

## Grado de satisfacción de médicos y pacientes en atención primaria con un nuevo esquema asistencial neumológico

V. Plaza, G. Rodríguez Trigo, M. Peiró, S. Fernández, T. Nolla, J. Puig y J. Sanchis

Departament de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Centro de Atención Primaria Maragall. Barcelona. España.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** Aún no existe un esquema de relación asistencial óptimo entre la medicina de atención primaria y la neumología. El objetivo de este estudio es presentar y evaluar el grado de satisfacción con un nuevo esquema de relación entre neumología y la medicina de atención primaria.

**MÉTODO:** Valorar por encuesta el grado de satisfacción de un esquema mixto, de consultoría y atención directa del paciente. El estudio se efectuó en un centro de atención primaria cuya plantilla estaba formada por 31 médicos generales. La de neumología constaba de un médico y dos enfermeras que provenían del hospital de referencia. Se determinó el grado de satisfacción de los médicos y de 60 pacientes respecto del esquema mediante una encuesta que incluyó: *a*) valoración global por puntuación de 0 a 10; *b*) valoración por escala discriminante de 5 niveles (de muy mala a muy buena), y *c*) comparación del nuevo esquema evaluado respecto a los previos.

**RESULTADOS:** Se atendió a 1.170 pacientes en 12 meses; 663 (57%) en primera visita, 400 (34%) en segunda visita y 107 (9%) urgentes. El grado de satisfacción con el esquema asistencial se puntuó con una media de 7,8 (1,2) por los médicos y de 8,7 (1,5) por los pacientes ( $p = 0,030$ ); el 97% de los médicos y el 94% de los pacientes lo calificaron de "muy bueno" o "bueno", y lo consideraron mejor que el esquema tradicional el 100% de los médicos y el 64% de los pacientes ( $p = 0,110$ ).

**CONCLUSIONES:** El esquema asistencial neumológico planteado es mayoritariamente aceptado por médicos y pacientes. La acción asistencial conjunta que propugna agiliza la utilización de los recursos en la actividad neumológica extrahospitalaria.

**Palabras clave:** Consultas ambulatorias. Medicina de atención primaria. Neumología. Relación medicina general y medicina hospitalaria.

### Introducción

Todavía hoy no existe un esquema o modelo de relación óptimo entre la medicina ambulatoria de atención primaria (AP) y la especializada. La reforma de la me-

Primary care physicians' and patients' degree of satisfaction with a new respiratory medicine health care program

**BACKGROUND:** No ideal model for coordinating primary care and specialized respiratory medicine has been established.

**OBJECTIVE:** To evaluate primary care physicians' and patients' degree of satisfaction with a new program for coordinating respiratory medicine and primary care.

**METHOD:** A questionnaire survey of the level of satisfaction with a program combining consultation and direct patient care. The study was carried out at a primary care facility whose staff comprised 31 general practitioners. The respiratory medicine staff consisted of one physician and two nurses from the reference hospital. A questionnaire to determine the physicians' and patients' satisfaction with the program asked for *a*) overall evaluation on a scale of 0 to 10; *b*) evaluation on a scale naming five levels from "very bad" to "very good", and *c*) comparison of the new program with previous ones.

**RESULTS:** One thousand one hundred seventy patients were seen in 12 months; 663 (57%) received a first visit, 400 (34%) received a second visit, and 107 (9%) received emergency care. The level of satisfaction was 7.8 (1.2) among physicians and 8.7 (1.5) among patients ( $p = 0.030$ ); 97% of the physicians and 94% of the patients described the program as "very good" or "good". According to 100% of the physicians and 64% of the patients, the new program was better than the old one ( $p = 0.110$ ).

**CONCLUSIONS:** The coordinated care plan proposed is accepted by most physicians and patients and uses primary respiratory medicine resources more efficiently.

**Key words:** Outpatient clinics. Primary care. Respiratory medicine. Relations between primary and hospital care.

dicina ambulatoria efectuada en nuestro país en los últimos años proporcionó mejoras sustanciales en la calidad asistencial del primer nivel de la sanidad pública, pero soslayó el tipo de relación que los profesionales a ella dedicados 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 aquellas patologías de elevada prevalencia y amplio espectro de gravedad, como las enfer-

Correspondencia: Dr. V. Plaza.  
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

Recibido: 18-2-2002; aceptado para su publicación: 16-7-2002.

medades respiratorias crónicas, y en las que ambos niveles asistenciales, en aras de una mayor eficiencia, deberían desarrollar su actividad de forma coordinada. En dicha línea, un reciente editorial de Martín Escribano publicado en esta Revista apuntaba las carencias y posibles soluciones para esta falta de compenetración, en este caso, con la neumología<sup>1</sup>. Sin embargo, la relación entre profesionales de AP y neumología, incluso la institucional, hasta fechas muy recientes, ha sido nula. Hasta hace escasos años, no se elaboraron los primeros documentos asistenciales de consenso entre las sociedades científicas respectivas, para la asistencia de las patologías prevalentes como el asma<sup>2</sup> y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<sup>3</sup>.

Por otro lado, no existen esquemas de relación validados por su eficacia, eficiencia o el grado de aceptación entre profesionales, ni estudios que permitan recomendar la aplicación de uno en particular. En esencia, la relación hasta ahora se ha venido realizando, siguiendo uno de estos dos: el clásico o el del consultor. El primero de estos modelos compartimenta, casi de forma estanca, a los pacientes que son controlados por uno u otro médico; el segundo relega al especialista neumólogo a un papel meramente de espectador, sin implicación directa asistencial. El objetivo del presente estudio fue doble: por un lado, ofrecer un nuevo modelo o esquema de relación entre la neumología y la medicina de AP, en este caso mixto, de consultoría y asistencia, y por otro, evaluar el grado de satisfacción de profesionales y pacientes tras su aplicación.

## Material y métodos

### *Diseño del estudio*

Se diseñó un estudio transversal y descriptivo para evaluar el grado de satisfacción de pacientes y médicos generales tras la implantación de un modelo mixto de relación, asistencial y de consultoría, entre médicos de AP y neumología.

### *Ámbito y calendario*

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Asistencia Primaria (CAP) Maragall de la ciudad de Barcelona. Dicho centro, que ofrece asistencia sanitaria a 114.131 habitantes, engloba 4 Áreas Básicas de Salud: Congrés, Guinardó, Encants y Camp de l'Arpa. Tiene concertada la atención de las diferentes especialidades médicas con el hospital de tercer nivel de referencia del área, el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Los datos del estudio se recogieron a los 12 meses de haberse implantado el nuevo modelo mixto de relación, desde abril de 1999 a mayo de 2000.

### *Población*

La plantilla de los médicos de AP del CAP estaba formada por 31 médicos (18 mujeres), con una media de edad de 39 (DT, 8) años. De ellos, el 60% poseía titulación en Medicina Familiar y de la Comunidad. La plantilla de neumología estaba formada por un neumólogo experimentado, médico adjunto del Departamento de Neumología del hospital de referencia, con una dedicación semanal en el CAP de 10 h, y dos enfermeras (específicamente adiestradas en patología respiratoria, realización de espirometrías y técnicas de educación), con una dedicación semanal de 6 h cada una, provenientes

también del hospital de referencia. Para el estudio de satisfacción de los pacientes se incluyó de forma consecutiva a 60 enfermos (32 mujeres, media de edad de 57 años) con patología respiratoria.

### *Esquema de relación mixto entre atención primaria y neumología*

Éste consistió en: *a)* historia clínica y protocolos asistenciales comunes, consensuados previamente, de las enfermedades o procesos neumológicos más prevalentes, como asma, EPOC, sospecha de neoplasia pulmonar, sospecha de síndrome de apneas obstructivas del sueño (SAOS), valoración diagnóstica de hemoptisis y de tos crónica, protocolos en los que se definían los criterios de derivación al neumólogo (cómo, quién, cuándo y con qué exploraciones); *b)* atención del paciente en la consulta de neumología del CAP, que incluía valoración diagnóstica y terapéutica, espirometría y sesión de educación con enfermería (general sobre asma y EPOC, inhaladores, etc.), en una primera, y habitualmente única visita, tras la cual se remitía de nuevo a su médico de AP para seguir los controles pertinentes, excepto en aquellos casos en que, por su gravedad o complejidad diagnóstica, se derivaba a la consulta externa de neumología del hospital con carácter preferente. En ocasiones, se concertaba una segunda visita de seguimiento transcurridos unos meses; *c)* posibilidad de solicitar una espirometría por el médico de AP, sin visita por el neumólogo, pero informada por éste y adjuntando una valoración clínica y sugerencias diagnósticas o terapéuticas, según el resultado de la espirometría y los datos clínicos recogidos en el historial del enfermo; *d)* sesión semanal conjunta docente de consultoría de casos clínicos o de revisión de aspectos relacionados con la patología respiratoria; *e)* posibilidad de asesoría urgente diaria al médico de AP, y *f)* ingreso hospitalario o atención en consultas externas hospitalarias preferentes en caso de necesidad. El objetivo final que el citado esquema perseguía era el de ofrecer un apoyo constante a los médicos de AP, basado en una relación personal directa entre los dos colectivos. De tal forma que el neumólogo actuaba fundamentalmente como asesor, pero también se implicaba en la atención de enfermos. Con ello se pretendía ofrecer una mejor asistencia a los pacientes, evitando visitas innecesarias y agilizando la conexión entre los dos grupos de facultativos por un lado, y por otro, con el departamento de neumología del hospital. De forma deliberada se huía del modelo clásico de retener pacientes y controlarlos directamente en la consulta de neumología, sino que lo que se pretendía era ofrecer una asistencia coordinada junto con su médico de AP y facilitar el acceso bien filtrado a recursos hospitalarios.

### *Determinaciones*

1. *Datos clínicos:* se recogieron los diagnósticos o procesos que motivaron la visita al neumólogo y el número de espirometrías realizadas a los pacientes remitidos durante los 12 meses previos a la consulta de neumología del CAP.

2. *Datos asistenciales:* se registraron el número de primeras visitas, el de seguimiento, el de ingresos hospitalarios y el de pacientes derivados a consultas externas y de las visitas urgentes al hospital de día de neumología del hospital, acaecidos durante los 12 meses previos.

3. *Grado de satisfacción con el esquema:* se determinó en los 31 médicos de AP y en 60 pacientes consecutivos mediante una encuesta anónima y autoadministrada, confeccionada a tal fin. Incluyó: *a)* valoración global del modelo mediante puntuación de 0 (lo peor posible) a 10 (lo mejor posible); *b)* valoración global mediante escala discriminante de 5 niveles, "muy mala", "mala", "regular", "buena" y "muy buena";

c) comparación del esquema actual utilizado en relación con los modelos previos clásicos, sólo en aquellos facultativos y pacientes con experiencia previa al respecto (27 y 41, respectivamente). Las opciones comparativas de respuesta fueron tres, “mejor”, “igual” o “peor” que los modelos previos, y d) preferencia por alguno de los 6 apartados de los que consta el esquema de relación, preguntada exclusivamente a los médicos de AP.

#### Análisis estadístico

Se efectuó un análisis descriptivo de la muestra estudiada para todas las variables recogidas. Los resultados se expresaron como la media de respuestas para cada una de éstas, con la desviación típica (DT) o porcentaje. Las diferencias de los resultados obtenidos entre el grupo de médicos de AP y el de pacientes fueron analizadas mediante la prueba de la t de Student o de la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas no apareadas, y con la prueba de la  $\chi^2$  para las cualitativas. Fueron consideradas estadísticamente significativas las diferencias con un valor de  $p < 0,05$ . Los análisis se efectuaron mediante el programa informático SPSS versión 6.1.2 (SPSS-PC, Chicago, EE.UU.).

## Resultados

### Datos clínicos

Durante el año evaluado se atendió en la consulta de neumología del CAP a 1.170 pacientes. Los diagnósticos o procesos que motivaron la visita fueron: asma en 456 pacientes (39%), EPOC en 205 (17%), estudio diagnóstico de la tos crónica en 69 (6%), sospecha de SAOS en 43 (4%), bronquiectasias en 43 (4%), bronquitis aguda en 25 (2%), enfermedad pulmonar infiltrativa difusa en 21 (2%), estudio diagnóstico de masa pulmonar en 11 (1%), estudio diagnóstico de hemoptisis en 8 (0,5%), neumonía en 6 (0,5%), otros procesos respiratorios en 94 (8%), 140 casos (12%) sin patología respiratoria evidente y 49 pacientes (4%) en quienes no se pudo recoger la causa de la visita. Se realizó un total de 832 espirometrías, de las cuales 419 por la opción de “sin atención por el neumólogo”.

### Datos asistenciales

Se atendió en la consulta como primera visita a 663 (57%) pacientes, como segunda visita o de seguimiento a 400 (34%) y como urgentes a 107 (9%). Se remitió a la consulta externa de neumología del hospital a 86 (7%) pacientes, 10 (0,8%) requirieron ingreso hospitalario y 9 (0,7%) fueron enviados con carácter de urgencia al hospital de día de neumología del hospital.

### Grado de satisfacción con el esquema

**Valoración global mediante puntuación numérica.** La media obtenida en el grupo de médicos fue de 7,8 (1,2), y en el de pacientes, de 8,7 (1,5), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,030$ ).

**Valoración global mediante escala discriminante.** En la tabla I se recoge 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 dife-

TABLA I  
Valoración global mediante escala discriminante del esquema o modelo asistencial de relación entre medicina de atención primaria (AP) y neumología, distribuida por grupo de pacientes y de 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 hacen referencia al número de respuestas para cada una de las posibilidades y entre paréntesis se indica el porcentaje respecto a su grupo.

rencias 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.

**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 el 64% ( $n = 26$ ) de los 41 pacientes evaluables, mientras que el 36% ( $n = 15$ ) restante estimó que no existían diferencias (“igual que los previos”).

**Consulta sobre preferencia por uno de los apartados específicos de los que constaba el modelo evaluado en los médicos de AP.** Diez médicos (32%) escogieron la opción de las espirometrías informadas con valoración clínica (sin atención por el neumólogo); 7 (23%), la sesión semanal conjunta; 5 (16%), la historia clínica y protocolos asistenciales conjuntos; tres (10%), el tipo de primera visita neumológica con valoración diagnóstica-terapéutica, espirometría y educación; uno (3%), la posibilidad de consulta urgente, y 5 (16%) no mostraron preferencias concretas.

## Discusión

El principal resultado del presente estudio es la constatación de que un esquema de relación asistencial entre neumología y AP, basado en el énfasis de la actuación coordinada entre ambos niveles, con una mínima pero calculada participación del neumólogo, suscita una aceptación mayoritaria. La elaboración de un nuevo modelo de relación entre ambos niveles sanitarios es en la actualidad de obligada e impostergable instauración. La elevada prevalencia de la EPOC y el asma<sup>4-6</sup> ocasiona que ambas enfermedades figuren entre las de mayor demanda asistencial en el ámbito de la medicina de AP<sup>7</sup>. Sin embargo, diversos estudios han puesto de manifiesto alarmantes deficiencias en su manejo, con un escaso seguimiento de las recomendaciones terapéuticas<sup>8-10</sup> y del empleo de la espirometría<sup>11</sup>. Pese a la disponibilidad actual de un tratamiento eficaz, los pacientes asmáticos siguen padeciendo una elevada morbilidad. El 50% tiene síntomas diarios<sup>12</sup>, el 27% sufre bajas laborales a lo largo de un año por culpa de la enfermedad<sup>12</sup> pero, sorprendentemente, sólo el 23% recibe esteroides inhala-

dos<sup>13</sup>. Se han observado diferencias en el tratamiento del asma cuando se ha comparado la actuación de la medicina primaria con la de la especializada, siendo favorables para la segunda<sup>14-16</sup>. Por tanto, pese a los avances terapéuticos de los últimos años, existen todavía serias carencias en el tratamiento de estos enfermos. Una mejor coordinación entre los diversos niveles asistenciales implicados podría mejorar estas deficiencias. Esquemas como el propuesto en el presente estudio podrían ayudar a mejorar esta coordinación.

Un aspecto a destacar del modelo evaluado es la menor necesidad de recursos humanos que su aplicación precisa. Sólo 10 h semanales de un neumólogo y 12 de enfermería son suficientes para cubrir la asistencia especializada extrahospitalaria que el programa necesita. La posible explicación de este hecho podría descansar en la relación directa entre ambos niveles, en la actuación asistencial conjuntamente protocolizada por procesos y en el papel fundamental desempeñado por el personal de enfermería de neumología. La baja tasa de retorno (proporción de segundas visitas respecto a las primeras) y de derivaciones al hospital implica además un empleo racional de recursos de la actividad neumológica, extra e intrahospitalaria. Si bien el estudio no se diseñó a tal fin, es posible que este bajo consumo de recursos pudiera traducirse en un abaratamiento de los costes asistenciales.

De forma concordante con nuestros resultados, recientemente Zambrana et al<sup>17</sup> han evaluado la eficacia, en términos de reducción de la lista de espera, de unas consultas ambulatorias basadas en una única y expeditiva visita del paciente con la realización de las exploraciones complementarias en el mismo día (consulta única o de alta resolución). Se constató una significativa reducción del tiempo de espera en comparación con los datos históricos (consulta ambulatoria tradicional), que para la actividad neumológica fue de 104 días. El modelo de "consulta única" propuesto en dicho estudio persigue similares objetivos y resulta de aplicación similar al empleado en el nuestro, que también promueve una única y resolutive visita.

Respecto a la aparente falta de concordancia observada en las respuestas del grupo de pacientes, en el sentido de que el 94% de ellos consideró el modelo "bueno" o "muy bueno", cuando sólo el 64% lo juzgó superior a los modelos asistenciales tradicionales, cabrían dos tipos de explicación. Por un lado, la mayoritaria buena opinión que acostumbran tener los pacientes sobre sus facultativos, independientemente del modelo asistencial seguido, y, por otro, se podría conjeturar la posibilidad de que, dado el carácter crónico de la mayoría de las enfermedades que padecen los pacientes con patología respiratoria, los convertiría en candidatos poco adecuados para beneficiarse de este tipo de modelo de relación asistencial.

En el presente estudio no se determinaron los posibles factores de relación interpersonal que pudieran favorecer o entorpecer su éxito. Sin embargo, se tuvo especial cuidado a la hora de designar el personal neumológico, al seleccionarlo entre profesionales experimentados en atención hospitalaria, capaces de trasladar y transmitir al ámbito ambulatorio los esquemas de tra-

bajo de la consulta hospitalaria especializada. Ello significaba la propuesta de una relación novedosa, con capacidad de conectar los dos ámbitos de actuación: AP y hospital. Por otro lado, es interesante constatar la preferencia de los médicos de AP, entre los diversos apartados del esquema analizado, por la espirometría informada clínicamente. Esta preferencia podría explicarse por la simple rapidez en su ejecución, sin necesidad de enviar al paciente a otro centro, o por las características del informe de la misma, en el que, además de describirse y categorizarse el tipo de alteración funcional respiratoria, se añadía una valoración clínica con sugerencias terapéuticas. Es un hecho bien conocido la todavía hoy sorprendentemente escasa utilización de dicha exploración en la medicina de AP<sup>11,18,19</sup>. Es por ello que consideramos la espirometría realizada e informada por neumología extrahospitalaria como uno de los aspectos más valiosos del modelo evaluado. Además, la solución aportada podría contribuir a resolver la polémica actual originada sobre quién y cómo debe realizarse la espirometría en la medicina primaria<sup>20,21</sup>. La solución podría ser la opción intermedia, especialistas pero en el ámbito ambulatorio. Con ello se gana calidad en la realización, información y mantenimiento del equipo, y con la ventaja para pacientes y médicos de efectuarse en el mismo centro de AP.

Disponemos de escasa información acerca de las características clínicas y organizativas de otras consultas de neumología ambulatoria en nuestro país. No obstante, la poca disponible en la bibliografía ofrece, en general, resultados similares a los de nuestro estudio en cuanto a la proporción de las enfermedades o diagnósticos efectuados. En este sentido, los datos recogidos en dos estudios de la Comunidad Valenciana demostraron que la suma de asma y EPOC ocasionaba prácticamente la mitad de las consultas (del 52 al 42%)<sup>22,23</sup>, cuando en el nuestro supuso el 56%. Un estudio realizado en Madrid encontró una proporción inferior, del 32%<sup>24</sup>, si bien constituyó también la causa más frecuente. Existe una cierta diferencia en cuanto a la proporción de segundas visitas al comparar nuestros datos con los de León et al (55%)<sup>22</sup>, siendo sensiblemente inferior en el nuestro (34%); diferencia, por otro lado, lógica dada la estrategia de nuestro esquema de no retener pacientes en la consulta de neumología.

En definitiva, dadas la elevada prevalencia de las enfermedades respiratorias y las deficiencias observadas generalmente en el tratamiento ambulatorio de estos enfermos, urge mejorar y coordinar los niveles sanitarios involucrados en su asistencia médica. Para ello es necesario elaborar programas o esquemas de relación asistencial entre el nivel de AP y el de neumología. La favorable acogida de nuestro esquema mixto de relación entre las personas implicadas, médicos y pacientes, y el empleo racional de recursos humanos que el mismo precisa permitirían recomendar su implantación por otros.

### Agradecimientos

A los coordinadores de las 4 Áreas Básicas del CAP Maragall, Dres. J. González, N. Barragán, D. Ferrer-Vidal y F. Godoy, por su colaboración en la realización del estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Escribano P. Relaciones de la neumología con la medicina de atención primaria. *Arch Bronconeumol* 2000;37:295-7.
2. Bardagí S, Calvo E, Casán 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.
3. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;7:269-78.
4. Brotons B, Pérez JA, Sánchez-Toril F, Soriano S, Hernández J, Belenguer JL. Prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y del asma. *Arch Bronconeumol* 1994;30:149-52.
5. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:159-66.
6. Grupo Español del Estudio Europeo del Asma. Estudio Europeo del Asma. Prevalencia de hiperreactividad bronquial y asma en adultos jóvenes de cinco áreas españolas. *Med Clin (Barc)* 1996;106:761-7.
7. Segade XM, García A, Cinos L, Casais XL, Nieto E, et al. Patologías crónicas y gasto farmacéutico en personas mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1992;10:613-6.
8. Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Segú JL. Tratamiento de la bronquitis crónica y la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol* 1999;35:173-8.
9. Miravittles M, Mayordomo C, Artes M, Sánchez-Agudo L, Nicolau F, Segú JL. Treatment of chronic obstructive pulmonary disease and its exacerbations in general practice. EOLO Group. Estudio Observacional de la Limitación Obstructiva al Flujo Aéreo. *Respir Med* 1999;93:173-9.
10. Jans MP, Schellevis FG, Van Hensbergen W, Dukkers van Emden T, Van Eijk JT. Management of asthma and COPD patients: feasibility of the application of guidelines in general practice. *Int J Qual Health Care* 1998;10:27-34.
11. 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 2002. *Respiratory Med* 2003 (en prensa).
12. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J* 2000;16:802-7.
13. Plaza V, Serra-Batlles J, Morejón E, Comella A, Brugués J. Características clínicas y morbilidad en el asma estable. *Arch Bronconeumol* 1997;33:457-61.
14. 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.
15. Cicutto LC, Llewellyn-Thomas HA, Geerts WH. The management of asthma: a case-scenario-based survey of family physicians and pulmonary specialists. *J Asthma* 2000;37:235-46.
16. 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.
17. Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González S. La consulta única o de alta resolución como un alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. *Med Clin (Barc)* 2002;118:302-5.
18. Sánchez Agudo L, Miravittles M. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria. *Arch Bronconeumol* 1995;31:144-6.
19. Naberan Toña C. Encuesta de la actitud terapéutica y de control de los médicos generales de las ABS de Barcelona respecto a enfermedades obstructivas respiratorias. *Aten Primaria* 1994;13:112-6.
20. 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.
21. Jones K. Diagnosing airflow obstruction in general practice. *Thorax* 1999;54:1051-2.
22. León Fábregas M, Cases Viedma E, Rogado González C, Martínez Francés M, Pérez Blanquer N. Características de la demanda asistencial en la consulta ambulatoria de neumología del Área 12 y 13 de Valencia durante el año 1994. *Arch Bronconeumol* 1995; 31(Supl):86.
23. Pellicer C, Fullana J, Cremades MJ, Rivera ML, Perpiñá M. Perfil de una consulta de neumología de ámbito comarcal. *Arch Bronconeumol* 1996;32:447-52.
24. Martín Escribano P, López Encuentra A, Martín García I, Cienfuegos Agustín MI, Caballero Borda C. Patología diagnóstica en una unidad neumológica integrada con su Área de Salud. Comparación con controles históricos. *Arch Bronconeumol*