

Perfil de una consulta de neumología de ámbito comarcal

C. Pellicer, J. Fullana, M.J. Cremades, M.L. Rivera y M. Perpiñà*

Unidad de Neumología. Hospital Francesc de Borja. Gandía. *Servicio de Neumología. Hospital La Fe. Valencia.

El presente trabajo analiza la demanda neumológica generada en un área sanitaria comarcal. Con este objetivo, durante 2 años, en todos los pacientes atendidos en primera visita, se registraron los siguientes datos: edad, sexo, procedencia, diagnóstico inicial (DI) (del médico que remitía al paciente), diagnóstico final (DF) (del neumólogo) y destino. Se atendieron 1.486 pacientes (varones/mujeres: 1,5), la mayoría de ellos (71%), con edad comprendida entre 40 y 80 años y cuya procedencia fue: médico de cabecera (MC) (60%), centro de salud (CS) (9%), urgencias (U) (10%), hospitalización (H) (12%), otras especialidades (6%) y otras procedencias (3%). Los motivos de remisión más frecuentes fueron las enfermedades de la vía aérea (EVA) (36%), en concreto la EPOC y el asma y la presencia de algún síntoma clínico (28%): disnea, tos, hemoptisis y dolor torácico. El DF, en este caso, evidenció que en un tercio de los pacientes con disnea y hemoptisis no se detectaron hallazgos patológicos, al igual que un 50% de los que acudían por dolor torácico; asimismo, en un 45% de los remitidos por tos crónica, se diagnosticó una infección respiratoria aguda. Las EVA eran la causa más frecuente de estos síntomas. El índice consulta/habitante fue de 0,97% para los pacientes procedentes del MC y 0,38% para los de CS pero el perfil en el DI y DF no mostró diferencias significativas. Los pacientes procedentes de U presentaban un aumento significativo ($p < 0,001$) en el porcentaje de anomalías radiológicas y hemoptisis y los remitidos desde H en el de neumonías. En conclusión, este estudio describe el perfil de una consulta neumológica comarcal y constata que: 1) las EVA y los síntomas clínicos son las causas más frecuentes de remisión de los pacientes; 2) los MC generan tres veces mayor demanda que los CS, y 3) un 14% de pacientes son considerados normales.

Palabras clave: Morbilidad neumológica. Demanda asistencial neumológica. Consulta externa neumológica.

Arch Bronconeumol 1996; 32: 447-452

Introducción

Los neumólogos tenemos el contribuir a resolver las necesidades neumológicas que se plantean en nuestra población como una de las tareas principales a realizar.

Correspondencia: Dra. C. Pellicer.
Unidad de Neumología. Hospital Francesc de Borja.
Gran Vía de les Germanies, 71. 46700 Gandía.

Recibido: 5-12-95; aceptado para su publicación: 16-4-96.

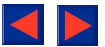
Profile of a regional public health service pulmonology practice

This study analyzes patient demand in a regional public health pulmonology practice. The following data were recorded for all first-visit patients for a period of two years: age, sex, referral source, initial diagnosis by the referring physician, final diagnosis by the pulmonologist, and destination. The service studied 1,486 patients (men/women: 1.5). Most (71%) were between 40 and 80 years old. Referrals were from the family doctor (60%), health center (9%), emergency service (10%), hospital (12%), other specialists (6%), and others (3%). The most frequent reasons for remission were upper airway disease (UAD) (36%), specifically chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma, and the presentation of symptoms (28%) such as dyspnea, cough, hemoptysis and chest pain. Analysis of the final diagnoses for the patients presenting with symptoms showed that no disease could be detected in one third of those with dyspnea and hemoptysis or in half of those who complained of chest pain; acute respiratory infection was diagnosed in 45% of those complaining of persistent cough. UAD was the most frequent cause of symptoms. The index of doctor's visit/inhabitant was 0.97% for patients referred by family doctors and 0.38% for those from health centers, but the initial and final diagnosis profiles of these patients were not statistically different. Patients referred by emergency services had significantly more ($p < 0,001$) in number of radiological findings and hemoptysis. Those sent from hospitals more often suffered pneumonia. In conclusion, this profile of a regional public health pulmonology practice shows that: 1) UAD and clinical symptoms are the most frequent reasons for patient remission; 2) family doctors generate three times more demand for services than do health centers, and 3) 14% of patients can be considered normal.

Key words: Pulmonary disease. Demand for pulmonology services. Out-patient pulmonology practice.

Esto requiere tener un conocimiento lo más exacto posible de cuáles son éstas, de modo que nuestras decisiones sobre cuáles son las prioridades neumológicas más relevantes sean acertadas. Sin embargo, hemos constatado que sobre este tema no hay información precisa y son muy escasos los estudios publicados¹⁻⁴.

Algunos trabajos basan su información en datos empíricos provenientes de encuestas de opinión, mesas redondas y la aportación de los datos registrados en dis-



tintos organismos oficiales². Otros autores³⁻⁵ aportan datos objetivos respecto a la demanda que se genera en su ámbito de trabajo, pero la variabilidad organizativa de las distintas unidades de neumología hace difícil poder intercambiar este tipo de información.

El trabajo que presentamos pretende aportar un conocimiento detallado de cuál es la realidad neumológica en nuestra área sanitaria, analizando la demanda generada en una consulta externa de neumología de ámbito comarcal.

Material y métodos

Descripción del área sanitaria

El área sanitaria que atiende nuestra consulta se identifica casi por completo con la comarca natural de La Safor, situada en el litoral mediterráneo del País Valenciano. Se trata de una zona de predominio agrícola e industrial que posee, además, una extensa franja turística. Tiene una extensión de 426 km² y una población de 135.000 habitantes, distribuidos tanto en áreas de población urbana como de población rural (fig. 1) que, no obstante, se incrementa durante la época estival⁶.

La unidad de neumología está compuesta por tres neumólogos que llevamos ejerciendo como tales entre 5 y 10 años. Nuestro sistema de formación es homogéneo y está basado en el sistema MIR, el cual, además, lo hemos desarrollado en el mismo hospital y mantenemos, por tanto, criterios diagnósticos similares. Nuestra unidad está ubicada en el hospital comarcal y atiende de una forma integrada toda la demanda de problemas neumológicos que se generan en sujetos mayores de 16 años, sea cual sea su origen de procedencia.

Procedimiento de estudio

Durante un período de 2 años, se llevó a cabo un registro de todos los pacientes atendidos en primera visita en nuestra consulta, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, procedencia, diagnóstico inicial (DI), diagnóstico final (DF) y destino de los pacientes.

Como DI se registró el establecido por el médico que remitía al paciente y que constituía el motivo inicial de consulta mientras que, como DF, se consignó el formulado por el neumólogo responsable del caso, tras la valoración clínica y la realización de las exploraciones complementarias pertinentes (exploraciones radiológicas, TAC, broncoscopia, espirometría, test de reactividad bronquial, determinación de volúmenes pulmonares, polisomnografía, estudios analíticos y bacteriológicos, etc.).

Para la codificación de diagnósticos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS⁷ que se amplió en aquellos supuestos diagnósticos que no estaban suficientemente tipificados. El diagnóstico de normalidad se estableció cuando, en el momento de la valoración clínica, el paciente no presentaba ninguna sintomatología respiratoria, y tanto la exploración clínica como la radiografía de tórax y el trazado espirométrico eran normales.

La demografía del área sanitaria se obtuvo del Instituto Valenciano de Estadística en su censo de 1991⁸.

Los datos se procesaron utilizando una base de datos de diseño propio. El estudio estadístico se realizó mediante la comparación de porcentajes y se utilizó la prueba de χ^2 .

Resultados

Se han atendido 1.486 pacientes, lo que supone el 1,1% de la población adscrita, con un predominio de los

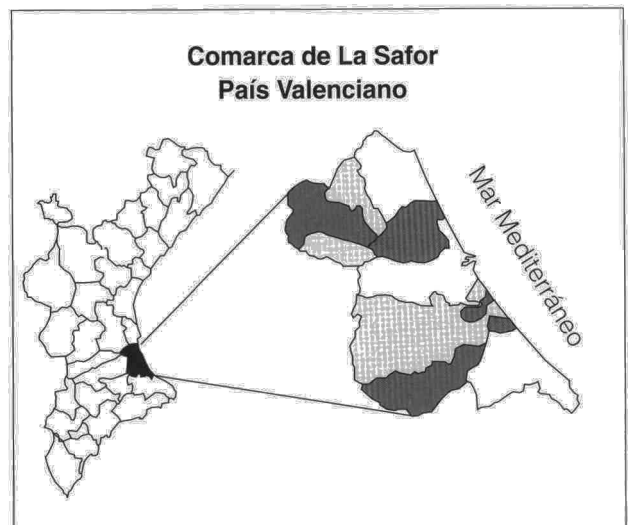


Fig. 1. Comarca natural de La Safor. País Valenciano. Tipo de población. □: urbana (más de 10.000 habitantes); ■: semirural (entre 2.000 y 10.000); □: rural (menos de 2.000).

varones: 885 frente a 601 mujeres (V/M: 1,5). En la figura 2 se observa la pirámide de población para edad y sexo del área sanitaria y de nuestra consulta. Se aprecia un incremento de la demanda en los sujetos de edad avanzada, constituyendo los pacientes entre 40-80 años el 71% del volumen de consulta.

La relación de procedencias se distribuyó del siguiente modo: médico de cabecera (MC), 60%; centro de salud (CS), 9,3%; urgencias (U), 9,8%; hospitalización (H), 12%; otras especialidades, 6%, y otras procedencias, 3%. El índice de consulta/habitante (número de pacientes remitidos a la consulta en relación al número de habitantes adscritos) fue de 0,97% para los pacientes remitidos por el MC y de 0,38% para los que procedían de los CS. En los casos procedentes del MC y del CS, el motivo de consulta se basaba en su mayor parte en datos clínicos, mientras que los remitidos desde U y H, éste era apoyado con exploraciones analíticas y radiológicas.

La relación global de diagnósticos obtenidos se recoge en la figura 3. Como puede verse, las enfermedades de la vía aérea (EVA) y la presentación de síntomas respiratorios fueron las causas más frecuentes de consulta, motivando el 63,5% de la demanda. La disnea fue el síntoma más frecuente (11%), seguido de la hemoptisis y la tos crónica (6%) y en tercer lugar el dolor torácico (4%).

Se procedió posteriormente a valorar cuál era el DF, en aquellos pacientes que acudían por presentar síntomas clínicos. Los resultados se observan en la tabla I.

Como puede observarse, en el 52,5% de los pacientes las EVA, en concreto, la bronquitis crónica, la EPOC y el asma bronquial, fueron el origen de la disnea, mientras que en más de un tercio de casos no se observó patología orgánica que justificase este síntoma. Con mucha menor frecuencia (6,3%), otras entidades tales como la patología restrictiva pulmonar (cifoscoliosis,

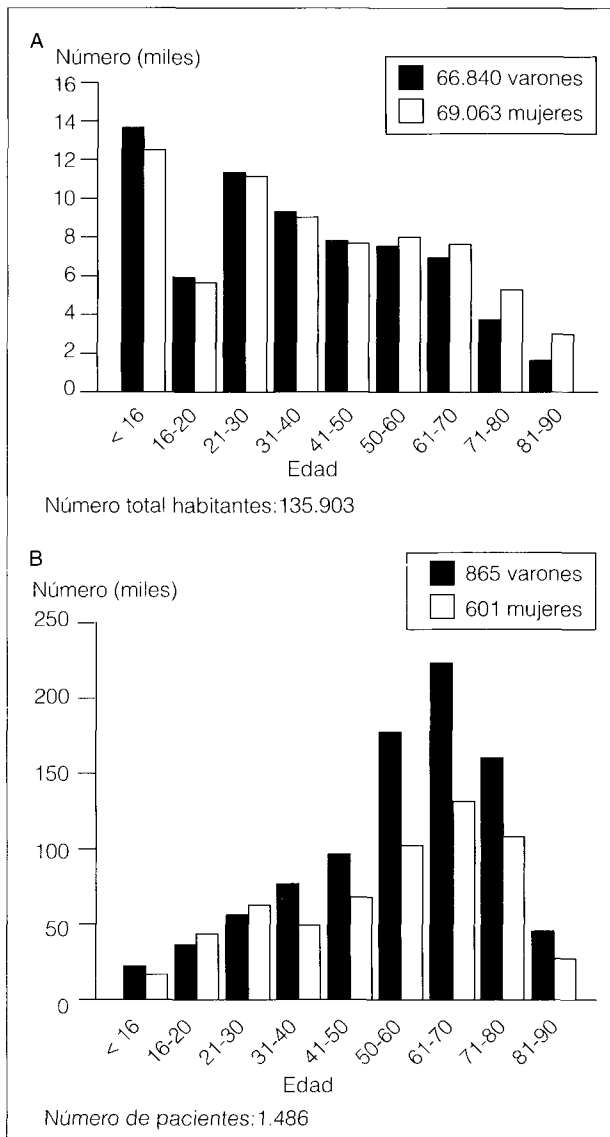
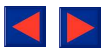


Fig. 2. Pirámide de población de edad y sexo. A: área sanitaria. B: consulta de neumología.

cardiopatías, etc.) contribuyeron a explicar la causa de la disnea.

Las EVA y la tuberculosis fueron las causas más frecuentes de hemoptisis, si bien en un tercio de los pacientes no se logró precisar la causa de la misma, a pesar de que el estudio diagnóstico incluía, además de la valoración clínico-radiológica y funcional inicial, la realización al menos de broncoscopia y TAC torácica.

De los 87 pacientes que consultaron por tos crónica, 39 casos (45%) fueron atribuidos a episodios de infección respiratoria aguda, los cuales en su mayor parte habían sido ya resueltos. El asma constituyó la segunda causa de tos crónica seguida de la bronquitis crónica/EPOC y de la patología de vías aéreas altas (rinitis, sinusitis, goteo posnasal, etc.). La tos crónica como síntoma de consulta en la enfermedad neoplásica y tuberculosa fue muy poco frecuente.

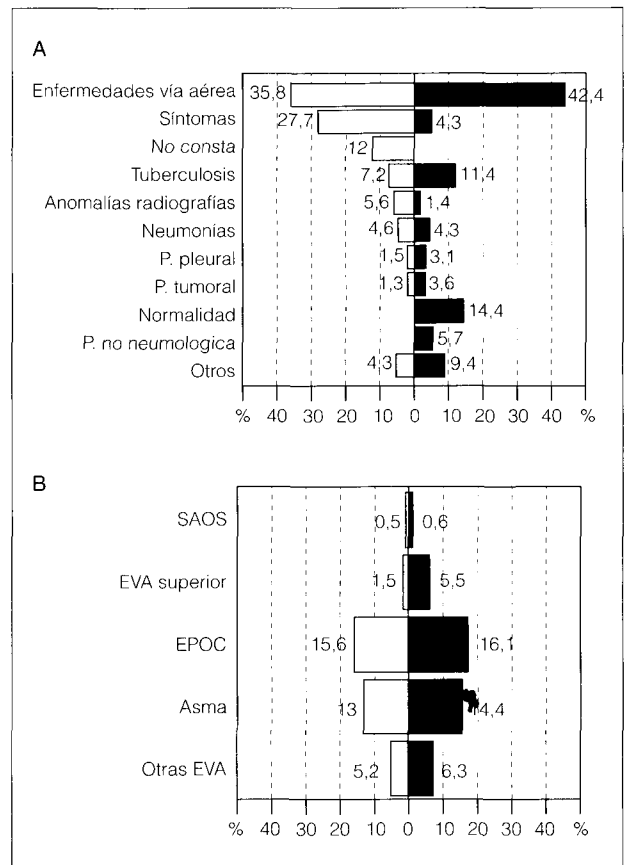


Fig. 3. Consulta de neumología. Diagnóstico inicial (□) y final (■). A: relación global de diagnósticos. B: enfermedades de las vías aéreas. SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño; EVA: enfermedades de la vía aérea; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA I
Diagnóstico final en los pacientes remitidos por síntomas clínicos

	Disnea (%)	Hemoptisis (%)	Tos crónica (%)	Dolor torácico (%)
EVAS	1,9	5,4	13,8	-
IRA	5,0	5,4	45,0	-
BC/EPOC	24,0	25,0	11,5	16,1
Asma	21,5	-	23,0	3,6
Otras EVA	-	11,0	3,4	-
Tuberculosis	1,3	13,0	1,1	5,3
Neumonías	0,6	1,1	-	1,8
P. pleural	0,6	-	-	5,3
P. tumoral	0,6	5,4	1,1	3,6
P. restrictiva	6,3	1,1	-	3,6
P. no neumológica	6,3	3,3	1,1	10,7
Sin hallazgos	31,6	30,7	-	50,0

EVAS: enfermedades de la vía aérea superior; IRA: infecciones respiratorias agudas; BC: bronquitis crónica; EVA: enfermedades de la vía aérea; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Finalmente cabe resaltar que un 60% de los pacientes que consultaron por dolor torácico no presentaban ningún tipo de patología neumológica que lo justificara.

Cuando se procedió a analizar la relación de diagnósticos en función de la procedencia de los pacientes,

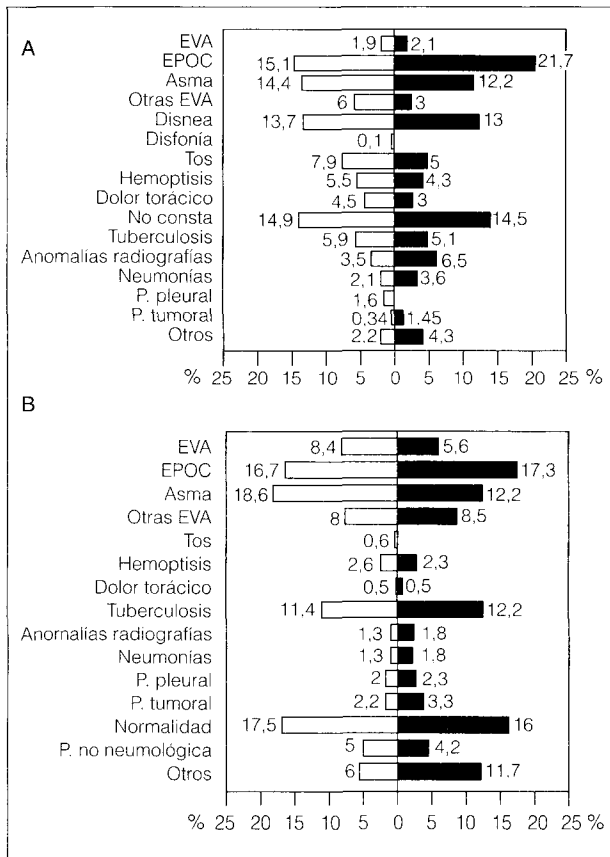
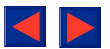


Fig. 4. Diagnóstico inicial (A) y final (B), en los pacientes procedentes del médico de cabecera (□) y centro de salud (■). EVA: enfermedades de la vía aérea; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

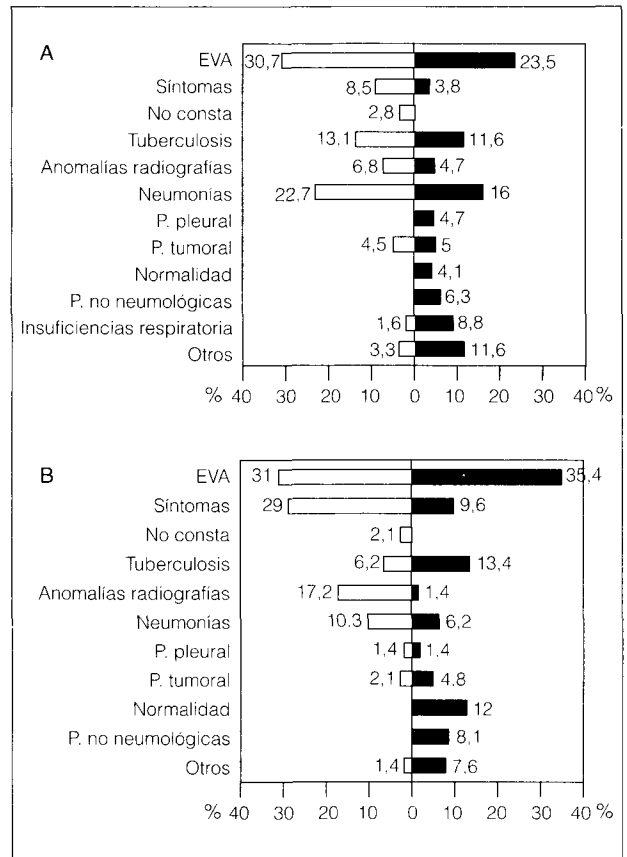


Fig. 5. Diagnóstico inicial (□) y final (■) en los pacientes procedentes de hospitalización (A) y urgencias (B). EVA: enfermedades de la vía aérea.

se observaron perfiles similares, que no mostraban diferencias significativas, para los pacientes que procedían del MC o de los CS (fig. 4), pero éste variaba para los pacientes que procedían de U o de H (fig. 5). En el primer caso, se observaba un aumento significativo ($p < 0,001$) en el porcentaje de hemoptisis y de anomalías radiológicas, mientras que en los pacientes que procedían de hospitalización, predominaban las neumonías ($p < 0,001$).

En cuanto al destino de los pacientes, el 54% han sido dados de alta, el 35% están en revisión, el 3,7% siguen pendientes de estudio y el 7% han sido dirigidos a otra especialidad.

Discusión

Los cambios introducidos en los últimos años en la estructura organizativa sanitaria, junto con el amplio desarrollo de nuestra especialidad, han motivado la introducción de cambios sustanciales en nuestro quehacer diario. Muchos servicios de neumología han procedido a ampliar su campo de trabajo pasando desde el entorno hospitalario a un mayor acercamiento a los problemas neumológicos de la atención primaria.

Es patente, por otro lado, el interés de distintos colec-

tivos, entre ellos de la SEPAR^{9,10}, por contribuir a esclarecer cuál es realmente el papel del neumólogo a este nivel, y en qué modo los neumólogos podemos contribuir en mejorar y rentabilizar la atención neumológica en los primeros niveles asistenciales¹¹.

Este estudio describe el perfil de una consulta externa de neumología de ámbito comarcal. Como ya señalara Harrison¹², el proceso de identificación es el primer eslabón para resolver los problemas. Desde esa óptica, el interés que ha motivado la realización de este trabajo preliminar es el de aportar los datos recogidos en nuestra unidad, contribuyendo, de este modo, a conocer con mayor exactitud cuál es la realidad en la que nos desenvolvemos, cuáles son las enfermedades respiratorias más frecuentes y con qué prioridad debemos atenderlas.

Los estudios de morbilidad son uno de los posibles métodos de que disponemos para poder valorar el impacto de la patología respiratoria en un determinado grupo de población¹³. La OMS ha reconocido su validez como método de información y planificación^{14,15} y, aunque se le reconocen ciertas limitaciones atribuidas fundamentalmente a la utilización de criterios diagnósticos diferentes, en nuestro caso, el grado de error debe estimarse como mínimo dado el escaso número de participantes en el estudio y su similar formación.

Como ya se ha señalado, el perfil de nuestra consulta muestra un claro predominio de varones sobre mujeres y de pacientes de edad avanzada. En su mayor parte (70%), los pacientes acuden a la consulta procediendo de atención primaria, contribuyendo las áreas de U y de H en un 10 y 12%, respectivamente. La proporción de sujetos (porcentaje de población) remitidos por los MC es tres veces superior a la de los médicos de los CS. lo que unido, al escaso número de éstos (3) explica la elevada proporción de demanda procedente del MC (60%), frente al CS (9,3%). No obstante, se mantiene el mismo perfil de morbilidad, tanto en lo referente al diagnóstico inicial como al diagnóstico final.

Las razones de esta menor demanda de atención especializada por parte de los médicos de atención primaria probablemente estriban en un mejor funcionamiento de la relación médico-enfermo en los CS (mayor disponibilidad de horario, consultas programadas, programas de control de patologías crónicas, etc.), pero dado que el perfil de morbilidad es similar al de los pacientes remitidos por los médicos generalistas, quizá tenga más interés, al menos en las patologías más prevalentes, profundizar en las características clínicas de los pacientes remitidos. Recientes recomendaciones¹⁶ establecen que los pacientes con EPOC y FEV1 > 50% deben ser controlados por un médico generalista y ser remitidos al neumólogo ante la presencia de disnea severa. Estas afirmaciones, por el momento, no están apoyadas por estudios clínicos, pero nuestro trabajo sugiere que, posiblemente, la caracterización clínica de los pacientes remitidos por el MC o por los CS pueda contribuir a clarificar cuál es el papel del neumólogo en la vigilancia de los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas.

Al igual que han señalado otros autores^{3,5}, nuestro estudio muestra que las EVA, y en concreto, la EPOC y el asma, son las entidades que generan mayor demanda de atención neumológica, sea cual fuere la procedencia del paciente; sin embargo, cabe resaltar que se observan algunos cambios en el resto del perfil de morbilidad, en función de la procedencia de los pacientes. Los médicos de atención primaria remiten dos tercios de los pacientes al neumólogo por presentar EVA o síntomas respiratorios, fundamentalmente disnea, mientras que para los médicos de U, además de las EVA, son la hemoptisis y la detección de anomalías en la radiografía de tórax, los principales motivos de consulta. Los pacientes que acuden a la consulta remitidos desde la sala de hospitalización presentan, en cambio, un porcentaje más elevado de neumonías y de problemas relacionados con la enfermedad tuberculosa.

Ciertamente, se observan discrepancias importantes entre las causas que motivan los síntomas clínicos de los pacientes de nuestro estudio y las que se describen con mayor frecuencia en la bibliografía¹⁷⁻¹⁹, pero cabe considerar que ni nuestro objetivo ni nuestro diseño permitían realizar un estudio etiológico detallado de síntomas clínicos sino que, como ya hemos señalado, se trataba de conocer el perfil de las patologías más frecuentes y de los principales motivos de consulta. De hecho, muchos pacientes, que posteriormente fueron diagnosticados de neoplasia pulmonar y que presentaban

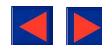
expectoración hemoptoica, fueron realmente remitidos a nuestra consulta para el estudio de las anomalías en la radiografía de tórax y éste, por tanto, fue el DI considerado (datos no publicados).

Otro aspecto que cabe destacar es el referente al elevado volumen de sujetos considerados normales o que no presentan patología neumológica (20%). En muchos de los pacientes (27%) que acudieron a la consulta para estudio de un determinado síntoma clínico, no se detectaron hallazgos patológicos y, en concreto, en el 60% de los remitidos por dolor torácico no se detectó enfermedad respiratoria. Esto explica el hecho de que, en el transcurso de los 2 años de duración del estudio, un 54% de los casos sea dado de alta.

Así pues, este estudio aporta unos datos objetivos sobre los que basarnos para esclarecer cuál es la realidad de una consulta general de neumología y cuál debiera ser el papel del neumólogo en su relación con la patología que se presenta en atención primaria. En nuestra opinión, una adecuada racionalización de nuestra consulta requeriría: un mayor contacto con los médicos de atención primaria que permitiera, por un lado, disminuir el elevado porcentaje de pacientes (14%) que acuden a la consulta sin que se les detecte enfermedad respiratoria y, por otro, participar en la protocolización de las EVA y los síntomas clínicos más frecuentes, lo que agilizaría el control de más del 60% del volumen de la consulta. Finalmente, sería deseable la aplicación a los MC de los esquemas de funcionamiento de los CS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pujol Ribó J, Vilaseca Bellsola J. Función de una unidad neumológica en un hospital de ámbito comarcal durante un período de 5 años. Arch Bronconeumol 1984; 20: 156-159.
2. Neumológica 84. Libro blanco. Estudio sociológico sobre las enfermedades respiratorias en España. Madrid: Sociedad Española de Patología Respiratoria, 1984.
3. Sobradillo V, Casado Y, Montes M, Antoñana JM, Iriberrí M. Asistencia neumológica extrahospitalaria: influencia de la jerarquización. Arch Bronconeumol 1993; 29 (Supl): 127-128.
4. Aguirregomoscorta JI, España P, Ramos J, Pérez Izquierdo J, Capelastegui A. Evaluación de la actividad asistencial en la consulta jerarquizada de neumología dependiente de un hospital general. Arch Bronconeumol 1994; 30 (Supl): 146.
5. Reinert M. Case distribution in a pneumologic practice. Pneumologie 1990; 44 (Supl): 517-518.
6. Rosselló Verger VM, Banyuls García J. Esbós geogràfic de la Safor. Alfons el Vell, La Safor: CECL, 1986.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Asistencia Sanitaria. Dirección General del Instituto Nacional de la Salud: Clasificación Internacional de Enfermedades (9.ª revisión). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1978.
8. Instituto Valenciano de Estadística. Censo de población, 1991. Valencia: Instituto Valenciano de Estadística, 1991.
9. Estudio prospectivo Delphi. Libro blanco. Futuro de la neumología en España. tendencias para el período 1993-2010. Madrid: SEPAR, 1993.
10. El papel del neumólogo en la asistencia primaria y su colaboración con la medicina general en los patrones de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC en España. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Madrid: SEPAR-Zambon, 1994.



11. Sánchez Agudo L, Miratvilles M. Manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la medicina primaria. Arch Bronconeumol 1995; 31: 144-146.
12. Harrison BDW. Audit in respiratory disease. Respiratory Medicine 1991; 85 (Supl B): 47-51.
13. Hobbs M, Jamrozik K. Medical care and public health. En: Holland WW, Doménech JM, Ezpeleta L, eds. Textbook of public health (2.ª ed.). Volumen 1. Influences of public health. Oxford: Oxford University Press, 1991; 197-213.
14. OMS. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra: Serie: Salud para todos, número 4, 1979.
15. OMS. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra: Serie: Salud para todos, número 4, 1981.
16. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Definitions, epidemiology, pathophysiology, diagnosis and staging. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 78-83.
17. Plaza V, Derra-Batles J, Falcó M, Brugués J. ¿Han variado las causas de hemoptisis? Análisis de 213 pacientes sometidos a exploración fibrobroncoscópica. Arch Bronconeumol 1995; 31: 323-327.
18. DePaso WJ, Winterbauer RH, Lusk JA, Dreis DF, Springmeyer SC. Chronic dyspnea unexplained by history, physical examination, chest roentgenogram, and spirometry. Analysis of seven-year experience. Chest 1991; 1:293-1.299.
19. Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough: the spectrum of causes, key components of the diagnostic evaluation and outcome of specific therapy. Am Rev Respir Dis 1990; 141: 640-647.

FE DE ERRORES

En el trabajo "Estimulación hipercápnica y respuesta ventilatoria en el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Comparación de reinhalación y estado-estable" de J. G. Soto Campos et al (*Arch Bronconeumol* 1996; 7: 341-347) se produjo el siguiente error:

La distribución de la nube de puntos (pág. 346) no se corresponde con la figura original. Para una mejor comprensión de la Discusión del artículo, reproducimos nuevamente la figura una vez rectificada.

