

Cambios en el perfil de una consulta neumológica comarcal. Perspectiva de 10 años

Concha Pellicer Císcar

Unidad de Neumología. Hospital Francesc de Borja. Gandía. Valencia. España.

OBJETIVO: Analizar los cambios cuantitativos y cualitativos de la demanda asistencial generada en una consulta neumológica comarcal en los últimos 10 años.

PACIENTES Y MÉTODOS: Durante los períodos correspondientes a los años 1992-1993 (grupo A) y 2002-2003 (grupo B), de todos los pacientes remitidos como primera visita se registraron los siguientes datos: diagnóstico del médico que remitía al paciente (DI), diagnóstico final del neumólogo, edad, sexo y procedencia (atención primaria, urgencias, hospitalización, otra especialidad y otra procedencia). Se describen las variables y se comparan éstas entre los grupos A y B.

RESULTADOS: El grupo A constó de 616 pacientes y el grupo B de 424, con predominio de varones (60%) y mayor demanda entre 40 y 80 años (grupo A: 71,9%; grupo B: 75,7%). Atención primaria remitía la mayor parte de los pacientes, pero con una disminución de ésta y de urgencias en el grupo B, frente a un aumento del resto de procedencias ($p < 0,001$). En cuanto al perfil de los DI, las enfermedades de la vía aérea y los síntomas generaban la mayor demanda (grupo A: 58%; grupo B: 62,2%), pero al comparar ambos grupos, en el B se observaron: a) un aumento de síndrome de apneas obstructivas durante el sueño (SAOS) ($p < 0,001$; riesgo relativo [RR] = 24,3), que procedía de atención primaria y otras especialidades y constituía el diagnóstico más frecuente, así como de enfermedad cardiovascular de origen derecho ($p < 0,001$; RR = 7,3), procedente de hospitalización, y b) una disminución de enfermedad tuberculosa ($p < 0,001$; RR = 0,3), de diversas procedencias, así como de los pacientes remitidos desde atención primaria sin que constara el motivo de consulta. Por lo que se refiere al perfil de los diagnósticos finales, se confirmó el perfil del DI con una elevada frecuencia en las enfermedades de la vía aérea (grupo A: 47,2%; grupo B: 53,1%), aumento de SAOS en el grupo B ($p < 0,001$; RR = 18,3); además, se duplicaron los casos de enfermedades cardiovasculares derechas y de consulta por alteraciones radiológicas, y disminuyó la enfermedad tuberculosa.

CONCLUSIONES: Los cambios observados en el período de 10 años analizado son los siguientes: a) pérdida de pacientes procedentes de atención primaria y urgencias, junto a aumento del resto de procedencias; b) importante aumento del SAOS, que pasa a ser la causa más frecuente de consulta; c) aumento de enfermedades cardiovasculares derechas, y d) disminución de la enfermedad tuberculosa.

Palabras clave: Perfil neumológico. Demanda asistencial neumológica. Consulta de neumología.

Correspondencia: Dra. C. Pellicer Císcar.
Unidad de Neumología. Hospital Francesc de Borja.
Pg. de les Germanies, 71. 46700 Gandía. Valencia. España.
Correo electrónico: pellicer_con@gva.es

Recibido: 5-7-2005; aceptado para su publicación: 11-4-2006.

Changes in Patient Profiles at a Regional Respiratory Medicine Clinic Over a 10-Year Period

OBJECTIVE: To analyze the quantitative and qualitative changes in demand for health care services at a regional respiratory medicine clinic over the last 10 years.

PATIENTS AND METHODS: During the years 1992-1993 (group A) and 2002-2003 (Group B), the following information was recorded for all new patients: referring physician's initial diagnosis, pneumologist's definitive diagnosis, age, sex, and source of referral (primary care clinic, emergency department, hospital admission, other specialist services, and other sources). The recorded data was then compared between groups.

RESULTS: Group A comprised 616 patients and group B 424. Most subjects were men (60%) aged 40 to 80 years (71.9% of group A; 75.7% of group B). In both groups, most referrals came from primary care. The number of patients in group B who were referred by primary care and by emergency departments decreased in comparison with group A, while referrals from all other sources increased ($P < .001$). Initial diagnosis of airway disorders and associated symptoms produced most of the demand for health care services (group A, 58%; group B, 62.2%). When the 2 groups were compared, the following changes were observed in group B: a) an increase in hospital-referred cases with right heart disease ($P < .001$; relative risk [RR]=7.3) and in cases of obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) ($P < .001$; RR=24.3)—the most common diagnosis in group B—referred from primary care and other specialist services and b) an overall decrease in cases of tuberculosis ($P < .001$; RR=0.3) and in referrals made without a recorded initial diagnosis by primary care physicians. When definitive diagnoses were analyzed, the initial diagnosis was confirmed in a high percentage of patients with airway disorders (group A, 47.2%; group B, 53.1%). An increase in cases with a definitive diagnosis of OSAS was observed in group B ($P < .001$; RR=18.3) compared to group A. In addition, a 2-fold increase was recorded for right heart disease and consultations for radiographic abnormalities. The number of patients diagnosed with tuberculosis decreased.

CONCLUSIONS: The changes observed over the 10-year period analyzed were as follows: a) a decrease in referrals made by primary care centers and emergency departments and an increase in referrals from other sources; b) a significant increase in referrals for OSAS, which became the most common reason for consultation; c) an increase in referrals for right heart disease; and d) a decrease in tuberculosis cases.

Key words: Patient profile. Respiratory medicine health services needs and demand. Respiratory medicine clinic.

Introducción

El rápido avance tecnológico y científico, junto con factores más complejos de progreso económico y social, es el motor que impulsa el desarrollo de la medicina y el nivel de salud de la población, pero al mismo tiempo propicia también cambios en los factores de riesgo a los que nos exponemos, en el perfil de las enfermedades actuales e incluso en la propia organización de las especialidades médicas. Particularmente, la enfermedad neumológica es un exponente claro de estos cambios. Así, el descubrimiento del bacilo de Koch¹ y la disponibilidad de tratamiento apropiado contra la tuberculosis^{2,3} supusieron un cambio cualitativo para las enfermedades respiratorias que marcó el declive de la fisiología y el inicio de la bronconeumología^{4,5}.

Más recientemente, diversas publicaciones inciden en la importancia del tabaquismo como motor del rápido crecimiento de las afecciones respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el cáncer de pulmón, que se situarán en el año 2010 entre las 4 primeras causas de mortalidad en Europa^{6,7}. Pero estas previsiones se basan en datos de estudios epidemiológicos de morbimortalidad, cuyos datos no siempre son superponibles a los obtenidos en nuestro quehacer diario. A este respecto, la información existente en la bibliografía es escasa⁸⁻¹⁰ y no siempre refleja los cambios y tendencias que día a día vivimos en nuestras consultas, conscientes de que va cambiando el perfil de las enfermedades respiratorias a las que nos enfrentamos y la demanda neumológica que éstas generan.

Por otro lado, la gestión de los procesos sanitarios requiere un conocimiento preciso de las enfermedades más prevalentes y de las prioridades neumológicas, en aras de organizar adecuadamente la atención de los pacientes y optimizar los limitados recursos sanitarios disponibles. Desde esta perspectiva, es prioritario conocer las variaciones acontecidas en los últimos años en el perfil de las enfermedades respiratorias. Para ello se ha desarrollado este estudio, cuyo objetivo es analizar los cambios cuantitativos y cualitativos de la demanda generada en una consulta neumológica de ámbito comarcal con la proyección evolutiva de 10 años.

Pacientes y métodos

Se incluyó en el estudio a todos los pacientes que acudieron como primera visita a una consulta de neumología durante los períodos correspondientes a los años 1992-1993 (grupo A) y 2002-2003 (grupo B). De todos ellos se registraron los siguientes datos: edad, sexo, nivel asistencial desde donde se les remitía (procedencia), diagnóstico inicial (DI) y diagnóstico final (DF). Respecto a la procedencia de los pacientes, se consideraron los siguientes niveles de asistencia: atención primaria, urgencias, hospitalización, otras especialidades y otras procedencias. Como DI se consideró el indicado por el médico que remitía al paciente y que constituía el motivo inicial de consulta, mientras que el DF fue el realizado en la consulta de neumología tras completar el estudio diagnóstico del paciente con las diversas exploraciones complementarias requeridas. Los datos se obtuvieron de un programa informático de diseño propio, de uso en la consulta de neumología, que registra los datos de gestión de los pacientes y la relación de diagnósticos establecidos.

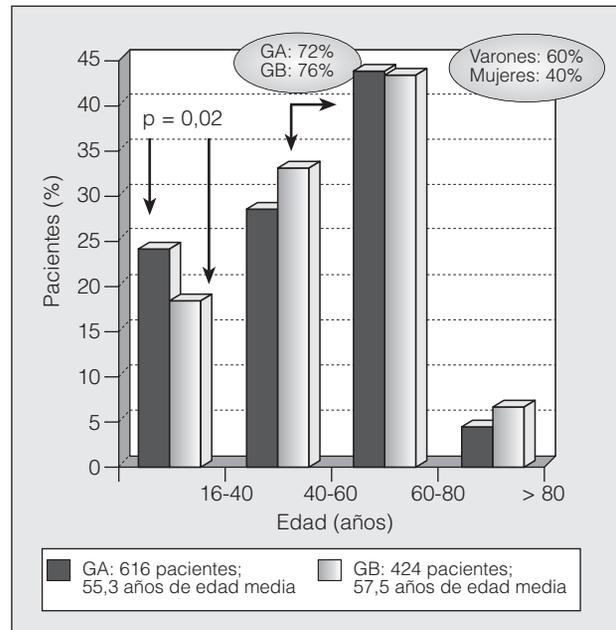


Fig. 1. Distribución de los pacientes de los grupos A (GA), 1992-1993, y B (GB), 2002-2003, por edad y sexo en ambos grupos.

Análisis estadístico

Se realizaron un estudio descriptivo de las variables registradas y un estudio comparativo entre los grupos A y B aplicando la prueba de la χ^2 y se calcularon los riesgos relativos (RR) e intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

El grupo A estuvo formado por 616 pacientes y el B por 424. En la figura 1 se muestra, para ambos grupos, la distribución porcentual de pacientes por sexo e intervalos de edad. Se observó una disminución del número de pacientes atendidos en el grupo B, así como una tendencia a la longevidad (edad media \pm desviación estándar de: 55,3 \pm 19,2 años en el grupo A y de 57,5 \pm 18,1 años en el B). El intervalo de edad entre 40 y 80 años fue el que generó la mayor parte de la demanda (grupo A: 71,9%; grupo B: 75,7%). En ambos grupos predominó el sexo masculino (un 60% de varones y un 40% de mujeres), pero no se apreciaron diferencias significativas en la distribución por edad y sexo, salvo en el caso del grupo de edad comprendida entre 16 y 40 años, en el que se observó una disminución significativa del número de pacientes en el grupo B ($p = 0,02$; RR = 0,75; IC del 95%, 0,59-0,96).

La mayor parte de los pacientes de ambos grupos procedían de atención primaria (fig. 2), pero el estudio comparativo mostró en el grupo B una disminución de esta procedencia y de urgencias, así como un aumento del resto de niveles asistenciales, muy significativo en todos los casos ($p < 0,001$).

La relación de DI y el estudio comparativo entre ambos grupos se muestran en la tabla I. Como puede verse, las enfermedades de la vía aérea superior (EVAS) e inferior (EVAI), junto con los síntomas, fueron las causas más frecuentes de consulta. En conjunto, motivaron el 58,4%

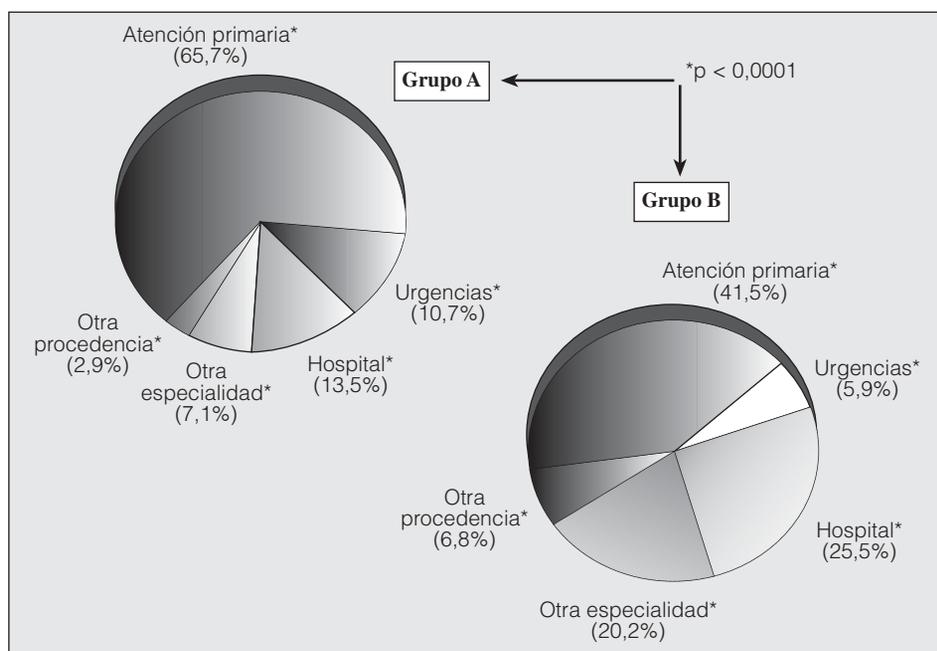


Fig. 2. Distribución porcentual de pacientes en ambos grupos por procedencia.

de la demanda en el grupo A y el 62,2% en el grupo B. La disnea, la tos y la hemoptisis fueron los síntomas más frecuentes y no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, salvo para la consulta por dolor torácico, que en el grupo B se redujo significativamente ($p = 0,007$; RR = 0,26; IC del 95%, 0,09-0,76).

En el grupo B se observó un aumento significativo de las EVAS ($p < 0,001$; RR = 7), de las enfermedades cardiovasculares (ECV) ($p < 0,001$; RR = 4,6) y de consulta por alteraciones radiológicas ($p \leq 0,05$; RR = 1,9). En concreto, se constató que el aumento de las EVAS era debido al síndrome de apneas obstructivas durante el

TABLA I
Relación porcentual de pacientes en grupo A (1992-1993) y grupo B (2002-2003) según el diagnóstico inicial y final

	Diagnóstico inicial			Diagnóstico final		
	Grupo A	Grupo B	p	Grupo A	Grupo B	p
EVAS	2,4	1,2	$\leq 0,01$	6,9	18,7	$\leq 0,01$
SAOS	0,6	15,8	$\leq 0,01$	0,5	9,8	$\leq 0,01$
Otras EVAS	1,8	1,4		6,4	8,9	
EVAI	32,9	28,1		40,3	34,4	
Bronquitis-EPOC	14,9	11,6		17,4	15,5	
Asma	13,5	13,9		18,7	15,7	
Otras EVAS	4,5	2,6		4,2	3,2	
Síntomas	23,1	16,9	$\leq 0,05$	3,2	2	
Disnea	7,8	5,9		0,6	0,5	
Tos	6,5	6,1		0,2	0,3	
Hemoptisis	4,9	3,5		1,1	0,5	
Dolor torácico	3,6	0,9	$\leq 0,01$	1,2	0,3	
Otros síntomas	0,3	0,5		0,1	0,3	
Enfermedad tuberculosa	7,8	2,3	$\leq 0,01$	15,9	4,4	$\leq 0,01$
Enfermedad infecciosa	6,3	7		3,7	5,2	
Enfermedad pleural	1,3	2,8		4,4	6,2	
Enfermedad tumoral	1,9	2,8		5,1	4,6	
Enfermedad intersticial	0,6	0,9		0,7	1,7	
Alteración radiológica	7,3	11	$\leq 0,05$	1,1	3,1	$\leq 0,01$
No consta diagnóstico inicial	12,3	2,5	$\leq 0,01$			
Normalidad neumológica				9,8	7	
Enfermedad de la caja torácica	0,6	1,2		2,7	3,6	
Enfermedad cardiovascular	1	4	$\leq 0,01$	5,3	5,3	
Derecha	0,6	3,5	$\leq 0,01$	1,5	3,2	$\leq 0,05$
Izquierda	0,4	0,5		3,8	2,1	
Otro diagnóstico	2,3	3,1		1,3	1,5	

EVAS: enfermedades de la vía aérea superior; SAOS: síndrome de apneas obstructivas durante el sueño; EVAI: enfermedades de la vía aérea inferior; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA II
Procedencia de los pacientes que presentaban cambios significativos entre los grupo A (1992-1993) y B (2002-2003)
en el diagnóstico inicial

	Diagnóstico inicial														
	Atención primaria			Hospital			Urgencias			Otra especialidad			Otra procedencia		
	GA	GB	p	GA	GB	p	GA	GB	p	GA	GB	p	GA	GB	p
SAOS	0,2	8,7	≤ 0,01	0,2	0,3					0,2	6,6	≤ 0,01		0,2	
Dolor torácico	2,8	0,7	≤ 0,01				0,6			0,2	0,2				
Enfermedad tuberculosa	4,2	0,7	≤ 0,05	1,9	1,1	≤ 0,05	0,8			0,8	0,2	≤ 0,01		0,2	
Alteración radiológica	2,9	5,4	≤ 0,01	0,8	0,7		1,9	1,2		1,5	2,8		0,2	0,5	
No consta diagnóstico inicial	10,6	1,7	≤ 0,01							0,2	0,2		1,5	0,7	≤ 0,01
Enfermedad cardiovascular derecha				0,3	3,5	≤ 0,01				0,2					

Los datos se expresan en porcentaje. GA: grupo A; GB: grupo B.

sueño (SAOS), que generó en este grupo un incremento muy significativo, que multiplicó por 24,3 la demanda de 10 años antes ($p < 0,001$; RR = 24,3; IC del 95%, 8,9-66,2). Igualmente se constató que el aumento de la ECV se debía sobre todo a ECV de origen derecho ($p < 0,001$; RR = 7,26; IC del 95%, 2,12-24,94). Al comparar estos datos en función de la procedencia de los pacientes (tabla II) se observó que el aumento significativo provenía: en el caso del SAOS, de atención primaria ($p < 0,001$; RR = 85,14; IC del 95%, 11,77-615,68) y otra especialidad ($p < 0,001$; RR = 14,33; IC del 95%, 2,02-101,84); en las alteraciones radiológicas, también de atención primaria, y en el caso de las ECV de origen derecho este incremento tenía su origen en pacientes remitidos tras el alta hospitalaria ($p = 0,005$; RR = 5,76; IC del 95%, 1,36-24,51).

En el grupo B, en cambio, se apreció una tendencia regresiva en la enfermedad de causa tuberculosa ($p < 0,001$; RR = 0,30; IC del 95%, 0,15-0,59) y en el número de pacientes remitidos sin que se reflejara el motivo de consulta ($p < 0,001$; RR = 0,17; IC del 95%, 0,09-0,33). Al analizar estos datos según la procedencia de los pacientes (tabla II), se observó que, en el caso de la enfermedad tuberculosa, la reducción provenía de atención primaria ($p = 0,016$; RR = 0,27; IC del 95%, 0,08-0,87), de hospitalización ($p = 0,018$; RR = 0,32; IC del 95%, 0,12-0,87) y de otra especialidad ($p = 0,008$; RR = 0,10; IC del 95%, 0,01-0,85); mientras que en los pacientes en quienes no constaba el motivo de consulta la reducción procedía de atención primaria ($p < 0,001$; RR = 0,24; IC del 95%, 0,11-0,52) u otra procedencia ($p = 0,002$; RR = 0,21; IC del 95%, 0,06-0,66).

La relación de DF y el estudio comparativo entre ambos grupos puede verse en la tabla I. Las EVAS, junto con las EVAI, constituyeron el diagnóstico más frecuente en ambos grupos (grupo A: 47,2%; grupo B: 53,1%) y además contribuyeron a explicar la mayor parte de casos de disnea (un 52,1% en el grupo A y un 40% en el B), particularmente la EPOC, la bronquitis crónica y el asma. Del mismo modo, las EVAS y EVAI,

junto con la enfermedad infecciosa, fueron las causas más frecuentes de tos (un 87,5% en el grupo A y un 80,6% en el B) y hemoptisis (un 53% en el grupo A y un 66% en el B). El perfil del DF fue similar al descrito para el DI, confirmando un importante aumento del SAOS en el grupo B ($p < 0,001$; RR = 18,3; IC del 95%, 7,39-45,46), que multiplicó por 18,3 el número de casos diagnosticados en el grupo A; una duplicación tanto de ECV derecha ($p < 0,05$; RR = 2,2; IC del 95%, 1,10-4,32) como de alteraciones radiológicas ($p < 0,01$; RR = 2,8; IC del 95%, 1,35-6,23), así como una tendencia regresiva en la enfermedad tuberculosa ($p < 0,001$; RR = 0,29; IC del 95%, 0,20-0,44).

Discusión

Este estudio pone de manifiesto la existencia de cambios cuantitativos y cualitativos en la demanda generada en una consulta neumológica comarcal durante los últimos 10 años. El perfil global de los pacientes remitidos a la consulta sigue manteniendo algunos rasgos similares a los descritos previamente⁸, tales como la distribución etaria, aunque con una ligera tendencia hacia una mayor longevidad; el predominio de varones (varones/mujeres = 1,5); la elevada proporción de demanda generada por las EVAS y EVAI y el estudio de los síntomas respiratorios, etc. Sin embargo, cabe destacar otros rasgos diferenciales significativos, tales como el aumento de SAOS, de consulta por alteraciones radiológicas y ECV derecha, así como la disminución de la enfermedad tuberculosa y de pacientes remitidos sin que hubiera constancia del motivo de consulta. En concreto, este trabajo destaca que existe un importante aumento de demanda de estudio de SAOS, que multiplica por 24 la generada 10 años antes y constituye el DI más frecuente.

Otros autores¹⁰, utilizando un método similar al de este estudio y con datos procedentes de un hospital de tercer nivel, han constatado igualmente la relevancia que está teniendo el SAOS para las consultas de neumología –en su caso la sospecha de dicha enfermedad

constituye el 55% de la demanda de su consulta— y ha comprobado asimismo que éste fue también el DF más frecuentemente realizado (30%). Un amplio estudio multicéntrico¹¹ que recogió durante 9 años (1990-1998) diversas características del diagnóstico de SAOS detectó también un incremento de 12 veces de este diagnóstico; sus autores destacan la importancia de consensuar protocolos de reconocimiento precoz de esta enfermedad y de manejo apropiado, con el objetivo de obtener resultados óptimos. A este respecto, la creación de unidades de sueño, tal como recomienda el Consenso Nacional¹², podría ser uno de los modos de rentabilizar los recursos para el diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad, desbloqueando al mismo tiempo las consultas neumológicas generales, dada la elevada demanda generada por esta entidad.

El aumento de pacientes remitidos para estudio de alteraciones radiológicas y de ECV de origen derecho probablemente responde al rápido avance tecnológico en los métodos de diagnóstico por imagen observado en la última década, así como a la mayor accesibilidad desde diversos ámbitos asistenciales a estos medios diagnósticos. Ello, al igual que la disminución de la enfermedad tuberculosa o de pacientes remitidos sin que constara el motivo de consulta, muy probablemente obedece al incremento observado durante los últimos años en el número de médicos generalistas y a su mejor formación a través del sistema de médicos internos residentes. La ubicación de estos profesionales preferentemente en los centros de atención primaria puede haber contribuido, por fortuna, a mejorar estos indicadores de calidad asistencial^{13,14}.

En este estudio se observa también, en relación con la década previa, una disminución del número de pacientes que se remiten como primera visita a la consulta de neumología. Esta pérdida de pacientes proviene de atención primaria y urgencias, y no se ve compensada por el incremento detectado en los pacientes remitidos desde el resto de procedencias. Cabe resaltar que en nuestro hospital, como ocurre en otros de ámbito comarcal, la Unidad de Neumología forma parte del Servicio de Medicina Interna y, en nuestro caso en concreto, durante los últimos años se ha creado un filtro en la atención de pacientes entre primaria y especializada, atendido por internistas, con el objeto de desbloquear la demanda de las consultas especializadas. Esto quizá explicaría en parte la pérdida de pacientes procedentes de atención primaria y urgencias, junto con otros factores relacionados con la dinámica de funcionamiento de estas 2 áreas asistenciales, tales como el aumento de la actividad asistencial en primaria y el incremento de su cartera de servicios, con la incorporación de programas de seguimiento de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas^{15,16}.

Desafortunadamente, este estudio no nos permite analizar el perfil y las características de los pacientes perdidos como primeras visitas, ni otros indicadores generales de calidad asistencial neumológica, aunque, dada la escasa implantación de la espirometría y de otras técnicas neumológicas fuera del ámbito neumológico¹⁷⁻¹⁹, cabe suponer que al menos el estudio de las

enfermedades más prevalentes (EPOC, asma, SAOS, etc.) en este grupo de pacientes perdidos no puede haber sido totalmente satisfactorio. No obstante, este estudio sí nos permite reflexionar acerca de la pérdida de impacto de las consultas de neumología de ámbito comarcal en la demanda generada desde atención primaria y urgencias durante los últimos 10 años. Quizá éste sea uno de los principales focos de atención que pone de manifiesto este trabajo, y nos debe hacer reflexionar acerca de la necesidad de mejorar las relaciones entre atención primaria y especializada.

A este respecto, cabe destacar que en la bibliografía existen pocos datos acerca de cuál podría ser el modelo óptimo de relación entre estos 2 niveles asistenciales y, hoy por hoy, no disponemos de modelos adecuadamente validados sobre la base de resultados sobre eficiencia, optimización de recursos o calidad asistencial. Se ha comunicado²⁰ un aceptable grado de satisfacción de los médicos generalistas y de los pacientes, basado en un nuevo esquema asistencial neumológico mixto como alternativa al papel clásico del neumólogo, bien como receptor de la enfermedad neumológica, bien como mero consultor en problemas respiratorios complejos concretos. Este modelo mixto²¹ se basa en la actuación coordinada entre primaria y especializada, con una mínima, pero calculada, participación del neumólogo tras consensuar diversos protocolos de actuación en las enfermedades más prevalentes. Desafortunadamente, con este esquema de trabajo no se han comunicado resultados basados en datos de coste-efectividad o calidad asistencial que pudieran apoyar su validez. Sin embargo, qué duda cabe, que la consensuación de protocolos, la aproximación de las técnicas neumológicas al área de atención primaria y el asesoramiento periódico por parte del neumólogo en los problemas respiratorios pueden suponer un avance en el horizonte hacia una mejora en la relación entre estos 2 ámbitos asistenciales.

En definitiva, este estudio pone de manifiesto que, respecto a hace 10 años, en una consulta externa neumológica de ámbito comarcal se detecta una disminución de la demanda asistencial, con pérdida de pacientes desde atención primaria y urgencias, que refleja una pérdida de impacto de la neumología sobre los problemas respiratorios a este nivel y que debería propiciar una reflexión sobre la adecuada atención sanitaria de estos pacientes y el modo de coordinar la relación entre los neumólogos y estos 2 ámbitos asistenciales. Asimismo, nuestro estudio también revela la existencia de algunos cambios cualitativos en el perfil de los diagnósticos realizados en estos últimos 10 años; entre dichos cambios destacan la disminución de la enfermedad tuberculosa y el aumento de las ECV de origen derecho y, sobre todo del SAOS, cuyo incremento es tal que se convierte en el motivo de consulta más frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koch R. La etiología de la tuberculosis (traducción del artículo original "Die Aetiologie der Tuberculose"). Bol de la UICT. 1981;56:95-109.
2. Stead WW, Dutt AK. Chemotherapy for tuberculosis today. Am Rev Respir Dis. 1982;125 Koch Centennial Suppl:94-101.

PELLICER CÍSCAR C. CAMBIOS EN EL PERFIL DE UNA CONSULTA NEUMOLÓGICA COMARCAL.
PERSPECTIVA DE 10 AÑOS

- Mitchison DA. The diagnosis and therapy of tuberculosis during the past 100 years. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:699-706.
- Sauret Valet J. El ocaso de la tisiología. En: Sauret Valet J, editor. *Cien años de neumología 1900-2000.* Madrid: Ediciones Aula Médica; 1998. p. 83-100.
- Sauret Valet J. La consolidación de la neumología. En Sauret Valet J, editor. *Cien años de neumología 1900-2000.* Madrid: Ediciones Aula Médica; 1998. p. 101-20.
- The burden of lung disease. *European Lung White Book.* ERS; 2004. p. 2-7.
- Yacht D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA.* 2004;291:2616-22.
- Pellicer C, Fullana J, Cremades MJ, Rivera ML, Perpiñá M. Perfil de una consulta neumológica de ámbito comarcal. *Arch Bronconeumol.* 1996;32:447-52.
- 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.
- Sánchez Caro MD, Ros Lucas J, Fernández Suárez MC, Soto Fernández MC, Latur Pérez E, García Martín E, et al. Análisis de una consulta de neumología en un hospital de tercer nivel. *Arch Bronconeumol.* 2005;41 Espec Congr:1-72.
- Namen AM, Dunagan DP, Fleischer A, Tillet J, Barnett M, McCall WV, et al. Increased physician-reported sleep apnea. *The National Ambulatory Medical Care Survey.* *Chest.* 2002;121:1741-7.
- Grupo Español del Sueño (GES). Consenso Nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41 Supl 4:51-57.
- Fernández de Sanmamed MJ, De la Fuente JA, Mercader J, Borrrell C, Martín C, Birulés M, et al. Factores relacionados con la actividad investigadora de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 1997;19:283-9.
- Orden SCO/3139/2004 de 27 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2004, para el acceso en el año 2005 a plazas de formación sanitaria especializada. *BOE n.º 237,* de 1 de octubre de 2004.
- Indicadores de gestión 2004. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat. Agencia Valenciana de Salut. 2004. Disponible en: www.san.gva.es/pdf/indicadoresdegestio
- Atención primaria de la Comunidad Valenciana. Cartera de Servicios. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; 2000.
- Bolton CE, Ionescu AA, Edwards PH, Faulkner TA, Edwards SM, Shale DJ. Attaining a correct diagnosis of COPD in general practice. *Respir Med.* 2005;99:493-500.
- De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P, Gaspar Alonso-Vega G. Fiabilidad del diagnóstico de la EPOC en atención primaria y neumología en España. Factores predictivos. *Arch Bronconeumol.* 2003;39:203-8.
- López-Viña A, Enrique Cimas J, Díaz Sánchez C, Coria G, Vegazo O, Picado Vallés C, on behalf of Scientific Committee of ASE study. A comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain: ASES study. *Respir Med.* 2003;97:872-81.
- Plaza V, Rodríguez Trigo G, Peiró 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 extra-hospitalario. *Arch Bronconeumol.* 2003;39:57-61.
- Plaza Moral V. Médico de familia y neumólogo: ¿coordinación o confrontación? Propuesta de un esquema de relación entre atención primaria y neumología. *Arch Bronconeumol.* 2004;40 Supl 3:15-7.