

CONSULTA DE RESPUESTA RÁPIDA. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS EN UN SERVICIO DE DERMATOLOGÍA

AUTORES: D. EDUARDO FONSECA CAPDEVILA, D. JESÚS GARCÍA SILVA, D. MANUEL ALMAGRO SÁNCHEZ, D. JOSÉ MANUEL PAZOS CAMPOS, D^a PILAR MATA FREIRE, *Complejo Hospitalario Juan Canalejo, La Coruña*

INTRODUCCION

La derivación de pacientes desde Atención Primaria (AP) a Atención Especializada (AE) habitualmente se realiza mediante interconsultas a servicios concretos o remisión de pacientes al Servicio de Admisión de Urgencias (SAU). Cuando la derivación es motivada por problemas que requieren una valoración rápida, pero no un ingreso hospitalario, suele recurrirse a un uso consistentemente inadecuado del SAU o a métodos que distorsionan el normal funcionamiento de las consultas externas (consultas "urgentes" y "preferentes"). Estos cauces alternativos, además de provocar sobrecarga asistencial, a menudo producen una asistencia inadecuada y ausencia de información al médico remitente de AP.

Se analiza la experiencia de una consulta de respuesta rápida (CRR) en dermatología, como una nueva vía de interrelación AP-AE.

MÉTODOS

La utilización de una CRR en dermatología fue ofrecida a todos los médicos de AP del Área Sanitaria de A Coruña (500.000 hab.) mediante una carta personal y a través de la Gerencia de AP. Se efectúa una evaluación global de su funcionamiento e influencia de la situación asistencial sobre la demanda en un periodo de 3 años (Julio 95-Junio 98).

RESULTADOS

El número de pacientes asistidos en la CRR fue de 13.698 (29% del total de consultas nuevas en

el Servicio de Dermatología). La mejora del tiempo de espera en las consultas ordinarias de dermatología en el periodo de estudio fue sustancial (>180 días a 25 días), sin que repercutiera en la demanda en la CRR. En la mayoría de las remisiones a la CRR (>60%) no estaba justificado desde ningún punto de vista médico la utilización de una vía preferencial. La remisión de pacientes a la CRR sin ningún tipo de información clínica sólo pudo evitarse rechazando las peticiones y reenviando los pacientes al médico de AP petionario. La utilización inadecuada de la CRR hizo necesario establecer una evaluación previa de las peticiones para evitar su colapso; los principales factores implicaban a AP y AE e incluían: nula colaboración por un reducido grupo de médicos de AP, utilización como vía asistencial sin control de AP por personal hospitalario, complacencia en las derivaciones de AP por motivos ajenos al sistema público de salud y remisión de pacientes desde el SAU.

CONCLUSIONES

El establecimiento de CRR constituye una alternativa asistencial que aumenta el apoyo de AE hacia AP y normaliza la asistencia de un elevado número de pacientes. Las CRR son especialmente útiles en especialidades sin presencia en los SAU, con déficits formativos importantes en AP y con elevada frecuentación, circunstancias frecuentes en dermatología. La falta de aplicación de criterios de gestión en AP y problemas de organización en AE suponen una dificultad para mejorar la oferta de servicios de AE a AP, sobre todo en especialidades de alta frecuentación.