

Médico de familia y neumólogo: ¿coordinación o confrontación?

Propuesta de un esquema de relación entre atención primaria y neumología

V. Plaza Moral

Coordinador de la Medicina Especializada Extrahospitalaria. Área Asistencial. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Introducción

Todavía hoy no se dispone de un esquema o modelo de relación óptimo entre la medicina ambulatoria de atención primaria (AP) y la especializada. La reforma de la medicina ambulatoria efectuada en nuestro país en los últimos años proporcionó mejoras en la calidad asistencial del primer nivel de la sanidad pública, pero soslayó el tipo de relación que los profesionales dedicados a ella deberían mantener con los de la medicina especializada. Ello ha contribuido al distanciamiento entre ambos niveles, junto al rechazo del esquema ambulatorio anterior. Esta falta de compenetración se hace más evidente en las enfermedades de elevada prevalencia y amplio espectro de gravedad, como las afecciones respiratorias crónicas, y en las que ambos niveles asistenciales deberían desarrollar su actividad de forma coordinada con el fin de lograr una mayor eficiencia. Máxime cuando múltiples estudios constatan unas graves deficiencias asistenciales y terapéuticas en el manejo de los pacientes respiratorios (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], asma) y el escaso seguimiento que las guías de buena práctica clínica habitualmente tienen por parte de la medicina de AP.

La relación entre profesionales de AP y neumología, incluso la institucional, hasta fechas recientes ha sido escasa y discontinua. Hasta hace pocos años, no se han elaborado los primeros documentos asistenciales de consenso entre las sociedades científicas respectivas para la asistencia de las enfermedades prevalentes, como el asma y la EPOC, que luego han tenido una continuidad dispar en posteriores actualizaciones.

Por otro lado, no se dispone de esquemas de relación validados por su eficacia, eficiencia o grado de aceptación entre profesionales, ni estudios que permitan recomendar la aplicación de uno en particular. En esencia, la relación hasta ahora se ha realizado según estos 2 criterios: el "clásico" o el del "consultor". El primero de

estos modelos sitúa, casi en compartimientos estancos, a los pacientes que son controlados por uno y otro médico; el segundo relega al neumólogo a un papel meramente de espectador, sin implicación directa asistencial. El objetivo de la presente ponencia es presentar un nuevo esquema de relación entre ambos grupos de médicos, en este caso mixto, de consultoría y asistencia.

Objetivos del esquema mixto asistencial

Los objetivos fundamentales de este modelo son los siguientes:

1. Ofrecer un apoyo constante a los médicos de AP, basado en una relación directa entre ambos.
2. Asesorar al médico de AP, pero también atender a los pacientes.
3. Agilizar la conexión entre la AP y la neumología extrahospitalaria e intrahospitalaria.

El neumólogo actúa como asesor, pero también se implica en la atención de enfermos. Su papel fundamental es filtrar o cribar las consultas dirigidas desde AP, con el fin de retornar dichos pacientes a la AP tras su correcta valoración y orientación diagnóstica y terapéutica. Tan sólo retendría a los enfermos particularmente graves o que precisan estudios diagnósticos más complejos, que necesariamente se deberían efectuar en un medio hospitalario tras su derivación con carácter preferencial. Con todo ello se pretende ofrecer una mejor asistencia a los pacientes, evitar las visitas innecesarias y agilizar la conexión entre los 2 grupos de facultativos, así como con el departamento de neumología del hospital. De forma deliberada se huye del modelo clásico de retener a los pacientes y controlarlos directamente en la consulta de neumología; lo que se pretende es ofrecer una asistencia a los pacientes coordinada junto con su médico de AP y facilitar el acceso filtrado previamente a los recursos hospitalarios.

Personal sanitario

Es muy importante contar con la colaboración de neumólogos experimentados, seleccionados entre los profe-

Correspondencia: Dr. V. Plaza Moral.
Departament de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Sant Antoni M. Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: vplaza@hsp.santpau.es

sionales de la atención hospitalaria, capaces de trasladar y transmitir al ámbito ambulatorio los esquemas de trabajo de la consulta hospitalaria especializada. No se debería involucrar a los médicos en período de formación en la especialidad (residentes), pues su previsible falta de criterio podría incrementar innecesariamente las visitas sucesivas. Asimismo, se debe contar con personal de enfermería convenientemente adiestrado en la realización de la espirometría y los diversos aspectos educativos propios del paciente respiratorio (asma, EPOC, deshabitación tabáquica). La contribución del personal de enfermería es fundamental para racionalizar y disminuir el empleo de los recursos humanos de la neumología.

Características del modelo de relación

Los aspectos específicos de los que consta este esquema son:

1. Historia clínica y protocolos asistenciales comunes, consensuados previamente, de las enfermedades o procesos neumológicos más prevalentes como el asma y la EPOC, así como la sospecha de neoplasia pulmonar, la sospecha de síndrome de apneas obstructivas del sueño, la valoración diagnóstica de hemoptisis y tos crónica, y los protocolos en los que se definían los criterios de derivación al neumólogo (cómo, quién, cuándo y con qué exploraciones).

2. Atención del paciente en la consulta de neumología del centro de AP (CAP), que incluye la valoración diagnóstica y terapéutica, la espirometría y la sesión con el personal de enfermería (de información general sobre el asma y la EPOC, los inhaladores, etc.), en una primera visita —y habitualmente única (resolutiva)—, tras la cual se remite al paciente de nuevo a su médico de AP para seguir los controles pertinentes, excepto en los casos en que por su gravedad o complejidad diagnóstica se derivan a la consulta externa de neumología del hospital con carácter preferente. En ocasiones, se concerta una segunda visita de seguimiento transcurridos unos meses.

3. Posibilidad de que el médico de AP solicite una espirometría, sin visita previa con el neumólogo aunque informada por éste, a la que se adjunta una valoración clínica y las sugerencias diagnósticas o terapéuticas, según el resultado de la espirometría y los datos clínicos recogidos en el historial. Con ello se consigue una mayor rapidez en su ejecución, sin necesidad de enviar al paciente a otro centro, así como la mejora de la calidad asistencial dadas las características clínicas prácticas del informe que acompaña a la espirometría. Dada la sorprendente escasa utilización de dicha exploración en la AP, consideramos que la espirometría realizada e informada por el neumólogo es uno de los aspectos más valiosos del modelo propuesto. Además, podría contribuir a resolver la polémica actual sobre quién y cómo debe realizarse la espirometría en AP. La solución podría ser la opción intermedia: los especialistas, pero en el ambulatorio, tal como propone el es-

quema. Con ello se gana calidad en la realización, la información y el mantenimiento del equipo, con la ventaja para los pacientes y médicos de que se efectúa en el mismo CAP.

4. Sesión semanal conjunta, docente, de consultoría de casos clínicos o de revisión de los aspectos relacionados con la afección respiratoria.

5. Posibilidad de ofrecer una asesoría urgente al médico de AP.

6. Ingreso hospitalario o atención en consultas externas hospitalarias preferentes en caso de necesidad.

Estudio de satisfacción entre los médicos de atención primaria y los pacientes según el esquema

Se trata de un estudio de diseño transversal y descriptivo que tuvo como objetivo determinar el grado de satisfacción de los médicos y los pacientes con el esquema asistencial neumológico mixto propuesto en un CAP de Barcelona (CAP Maragall), tras un año de su implantación. La plantilla de médicos de AP estuvo formada por 31 profesionales, con una media de edad de 39 ± 8 años; el 59% de ellos tenía titulación en medicina familiar y comunitaria; la plantilla de neumología la formaban un médico que provenía del hospital (con una dedicación semanal en el CAP de 10 h) y 2 enfermeras (6 h cada una). Durante un año se recogieron los datos de los pacientes remitidos a la consulta de neumología. Mediante una encuesta se determinó el grado de satisfacción de los 31 médicos de AP y de 60 pacientes (con una media de edad de 57 años) reclutados de forma consecutiva, incluyó una puntuación global de 0 a 10, una valoración (escala de muy mala a muy buena) y una comparación del esquema evaluado respecto a los previos (neumología extrahospitalaria clásica). Se atendió a 1.170 pacientes: 663 (57%) en la primera visita, 400 (34%) en la segunda visita y 107 (9%) de forma urgente. Un total de 86 (7%) pacientes fueron remitidos al dispensario de neumología del hospital, y 10 (0,8%) ingresaron. Se practicaron en el ambulatorio 832 espirometrías.

Resultados del estudio

1. Valoración global mediante puntuación numérica: la media obtenida en el grupo de médicos fue de $7,8 \pm 1,2$ y en el de pacientes, $8,7 \pm 1,5$, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,030$).

2. Valoración global mediante una escala discriminativa: en la tabla I se recogen cada una de las valoraciones por grupo. Si bien una proporción mayor de pacientes (47%) escogió la calificación de “muy buena” como respuesta, en comparación con el grupo de médicos (26%), las diferencias consideradas conjuntamente no alcanzaron la significación estadística ($p = 0,110$). Así, al sumar las calificaciones positivas, “muy buena” y “buena”, el porcentaje de respuestas que estimaron favorablemente el modelo fue del 97% en el grupo de médicos y del 94% en el de pacientes.

TABLA I

Valoración global mediante una escala discriminatoria del esquema o modelo asistencial de relación entre la medicina de atención primaria (AP) y la neumología, distribuida por grupos de pacientes y médicos

	Médicos de AP (n = 31)	Pacientes (n = 60)
Muy buena	8 (26)	28 (47)
Buena	22 (71)	28 (47)
Regular	1 (3)	4 (6)
Mala	0	0
Muy mala	0	0

Los valores expuestos hacen referencia al número de respuestas para cada una de las posibilidades; entre paréntesis se indica el porcentaje con relación a su grupo. (Modificado de Plaza et al.)

3. Estudio comparativo del modelo actual con relación a los previos: el 100% de los 27 médicos evaluables la categorizó como “mejor que los previos”; al igual que 26 (64%) de los 41 pacientes evaluables, mientras que los 15 restantes (36%) estimaron que no había diferencias (“igual que los previos”).

4. Las preferencias de los médicos por alguno de los apartados específicos del modelo se recogen en la figura 1.

Conclusiones

1. Dada la elevada prevalencia de las enfermedades respiratorias y las deficiencias observadas en su manejo, urge mejorar la coordinación entre los niveles sanitarios involucrados.

2. Es necesario elaborar nuevos esquemas de relación entre ambos niveles, que sean realistas y estén basados en los recursos disponibles. El modelo mixto propuesto podría ser uno de ellos.

3. Un esquema mixto de relación, basado principalmente en la actuación coordinada entre ambos niveles y con una mínima pero calculada participación del neumólogo, suscita una mayoritaria aceptación tanto por parte de la AP como por los propios pacientes.

4. Además, es posible que dicho esquema mixto conlleve un abaratamiento de los costes asistenciales, en comparación con los modelos clásicos, dado el empleo racional de recursos que propugna.

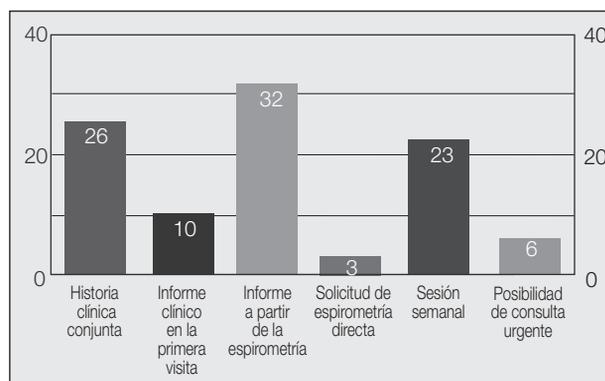


Fig. 1. Preferencias (%) por parte de los médicos de atención primaria por alguno de los apartados específicos del modelo asistencial mixto evaluado. (Modificado de Plaza et al.)

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Bardagí S, Calvo E, Casan P, De Diego A, Cimas E, Hernández E, et al. Recomendaciones SEPAR-semFYC para la atención del paciente con asma. Arch Bronconeumol 1998;34:394-9.
- Den Otter JJ, De Bruyn-Schmidt MA, Wolters MJ, Van Schayck CP, Folgering HT, Van Den Hoogen HJ, et al. Lung function measurement in general practice. General practice measurements compared with laboratory measurements during the DIMCA trial. Fam Pract 2000;17:314-6.
- López-Viña A, Picado C, Cimas JE, Díaz C, Coria G, Vegazo O. A comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain. ASES Study [en prensa]. Respir Med 2003.
- Martín Escribano P, López Encuentra A, Martín García I, Cienfuegos Agustín MI, Caballero Borda C. Patología diagnosticada en una unidad neumológica integrada con su área de salud. Comparación con controles históricos. Arch Bronconeumol 1996;32:18-22.
- Pellicer C, Ramírez R, Perpiñá M, Cremades MJ, Fullana J, García I, et al. Ganancia, pérdida y concordancia en el diagnóstico de asma entre neumólogos y no neumólogos. Arch Bronconeumol 2001;37:171-6.
- Plaza V, Rodríguez Trigo G, Peiro M, Fernández S, Nolla T, Puig J, et al. Grado de satisfacción de médicos de atención primaria y pacientes sobre un nuevo esquema asistencial neumológico extrahospitalario. Arch Bronconeumol 2003;39:57-61.
- Vollmer WM, O'Hollaren M, Ettinger KM, Stibolt T, Wilkins J, Buist AS, et al. Specialty differences in the management of asthma. A cross-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. Arch Inter Med 1998;157:1201-8.
- Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González S. 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.