba al límite marcado por las leyes de garantía del Salud de tiempos máximos en atención ambulatoria. Con esta dinámica se ha continuado hasta la actualidad por lo que nos hemos planteado en este trabajo analizar su eficacia y ver si con las primeras visitas no presenciales y el envío de un informe de recomendación hemos sido

capaces de solucionar los problemas del enfermo y ayudar en la toma de decisiones a los médicos de atención primaria con una menor utilización de los recursos hospitalarios.

2. OBJETIVOS

Objetivos primario

Evaluar la eficacia de la implantación de las visitas no presenciales en la demora media prospectiva de la consulta de digestivo.

Objetivos secundarios

1. Evaluar la influencia de las visitas no presenciales en la demanda de los centros de salud.
2. Evaluar si las recomendaciones realizadas en el informe de la visita no presencial del enfermo son seguidas en AP y no inducen a una mayor utilización de recursos hospitalarios como la solicitud de pruebas o nuevas derivaciones.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal de las primeras visitas atendidas en las consultas de digestivo derivadas desde AP desde el año 2010 al 2016.

En primer lugar, analizaremos, a partir de los datos proporcionados en el informe anual del servicio de información para la gestión del Servicio de digestivo, el número total de primeras visitas atendidas por año, la evolución de la demora media prospectiva de la consulta y la demanda por centros de salud. A partir de la información recogida en el sistema informático de citas Hphis calcularemos el total de primeras visitas presenciales y el total de primeras visitas no presenciales por cada año analizado. De esta forma podremos valorar el cambio sobre las variables respuesta (visitas y demora) que se van produciendo a lo largo del tiempo.

Además, para dar respuesta al último objetivo, del total de primeras visitas no presenciales seleccionaremos de forma aleatoria unos 50 informes de cada año. En ellos analizaremos si el médico de AP sigue nuestra recomendación o si solicita exploraciones no indicadas o deriva al paciente a otro servicio para su resolución en un plazo inferior a 4-5 meses desde la interconsultas a nuestra consulta. De esta forma podremos valorar de manera transversal a influencia de las informes en el periodo de tiempo 2013-2016.

3.2. Variables a estudio

Se recogieron dos tipos de variables a estudio, procedentes de las diferentes fuentes de información:

3.2.1. Variables relacionadas con las visitas

Estas variables son resultados agrupados procedentes de las bases de datos administrativas, relacionadas con la gestión hospitalaria y almacenadas para nuestro estudio en un archivo de Microsoft Office Excel 2007” concretamente proporcionados en el informe anual del servicio de información para la gestión del Servicio de digestivo.

- Demora media prospectiva por año analizado: variable cuantitativa continua. Unidad de medida: días. Se calcula a partir del dato que nos da el informe anual para la gestión.
- Número total de primeras visitas realizadas para atención primaria en las consultas de digestivo por año.
- Número total de primeras visitas realizadas para atención primaria no presenciales realizadas en las consultas de digestivo por año
- Número total de derivaciones atendidas de forma presencial y no presencial por centro de salud y año. En este punto evaluamos los centros con mayor número de derivaciones y para ello hemos utilizado el punto de corte de >150 primeras visitas atendidas/año.

3.2.2. Variables relacionadas con los informes de recomendación de las primeras visitas no presenciales estudiados:

Estas variables se han recogido de la Historia Clínica Electrónica y almacenadas en una base de datos anonimizada diseñada en exclusiva para este estudio en Microsoft Office Excel 2007.

- Motivo de derivación: Variable cualitativa nominal policotómica. Los valores posibles: esófago de Barret, cribado CRR, dispepsia, ERGE, hernia de hiato, hipertransaminasemia, litiasis biliar, rectorragias, seguimiento adenomas, SOH + y “otros”, estando agrupados en este último grupo aquellos motivos de consulta con una frecuencia menor de 10 . En el Anexo 1 quedan recogidos.
- Género: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se denomina por el sexo del caso. Valores posibles: varón/ mujer.
- Edad: Variable cuantitativa continúa. Unidad de medida: años. Se determina a partir de la edad recogida en el informe generado desde consultas que se calcula a partir de la fecha de nacimiento y la fecha de solicitud de derivación. Se recodificará para el análisis de los datos en “edad mayor o igual a 55 años y menores de 55 años”.

- Si sigue recomendación del informe: Variable cualitativa nominal dicotómica. Valores posibles: si/no.
- Si se solicitan más pruebas no recomendadas. Variable cualitativa nominal dicotómica. Valores posibles: si/no.
- Pruebas no recomendadas: Variable campo texto
- Si se deriva de nuevo al paciente: variable cualitativa nominal dicotómica. Valores posibles: si/no.
- Tiempo transcurrido desde la primera derivación. Variable cuantitativa discreta. Unidad de medida: días. Se calcula a partir de la fecha del informe hasta la fecha de nueva derivación con un máximo de 180 días.
- Si habría sido evitada la derivación a la consulta si su MAP hubiera solicitado desde el centro de salud una endoscopia digestiva a la que tienen acceso libre (fibrogastroscofia o fibrocolonoscopia). Variable cualitativa nominal dicotómica. Valores posibles si/no. Se ha determinado viendo si en los informes la recomendación que debían seguir era la realización de una de estas pruebas.

3.3 Análisis estadístico

Se realiza en primer lugar un análisis descriptivo de los datos. Las variables cualitativas se expresarán mediante frecuencias relativas y absolutas. Las variables cuantitativas se reportan como media \pm desviación estándar (DE) según su distribución. Para determinar la normalidad de una variable cuantitativa se utiliza la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Para valorar la relación entre las variables a estudio se realiza un análisis bivalente. Coeficiente de correlación de Pearson o Spearman para evaluar relación línea entre dos variables cuantitativas continuas. El coeficiente de correlación puede tomar valores entre -1 y 1, indicando el 0 nula correlación entre las variables. Para estudiar la relación entre dos variables cualitativas se utilizan la prueba de Chi-cuadrado o el test de Fisher cuando esté indicado. Para comparar medias entre grupos independientes se utiliza el test U Mann-Whitney para dos grupos y el test de Kruskal Wallis cuando la variable tiene más categorías.

Para comparar medias de muestras relacionadas se utiliza el test de Wilcoxon o el test de Friedman, según el número de muestras.

Para determinar el cambio entre dos tiempos (*t1 vs t0*) en cuanto al número de visitas se utiliza la siguiente fórmula:

$$\% \text{ cambio} = \frac{\text{Visitas } t1 - \text{Visitas } t0}{\text{Visitas } t0}$$

Se consideran valores de $p < 0,05$ como estadísticamente significativos. El análisis estadístico se realizará mediante SPSS (versión 22.0).

3.4 Aspectos éticos

Este estudio, por su naturaleza retrospectiva, no prevé ninguna intervención activa o cambio natural en el manejo de los pacientes. No existen implicaciones en la práctica clínica habitual. La realización del estudio no interfiere con las tareas asistenciales del centro, no aumenta la lista de espera y no supone una distribución de los recursos que puede afectar al principio de justicia. No se precisa póliza de seguro.

Los datos serán recogidos en una base de datos anónima diseñada en Excel a la cual tendrán acceso exclusivamente los investigadores. Los pacientes son identificados por un ID que no incluía las iniciales, ni el número de historia clínica, ni ningún otro dato identificativo.

Dada la naturaleza retrospectiva del estudio, y que se utilizan datos de gestión no se ha solicitado el consentimiento informado a los pacientes.

4. Resultados

4.1 Descripción general de la evolución de las primeras visitas totales, primeras visitas no presenciales y evolución de la demora media

A partir de los datos obtenidos del informe anual del servicio de información para la gestión del Servicio de digestivo hemos analizado el total de primeras visitas realizadas a atención primaria desde 2010 a 2016. En la figura 1 reflejamos la evolución del número total de las primeras visitas procedentes de primaria, con una clara disminución de las mismas hasta el año 2014, para posteriormente mantenerse más estable, en una cifra cercana a las 3.000 primeras visitas/año. Por el contrario, las primeras visitas no presenciales se mantienen estables desde 2012 a 2016, con una cifra en torno a las 450 visitas anuales.

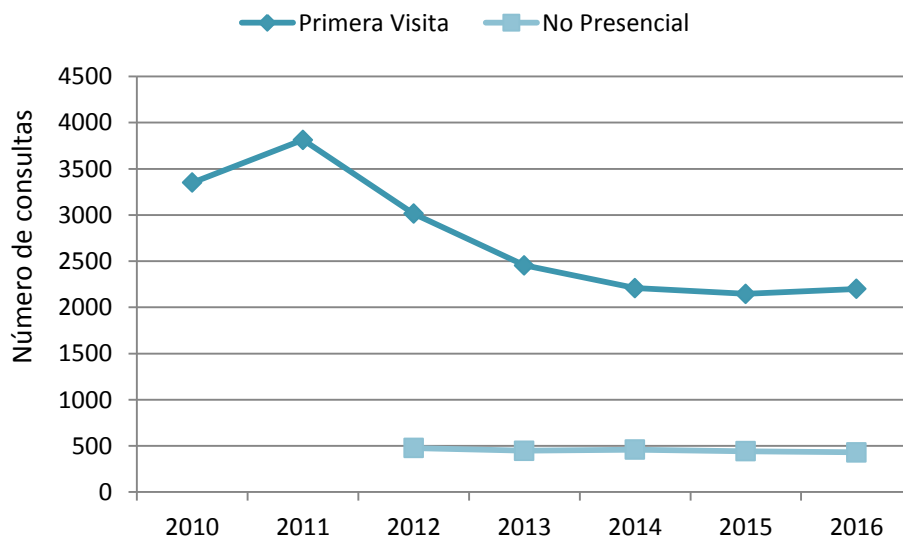


Figura 1. Evolución 2010-2016 de Primeras Visitas

Al comparar el número de las visitas atendidas en 2011 con el año 2016 vemos que se han reducido en un 34,4%, lo que supone 1.151 visitas menos atendidas en 2016 que en 2010

Los datos de demora media (expresados en días) desde 2010 a 2016 quedan reflejados en la tabla 1 y en la figura 2, donde vemos como en su evolución hay una clara disminución, más intensa hasta 2012, para luego ir disminuyendo de forma más lenta.

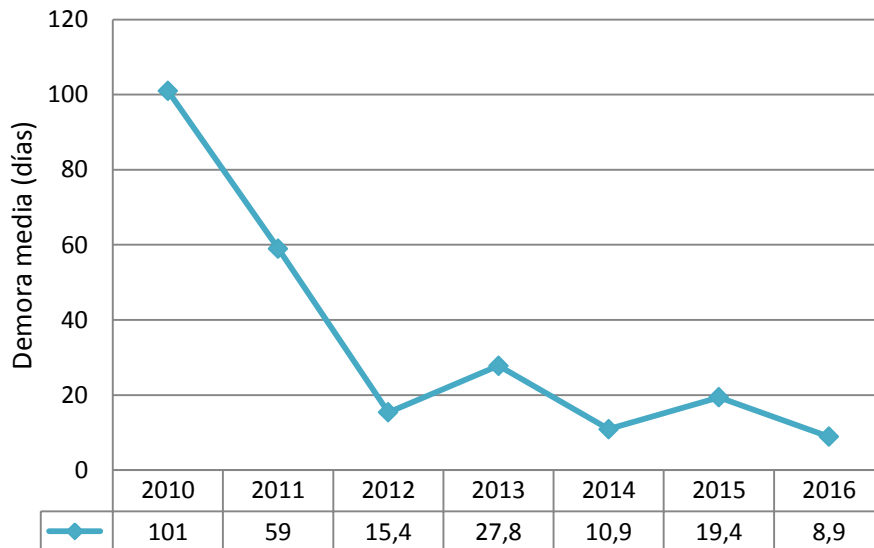


Figura 2. Evolución 2010-2016 de “días de demora media”

La disminución de la demora media podría venir determinada por la disminución de las primeras visitas. El gráfico de la figura 3 muestra los tres parámetros al mismo tiempo. La incorporación de las visitas no presenciales eliminan en parte primeras visitas presenciales no necesarias y por tanto disminuyen la demanda que se refleja en una menor demora para su atención.

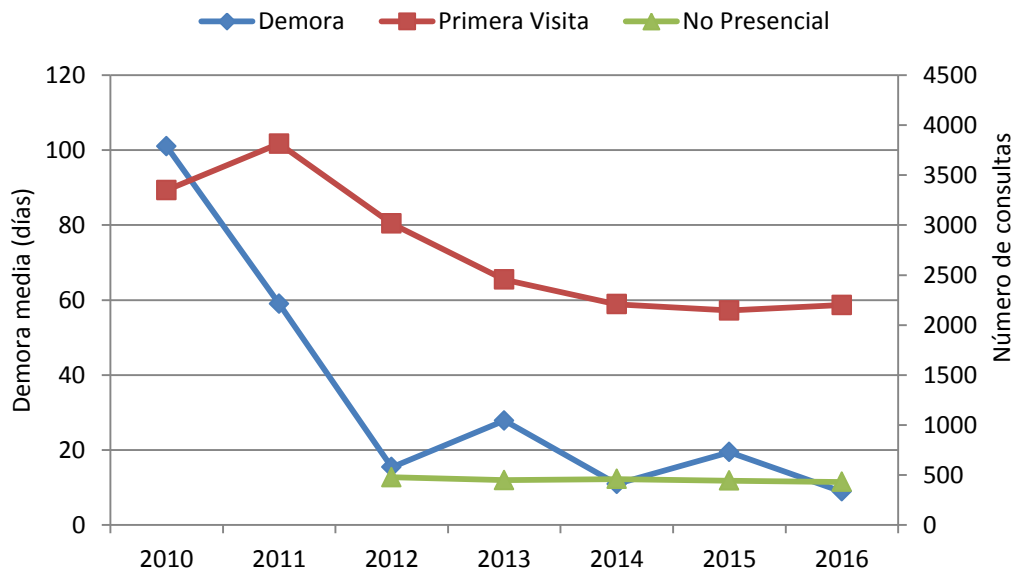


Figura 3. Evolución consultas 2010-2016

4.2 Descripción de la evolución de las primeras visitas totales y no presenciales por centros de salud.

A continuación, analizamos la evolución de las primeras visitas según centro de salud solicitante, cogiendo aquellos centros de salud con mayor demanda (número de visitas superior a 150 visitas por año).

De forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) se observa una disminución del número medio de primeras visitas que los centros de AP demandan de forma anual. Pasando de $278,4 \pm 80,8$ en 2011 a $149,6 \pm 60,9$ en 2016 ($p < 0,001$).

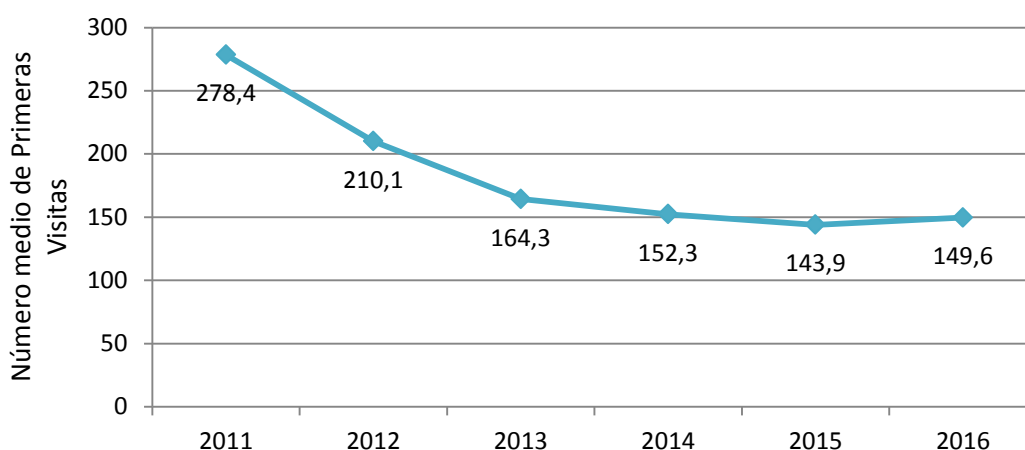


Figura 4. Evolución de primeras visitas desde los centros de salud entre 2010 y 2016

La media de visitas no presenciales por centro de salud se mantiene en torno a 30,0 visitas anuales. No se observan diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos evaluados ($p = 0,502$). La tendencia por centro de salud, muestra un comportamiento individualizado similar, disminución clara de las primeras visitas totales y mantenimiento de las visitas no presenciales.

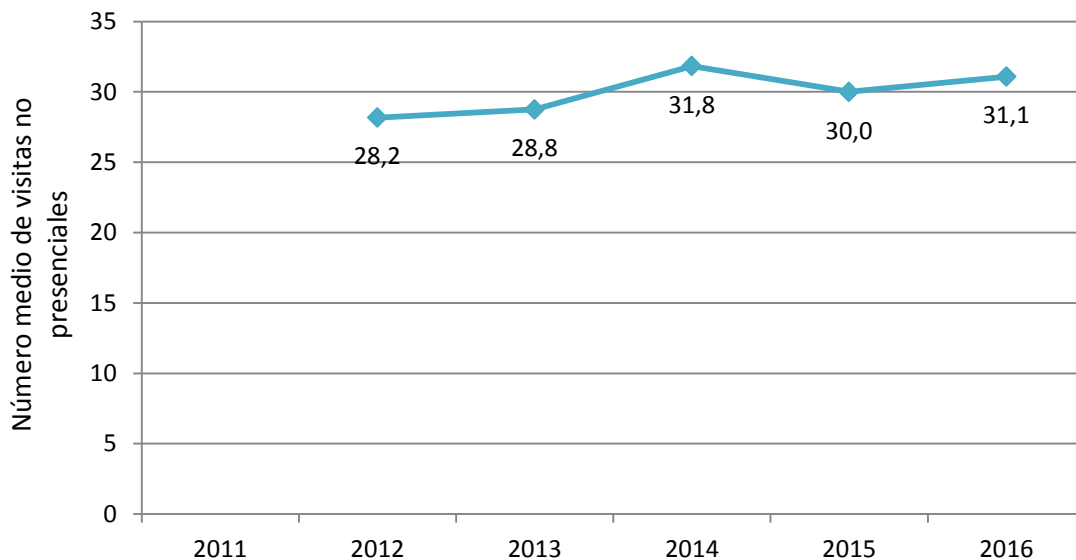


Figura 5. Media de visitas no presenciales por centro de salud

En la Figura 6 se muestra el diagrama de dispersión que valora la relación entre el número de visitas no presenciales y el número total de primeras visitas en el año 2016, de forma estadísticamente significativa ambas variables están relacionadas ($p=0,013$), según confirma el coeficiente de correlación de Spearman con un valor de 0,690. Al aumentar el número total de primeras visitas aumenta el número de visitas no presenciales, lo que parece determinar que los centros de salud más demandantes demandan ambos tipos de visitas. Esta relación es la misma en todos los años, los datos del estudio de correlación se muestran en la siguiente tabla (tabla 1).

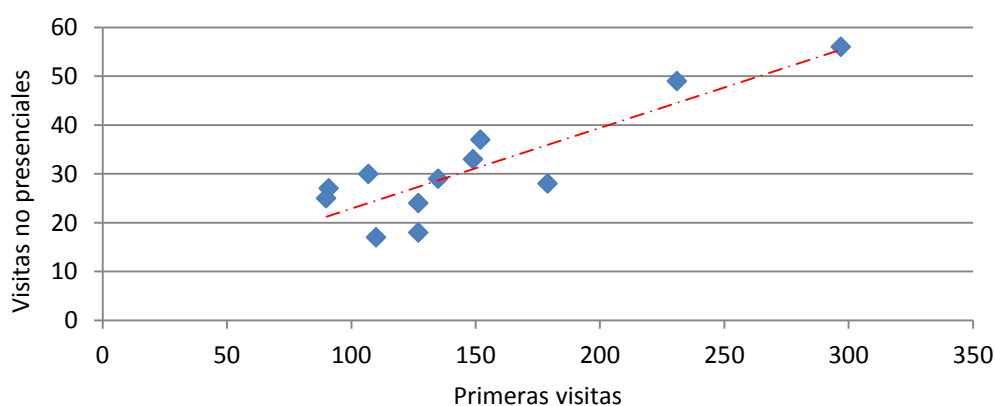


Figura 6. Relación visitas no presenciales y el número total de primeras visitas año 2016 por centros de salud

Tabla 1. Correlación entre las visitas no presenciales y número total de primeras visitas por años

Año	Coefficiente Correlación	p
2012	0,503	0,095
2013	0,892	<0,001
2014	0,657	0,012
2015	0,937	<0,001
2016	0,690	0,013

Se calcula para cada centro de salud el cambio sufrido entre 2011 y 2016 en cuanto al total de primeras visitas se refiere, de media se han disminuido un 46,2% ($\pm 12,4$) en 2016 respecto a 2011. El centro de salud que más ha disminuido las visitas lo ha hecho en un 61,7% y el que menos en un 27,2%, tal y como se muestra en la siguiente figura.

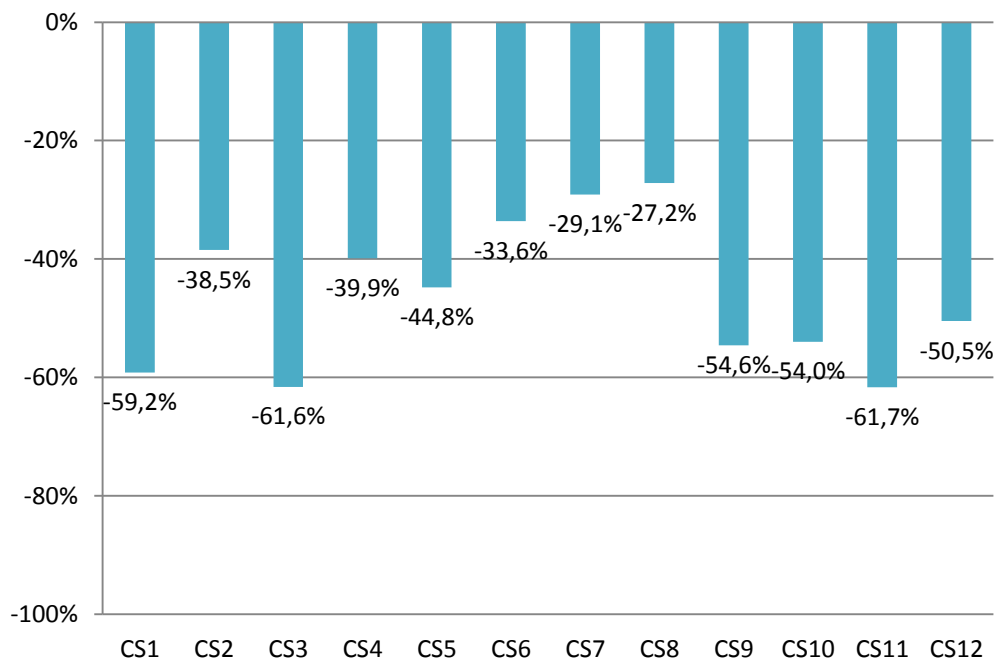


Figura 7. Descenso medio de solicitud de primeras visitas por CS entre 2011 y 2016

4.3 Descripción de los informes de recomendación en las visitas no presenciales.

4.3.1 Descripción general de los informes

Desde el inicio de la nueva dinámica de resolución de las derivaciones desde AP, las consultas externas del Servicio de Digestivo han realizado un total de 15.836 primeras visitas. De las cuales han sido resueltas sin necesidad de visita presencial en un 16,7%. De estas visitas no presenciales hemos seleccionado desde 2013 a 2016 aleatoriamente, para su análisis, un total de 354. De los 354 informes, un total de 188 (53,1%) corresponden a mujeres, siendo por tanto el número de informes de varones 166 (46,9%). La edad media de los pacientes es de 57,1±16,6 años, siendo el paciente más joven de 14 años y el más mayor de 92. El 58,8% (208/354) de los pacientes tiene una edad de 55 años o superior.

En cuanto a las patologías por las cuales se consulta, hay dos motivos que sobresalen sobre el resto, siendo estos la dispepsia y la ERGE, que acumulan entre las dos un total de 101 consultas (28,5%), si bien, existe una marcada heterogeneidad en el resto de motivos de derivación. Hemos agrupado como “otros” aquellas patologías consultadas con una frecuencia inferior a 10. En el anexo 1 quedan recogidos todos los motivos observados y en la tabla 2 las entidades más frecuentes.

Tabla 2. Distribución de los motivos de derivación resueltos con visita no presencial.

Motivos	Casos	Porcentaje
DISPEPSIA	52	14,7
ERGE	49	13,8
SEGUIMIENTO ADENOMA	32	9,0
RECTORRAGIAS	24	6,8
LITIASIS BILIAR	19	5,4
SOH +	16	4,5
ESÓFAGO DE BARRET	13	3,7
HERNIA DE HIATO	11	3,1
CRIBADO CCR	10	2,8
HIPERTRANSAMINASEMIA	10	2,8
OTROS	118	33,3

Del total de los informes emitidos vemos que en un 78,0% (277/354) las recomendaciones han sido seguidas por los MAP, tal y como muestra la figura 8.

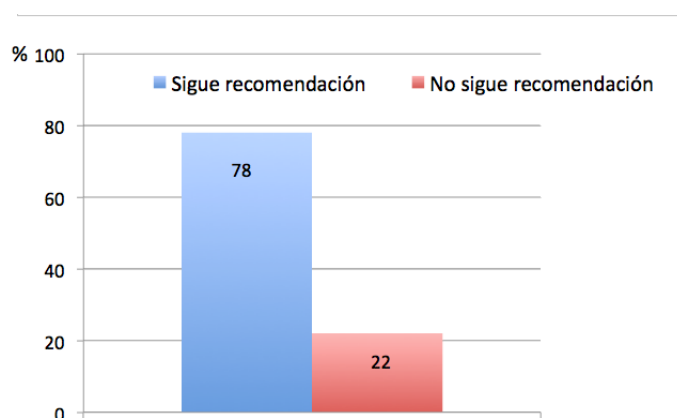


Figura 8. Recomendaciones seguidas por MAP

Del total de informes estudiados se analizó también cuántos de ellos habían realizado pruebas complementarias no recomendadas por los informes del servicio de medicina digestiva. De entre los 354 estudiados, solo el 5,0% (n=18) realizaron pruebas no recomendadas. Así, no seguir las recomendaciones no se está viendo traducido en un aumento de la petición de pruebas complementarias. Estas 18 pruebas no recomendadas están detalladas en la tabla 3.

Tabla 3. Pruebas solicitadas que no seguían recomendación

Prueba solicitada	Casos	Porcentaje
ECO	4	22,2%
FCC	4	22,2%
TEST ALIENTO	3	16,7%
FGC	3	16,7%
AC-EC	1	5,5%
RX	1	5,5%
TC	1	5,5%
DESCONOCIDO	1	5,5%
TOTAL	18	100%

Es de reseñar que solo el 4,2% de los pacientes (15/354) solicitaron una nueva derivación a nuestras consultas tras recibir su MAP el informe con las recomendaciones establecidas. El

principal motivo de nueva derivación fue la persistencia de la clínica, con un 73,3% (11/15), como se puede ver en la tabla 4. El tiempo medio que estos 15 pacientes esperaron desde que recibieron su primer informe hasta que volvieron a ser valorados fue de 94,29±41,83 días, donde el que menos tardó en volver a ser valorado esperó 30 días y el que más 150.

Tabla 4. Motivos de nueva derivación.

Motivos	Nº Casos	Porcentaje
SIGUE CLÍNICA	11	73,3%
ERGE	1	6,7%
RECTORRAGIAS	1	6,7%
VHC +	1	6,7%
PETICIÓN PACIENTE	1	6,7%
Total	15	100%

En nuestro estudio también se analiza cuantas solicitudes de derivaciones se habrían evitado si el MAP hubiera hecho uso de la solicitud de una endoscopia digestiva alta o baja, o lo que es lo mismo, a cuantos facultativos se les respondió que la respuesta del problema que planteaban se podía solucionar con la realización de una de estas pruebas. Esta variable se ha podido analizar en un total de 312 visitas no presenciales, observando que un 23,4% (73/312) de los motivos de derivación precisaban la realización de una endoscopia.

4.3.2 Análisis estratificado según edad del paciente

Así mismo, también han sido estudiadas las posibles relaciones de diferentes variables en función del género y edad del paciente, siendo dividida la edad de los pacientes entre aquellos mayores o iguales a 55 años y los que son menores.

En primer lugar, hemos analizado la relación de los motivos de consulta con respecto a la edad. Esto puede verse en la tabla 5.

Tabla 5. Descripción de los motivos de solicitud de consulta dividida por grupos de edad

Motivos	<55 años (n=146)	≥55 años (n=208)
DISPEPSIA	32 (9,0%)	20 (9,6%)
ERGE	20 (13,7%)	29 (13,9%)
SEGUIMIENTO ADENOMA	4 (2,7%)	28 (13,5%)
RECTORRAGIAS	14 (9,6%)	10 (4,8%)
LITIASIS BILIAR	5 (3,4%)	14 (6,7%)
SOH +	1 (0,7%)	15 (7,2%)
ESÓFAGO DE BARRET	7 (4,8%)	6 (2,9%)
HERNIA DE HIATO	4 (2,7%)	7 (3,4%)
CRIBADO CCR	2 (1,4%)	8 (3,8%)
HIPERTRANSAMINASEMIA	6 (4,1%)	4 (1,9%)
OTROS	51 (34,9%)	67 (32,2%)

Posteriormente se han analizado otras cuatro variables con cada subpoblación de edad. En el estudio de la asociación entre las nuevas derivaciones y la edad, se ha apreciado una asociación estadísticamente significativa ($p=0,014$ en test de Fisher), pues el 7,5% de los menores precisan una nueva derivación frente al 1,9% de los mayores. Así también hemos de resaltar que existe una asociación con valores estadísticamente significativos ($p=0,015$ test de Fisher) entre la “variable endoscopia” y la edad, pues hasta el 28,7% de los mayores de 55 años estudiados para esta variable no habrían precisado de la derivación si desde su MAP se le hubiera solicitado una de estas pruebas frente al 16,7% de los menores. En cambio, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas con las variables “sigue recomendación” y “pruebas no recomendadas”. Todo esto puede verse en la tabla 6.

Tabla 6. Asociación de las distintas variables en relación con la edad del paciente.

Variable	<55 años (n=146)	≥55 años (n=208)	p valor
SIGUE RECOMENDACIÓN	118 (80,8%)	159 (76,4%)	0,361
PRUEBAS NO RECOMENDADAS	7 (4,8%)	11 (5,3%)	1,000
NUEVA DERIVACIÓN	11 (7,5%)	4 (1,9%)	0,014
VARIABLE FGC/ FCC*	23 (16,7%)	50 (28,7%)	0,015

*Datos para 312 de los 354 informes.

4.3.3 Análisis estratificado según sexo del paciente

Así, al igual que hemos hecho con los dos subgrupos de edad, hemos estudiado según el género del paciente su asociación en primer lugar con el motivo de consulta y posteriormente con otras cuatro variables analizadas. En la división por géneros en relación con las distintas patologías no se aprecian diferencias tan destacables como en la división por edad, únicamente cabe destacar una diferencia destacable entre la proporción de mujeres que consultan por clínica dispéptica, bastante superior a las consultas por este motivo en el género masculino.

Tabla 7. Motivos de solicitud de consulta dividida por sexo.

Motivos	Hombre (n=166)	Mujer (n=188)
DISPEPSIA	14 (8,4%)	38 (20,2%)
ERGE	21 (12,7%)	28 (14,9%)
SEGUIMIENTO ADENOMA	19 (11,4%)	13 (6,9%)
RECTORRAGIAS	12 (7,2%)	12 (6,2%)
LITIASIS BILIAR	7 (4,2%)	12 (6,2%)
SOH+	10 (6,0%)	6 (3,2%)
ESÓFAGO DE BARRET	10 (6,0%)	3 (1,6%)
HERNIA DE HIATO	4(2,4%)	7 (3,7%)
CRIBADO CCR	4 (2,4%)	6 (3,2%)
HIPERTRANSAMINASEMIA	5 (3,0%)	5 (2,7%)
OTROS	60 (36,1%)	58 (30,9%)

En esta división por sexos, como en la anterior por edad, también hemos analizado la relación de cuatro variables con el sexo del paciente. Destaca una diferencia significativa ($p=0,015$) entre géneros a la hora de solicitar una nueva derivación, siendo los hombres los que solicitan volver a ser atendidos en el 7,2% de las ocasiones frente al 1,6% de las mujeres. En el análisis del resto de variables no aparecen resultados significativos. Estos datos se pueden apreciar en la tabla 8.

Tabla 8. Asociación de variables con el género del paciente.

Variables	Hombre (n=166)	Mujer (n=188)	p valor
SIGUE RECOMENDACIÓN	133 (80,1%)	144 (76,4%)	0,441
PRUEBAS NO RECOMENDADAS	9 (5,4%)	9 (4,8%)	0,813
NUEVA DERIVACIÓN	12 (7,2%)	3 (1,6%)	0,015
VARIABLE FGC/ FCC*	36 (22,5%)	37 (24,5%)	0,689

*Datos para 312 de los 354 informes.

5. Discusión

En nuestro modelo asistencial, la atención primaria es el primer punto de contacto de los pacientes con el sistema sanitario. La mayoría de las consultas se resuelven en este nivel y un porcentaje, que parece ir en aumento, es derivado al segundo nivel o de atención especializada. Esta derivación de los pacientes desde el primer nivel conlleva unas implicaciones muy importantes para el paciente, para el sistema sanitario y para los costes relacionados de la atención sanitaria. En este punto, la intercomunicación entre los dos niveles es clave en la continuidad de la atención al enfermo, así como en la aplicación de una asistencia sanitaria de calidad. Calidad que se ve muy mermada con las listas de espera y las consecuencias negativas que determina en la coordinación asistencial. Los motivos implicados en la generación de las listas de espera ya hemos hablado en la introducción que son múltiples y no siempre dependen de factores que podamos controlar los servicios de atención especializada^{4 7 11}. No podemos pensar que el problema está sólo en la “laxitud” de la puerta de entrada a partir de AP, porque la asistencia especializada tampoco cumple correctamente su papel resolutivo como puerta de salida.⁵ Además en nuestro medio tenemos el gran handicap de no disponer de una historia clínica electrónica que dificulta enormemente la interrelación entre los niveles y/o servicios que atienden a los pacientes. Y si lo importante es el paciente, es a todas luces evidente que una lista de espera inadecuada genera una peor atención al paciente y un deterioro en la coordinación asistencial. Es por ello que en la consulta de Digestivo, tras revisar las opciones descritas por otros autores, se decidió filtrar los volantes, y ver que pacientes realmente precisaban valoración presencial priorizando los casos preferentes, y en los que se intuía una patología mas banal realizar en la intranet un informe con recomendaciones a seguir en el centro de salud.

El primer objetivo de controlar la demora media disminuyendo la lista de espera, que en el año 2010, año anterior a la instauración del sistema de visitas no presenciales, se situaba en 101 días, se obtuvo de forma rápida y muy bien controlada hasta el mínimo de 8,9 días con el que se cerró el año 2016. El sistema ha funcionado. Un factor que podemos afirmar que ha favorecido a la disminución de la demora media es el descenso de las primeras visitas/año. En el año 2011 las primeras visitas se situaban en números cercanos a las 4000 al año. Desde 2014 hasta 2016, este parámetro se mantiene estable en torno a las 2100 primeras visitas presenciales, sin producirse un aumento de las visitas no presenciales, que se han mantenido también estables entre las 450 y 500 al año. Parece haber, por tanto, un descenso de la TD desde AP al especialista de Aparato Digestivo que contribuye a mejorar la demora media. Estos

descensos pueden haberse debido a un aumento de la capacidad resolutive de los MAP en algunos casos debido a la ayuda en su toma de decisiones que conlleva la emisión de los informes desde el especialista y la posibilidad posteriormente de recordar cómo manejar un cuadro que anteriormente derivó, resuelto mediante visita no presencial. Por otro lado, también es posible que algunos MAP no estén de acuerdo con la instauración del nuevo modelo y que prefieran ser ellos mismos los que solucionan el cuadro a que la orientación del manejo del cuadro sea de manera “virtual”, si bien no disponemos de herramientas eficaces para poder evaluar su satisfacción.

Lo que si parece es que la instauración del sistema de visitas no presenciales ha tenido un mayor impacto en aquellos centros que son más demandantes, es decir, aquellos con primeras visitas totales superiores a 150 por cada año analizado, pues en estos centros, las primeras visitas de media se han disminuido un 46,2% ($\pm 12,4$) en 2016 respecto a 2011 a expensas de las visitas presenciales, puesto que las visitas no presenciales se mantuvieron estables a lo largo de este periodo. Esto nos aporte un argumento a favor de la capacidad resolutive que ha supuesto la instauración del nuevo sistema y que se hace más evidente en este tipo de centros.

Con la disminución en las primeras visitas presenciales parece lógico pensar que la instauración del nuevo sistema ha ayudado directa o indirectamente a que la lista de espera descienda a los números que se tienen en 2016. Por tanto, llegados a este punto lo siguiente en cuestionarse es ¿en qué medida han estado siendo tenidos en cuenta nuestros informes a la hora de abordar la patología desde AP? Con la realización del estudio se ha determinado que el 78,0% de los MAP habían seguido las recomendaciones ofrecidas desde nuestro servicio. Por tanto, hay un porcentaje pequeño (22,0%) de los MAP que no han seguido las recomendaciones, si bien, esto no se ha visto traducido en un aumento de la petición de pruebas complementarias, pues de estos 78 casos sólo 11 médicos solicitaron pruebas que no estaban recomendadas. El problema de evaluar que ha causado que el MAP no haya seguido nuestras recomendaciones es complejo con las herramientas que disponemos. Probablemente en algún caso el MAP no estaba de acuerdo, pero también ha podido influir la presión que del paciente ha podido recibir.

En cuanto a la distribución de los motivos de derivación resueltos con visita no presencial, existe una muestra muy heterogénea con un total de 51 motivos de consulta como se ve en el Anexo 1, si bien, es de reseñar que cerca del 30% las dos entidades que demandan valoración en el segundo nivel son la ERGE y la dispepsia, de las que se dispone una guía consensuada

con las sociedades médicas de familia y digestivo para poderlas manejar en Atención primaria ya que no implican una patología de relevancia. Los motivos que inducen esta conducta puede ser por múltiples causas. A este respecto los estudios demuestran como hoy en día los MAP realizan en algunos casos consultas poco resolutivas debido al incremento de las tareas administrativas¹⁵ y principalmente al poco tiempo de visita médica del que disponen. No tener en cuenta estos factores nos puede llevar a conclusiones erróneas si queremos que el primer nivel asistencial sea eficiente como filtro hay que darle todas las herramientas y tiempo necesario para poder desempeñar su actividad de forma eficiente)¹⁰.

Otro dato que había interés en analizar es en cuántos pacientes precisaban de una nueva derivación, reflejándose que solo el 4,1% de los pacientes han solicitado una nueva consulta, solicitándose sólo en 11 de ellos por seguir presentando la misma clínica. Además, estos pacientes pudieron ser vistos en un plazo de tiempo inferior al que habrían esperado para una primera visita antes de la implantación del nuevo sistema, pues en el año 2010 la demora media se situaba en más de 3 meses.

Cabe a su vez destacar respecto a las nuevas derivaciones, que existen diferencias estadísticamente significativas en los dos subgrupos estudiados, tanto por edad como por sexo: por contra de como cabría esperar, hasta el 8,4% de los <55 años son los que solicitan una nueva derivación, mucha mayor frecuencia que el 1,9% de los >55 años; y a su vez son el 7,2% de los hombres frente al 2,1% de las mujeres los que solicitan una nueva derivación. Estos datos hablan a favor de que la nueva derivación, al igual que se recogió en otros estudios⁷ sobre la TD, esté en relación con el grado de presión que siente el MAP por parte del paciente, y que esta presión sea mayor en varones jóvenes.

Al estudiar los 312 informes para los que se analizó la variable que hace relación a cuántas derivaciones no habrían sido necesarias si su MAP hubiera hecho uso de la solicitud de una prueba endoscópica alta o baja (FGC o FCC), también se aprecian diferencias estadísticamente significativas, en este caso cuando estudiamos la relación de esta variable con los dos subgrupos de edad. En aquellos pacientes >55 años, el 28,4% de los informes emitidos a sus MAP, hacían saber que el siguiente paso en la resolución del problema era la solicitud desde el centro del salud de una de estas pruebas endoscópicas, frente al 16,7% de los <55 años. Esto va en relación con la mayor incidencia poblacional de entidades graves como el cáncer de colon en los individuos a partir de la sexta década de vida.^{16 17}

En el descenso de las primeras visitas presenciales y su asociación con la creación del sistema de visitas no presenciales podríamos reflejar lo que sería una balanza entre lo positivo y lo

negativo que trae consigo la instauración de este nuevo sistema: en los beneficios para el paciente, además del descenso de los tiempos de espera comentados anteriormente, estaría que realiza una disminución del “sobrecosto”, evitando la iatrogenia por el uso indebido de los recursos de los que disponemos para el abordaje de los problemas de los pacientes a lo largo de todo su manejo. Por otro lado, en el otro lado de la balanza, entre los perjuicios que pueden suponer la instauración del nuevo sistema podríamos destacar el evidente hecho de que los pacientes que son tratados mediante el sistema de visita no presencial no son valorados por el especialista de Aparato Digestivo en persona, por lo que si un MAP no realiza un correcto informe donde se indiquen los diferentes factores de riesgo que padece un paciente, este puede ser asignado incorrectamente al grupo de resolución mediante visita no presencial. Si bien a este respecto hay que indicar que en el informe siempre se le ofrece al MAP de ponerse en contacto con el servicio por vía telefónica si considera que las recomendaciones no se ajustan a lo que él espera. Además, los pacientes que según nuestros criterios son orientables mediante visita no presencial pueden mostrar un grado mayor de insatisfacción al no ser valorado por un médico especialista sino por su propio MAP⁷. En este punto lo interesante sería poder evaluar el grado de satisfacción y la influencia “real” sobre el nivel de salud del paciente. Lo que ocurre en este punto es que el estudio tiene la limitación de su naturaleza retrospectiva y que en los informes de dónde sacamos las variables no podemos extraer indicadores que nos permitan evaluar correctamente la eficiencia del sistema.

6. Conclusiones

- El filtro de volantes de derivación desde atención primaria ha contribuido a disminuir la demora media prospectiva, así como ha contribuido al descenso tanto en el número de primeras visitas totales como de visitas presenciales.
- La disminución de primeras visitas ha sido proporcionalmente mayor en aquellos centros con mayor demanda.
- Los informes de recomendación de primeras visitas no presenciales son seguidos mayoritariamente en atención primaria, si bien no disponemos de herramientas para evaluar la satisfacción de todos los elementos implicados.
- La solicitud de nueva derivación se ve influenciada por el sexo y la edad del paciente, siendo mayor en varones menores de 55 años.
- 1 de cada 3 volantes de derivación en pacientes mayores de 55 años se podrían haber evitado con la solicitud de una endoscopia.

7. Bibliografía

- ¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 [monografía en Internet]. Madrid; 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
- ² Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria. Madrid: servicio publicaciones MSC; 1984
- ³ El compromiso de Buitrago. Disponible en: <http://www.diezminutos.org/documentos/BUITRAGO.org>
- ⁴ Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. FMC.2005; 12:579-81
- ⁵ Caro-Patón Gómez A, Almaraz Gómez A, Mata Román L, Jiménez Rodríguez-Vila M, García Pascual A, Pradera Leonardo J, et al. Consultas compartidas entre Gastroenterología y atención primaria: influencia en las derivaciones a las consultas externas del hospital. MED GEN Y FAM. 2015; 4 (3): 68-75
- ⁶ Gervás J, García Olmos LM, Simó J, Peiró J. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. Aten Primaria 2008;40:253-5
- ⁷ Gervás J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006; 20 (Supl 1) 127-134
- ⁸ de Prado Prieto L, García Olmos L, Rodríguez Salvanés F y Otero Puime A. Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. Aten Primaria. 2005; 35 (3):146-151
- ⁹ Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Exeter: Br J Gen Pract; 1992
- ¹⁰ Gervás J; Pané Mena O, Sicras Mainar A, Amezueta Goñi JC, de Blas Llamas A, Bonis Sanz J, et al. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin. 2007; 128 (14):540-4
- ¹¹ Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. Barcelona: semFYC-SEMERGEN; 1996.
- ¹² Herrerías Gutiérrez JJ, Argüelles Arias F, Martín Herrera L, Montero Domínguez JM, de Dios Vega J, Martín-Vivaldi Martínez R, et al. Consulta de alta resolución de digestivo en Andalucía: ¿qué es y cómo debe funcionar? Rev Esp Enf Dig. 2008; 100:5-10.
- ¹³ Quintás Lorenzo P, Dacal Rivas A, Francisco González M, Cubiella Fernández J, López Sanchez L, García García MJ, et al. Derivación a las consultas de gastroenterología desde atención primaria: evaluación de dos programas. Gac Sanit. 2011; 25 (6): 468-473
- ¹⁴ Porta M, Fernández E, Belloc J, Malats N, Gallén M, Alonso J. Emergency admission for cancer, a matter of survival. Br J Cancer. 1998; 77:477-84

¹⁵ Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, Rojas D, et al. Estimación de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. REDECAN 2014.

¹⁶ Tirado-Gómez LL, Mohar Betancourt A, Epidemiología del cáncer de colon y recto. Gamo 2008; 7(Supl. 2): 3-11

Anexo 1. Motivos de visita no presenciales estudiados

Motivo	Casos	Porcentaje
DISPEPSIA	52	14,7
ERGE	49	13,8
SEGUIMIENTO ADENOMA	32	9,0
RECTORRAGIAS	24	6,8
LITIASIS BILIAR	19	5,4
SOH+	16	4,5
ESÓFAGO DE BARRET	13	3,7
HERNIA DE HIATO	11	3,1
CRIBADO CCR	10	2,8
HIPERTRANSAMINASEMIA	10	2,8
DIARREA	8	2,3
DIVERTICULITIS	8	2,3
HEMORROIDES	6	1,7
ULCERA GASTRODUODENAL	6	1,7
HDA	5	1,4
HEMANGIOMA	5	1,4
QUISTE HEPATICO SIMPLE	5	1,4
VHC	5	1,4
DISFAGIA	4	1,1
DOLOR ABDOMINAL	4	1,1
ESTEATOSIS	4	1,1
GASTRITIS ATROFICA	4	1,1
H PYLORI	4	1,1
INTOLERANCIA LACTOSA	4	1,1
VHB	4	1,1
CELIAQUIA	3	0,8
SDM GIBERT	3	0,8
SII	3	0,8
ANEMIA FERROPÉNICA	2	0,6
CONTROL ENDOSCÓPICO	2	0,6
DÉFICIT B12	2	0,6
ESTREÑIMIENTO	2	0,6
FISURA ANAL	2	0,6
HALITOSIS	2	0,6
OBESIDAD	2	0,6

POLIPO VESICAL	2	0,6
ADENOCARCINOMA GASTRICO	1	0,3
ADENOCARCINOMA SOBRE ADENOMA	1	0,3
ALTERACION RITMO INTESTINAL	1	0,3
AUTORIZACION FÁRMACO	1	0,3
DOLOR ANAL	1	0,3
EII	1	0,3
HEMOCROMATOSIS	1	0,3
HIPO INCOERCIBLE	1	0,3
METAPLASIA GASTRICA	1	0,3
METEORISMO	1	0,3
NEOPLASIA COLON	1	0,3
NODULO HEPATICO	1	0,3
PANCREATITIS CRONICA	1	0,3
PERDIDA DE PESO	1	0,3
POLIKUISTOSIS HEPATORENAL	1	0,3
RECHAZO INGESTA	1	0,3
VOMITOS	1	0,3