

ORIGINALES BREVES

Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta

V. Rubio Arribas, M.L. Rodríguez Ibáñez, E. Sampredo Martínez, C. Victores Benavente, A. Alechiguerra García y J.L. Barrio Gamarra

EAP Irún Centro (Gipuzkoa).

Objetivos. Evaluar la calidad y mejora de cumplimentación de los documentos de interconsulta en el equipo de atención primaria (EAP).

Diseño. Ciclo completo de calidad.

Emplazamiento. Atención primaria (AP).

Componentes de la evaluación. Dimensión estudiada: calidad científico-técnica. Sujetos: todos los documentos de interconsulta (DI-1) dirigidos por los médicos de AP del centro de salud de Irún Centro a atención especializada durante 15 días, 223 DI-1 para la evaluación en abril de 1998 y 287 para la reevaluación en octubre 1998. Tipo de evaluación: retrospectiva. Fuente de datos: documentos interconsulta e historias clínicas. Criterios: explícitos y normativos. Medidas correctoras: educativas (discusión de resultados en reunión del EAP).

Resultados. En la reevaluación se observó una mejoría estadísticamente significativa: datos de filiación (91,5-96,8%), legibilidad (86-92,7%), antecedentes y/o medicación habitual (35,9-50%) y sintomatología (77,8-87,2%). Por niveles de calidad se ha pasado en los buenos del 20,6 al 42,5% y en los malos del 40,8 al 33,4%. Obtuvimos respuesta en un 22,2% de nuestras derivaciones. La falta de respuesta se produce en un 34% por no haber informe del especialista, un 47,8% se atribuyen al paciente o al circuito y el 18% de los pacientes está pendiente de pruebas.

Conclusiones. La información proporcionada en los DI-1 ha mejorado significativamente después del ciclo de calidad. Conocer nuestra práctica habitual de trabajo sirve como estímulo de mejora. Los criterios que peor cumplimos son: referencia a antecedentes personales y/o medicación habitual, exploración física y medidas terapéuticas empleadas. Gran pérdida de información en la respuesta a nuestras derivaciones.

Palabras clave: Calidad. Atención primaria de salud. Derivación.

EVALUATION OF THE QUALITY OF COMMUNICATION BETWEEN CARE LEVELS THROUGH THE INTER-CONSULTATION DOCUMENT

Objectives. To evaluate the quality and improvement of compliance in the inter-consultation documents of the primary care team (PCT).

Design. Entire care cycle.

Setting. Primary care (PC).

Measurements. Dimension studied: scientific-technical quality. Subjects: all the inter-consultation documents (ID-1) sent by PC doctors from Irún Health Centre to specialist clinics over a 15-day period. 223 ID-1 for evaluation in April 1998, and 287 for re-evaluation in October 1998. Type of evaluation: retrospective. Source of data: inter-consultation documents and clinical records. Criteria: explicit and standard. Corrective measures: educational (discussion of results in meeting of the PCT).

Results. A statistically significant improvement was found at the re-evaluation: basic personal details (91.5%-96.8%), legibility (86%-92.7%), medical history and/or customary medication (35.9%-50%) and symptoms (77.8%-87.2%). Good quality levels rose from 20.6% to 42.5%; and bad quality levels fell from 40.8% to 33.4%. 22.2% of our referrals received a reply. 34% of the lack of replies was because of no report from the specialist, 47.8% were attributed to the patient or circuit, and 18% of the patients were awaiting test results.

Conclusions. The information supplied in the ID-1 improved significantly after the quality cycle. Knowing our habitual working practice can serve to stimulate improvement. The criteria we complied with least were: reference to personal antecedents and/or habitual medication, physical examination, and therapeutic measures employed. There was a huge loss of information in the replies to our referrals.

Key words: Quality. Primary health care. Referral.

(*Aten Primaria* 2000; 26: 681-684)

Correspondencia: Víctor Rubio Arribas.
Centro de Salud Irún Centro. Avda. Gipuzkoa, 15. 20302 Irún (Gipuzkoa).

Manuscrito aceptado para su publicación el 19-VI-2000.

Introducción

Una de las características que definen la atención primaria (AP) es la de servir como puerta de entrada a los servicios sanitarios, prestando una atención personal, integrada y continuada a nuestros pacientes. Para garantizar esta continuidad, de la que los médicos de AP somos responsables, es necesario que funcionen adecuadamente los canales de comunicación entre los niveles primario y secundario¹⁻³. El canal de comunicación básico entre los profesionales de AP y secundaria es el documento interconsulta (DI-1).

En nuestra práctica diaria, percibimos una falta de fluidez en la interrelación AP y atención especializada (AE). Entre las causas que pueden contribuir a esta deficiente relación se pueden encontrar: la pertinencia de las derivaciones, la información transmitida en los documentos interconsulta, el circuito de derivación, las listas de espera, la poca respuesta por parte del especialista, competencia entre niveles, etc.^{2,4}.

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la información transmitida en los DI-1 emitidos por los médicos de AP, para lo cual hemos realizado un ciclo completo de calidad siguiendo la metodología de Palmer⁵, que se basa en la detección y priorización de problemas, establecimiento de criterios de calidad, evaluación, implantación de medidas correctoras y reevaluación. Entre sus características destaca su fácil aplicación y su utilidad en la medición de la calidad científico-técnica con muestras pequeñas y una metodología bien estructurada.

Material y métodos

El estudio se ha realizado en el EAP de Irún Centro, donde 12 médicos de AP atienden una población de 26.557 personas mayores de 14 años. En este centro tienen consulta las especialidades médico-quirúrgicas (oftalmología, ORL, dermatología, ginecología, traumatología, cirugía, urología) y psiquiatría. El resto de las especialidades son atendidas en consultas externas del Hospital Comarcal del Bidasoa, ubicado en la misma población. Las citas para todas las especialidades tanto del centro como del hospital comarcal se dan en el servicio de admisión del centro, mediante programa informático, tanto en mostrador como por teléfono. El documento interconsulta es el modelo oficial del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza utilizado en toda la red del País Vasco (DI-1), que es entregado por el médico al paciente, siendo éste el que lo entrega al especialista y devuelve la información al médico de AP.

Para la evaluación, durante 13 días laborales, se recogieron en el servicio de admisión las copias de todos los documentos interconsulta que, procedentes de los 12 médicos de AP, iban dirigidos a todas las especialidades excepto optometría, odontología y radiología. El número de volantes recogidos fue de 223. En todos los DI-1 recogidos se comprobó la cumplimentación de los criterios de calidad consensuados por el EAP: constancia de datos de filiación; legibilidad; referencia a antecedentes personales y/o medicación habitual; datos de sintomatología; detalles de la exploración física; referencia a pruebas complementarias; constancia de las medidas terapéuticas empleadas para el proceso actual; diagnóstico de presunción, diagnóstico diferencial o motivo de la consulta o derivación. También se han agrupado los volantes por niveles de calidad en buenos, aceptables y malos según las recomendaciones de Irazábal et al^{1,3} (tabla 1).

Como medida correctora, se expusieron y discutieron los resultados globales en reunión del EAP con la idea de que la información, conocer nuestra práctica habitual de trabajo, sirve de estímulo de mejora². Transcurridos 6 meses, se realizó la reevaluación siguiendo la misma metodología empleada en la evaluación, recogiendo durante 13 días 287 DI-1.

Tanto en la evaluación como en la reevaluación, los profesionales del centro desconocían que se estaba realizando la recogida de DI-1.

Resultados

En la evaluación, un 90% de nuestras derivaciones va dirigido a especialidades médico-quirúrgicas y el 10% a especialidades médicas, destacando: traumatología, 19,7%; dermatología, 16%, y oftalmología, 15,7%.

TABLA 1. Niveles de calidad del documento de interconsulta (DI-1)

Bueno, si contiene:
Antecedentes personales y familiares, si procede
Tratamiento que sigue habitualmente
Datos suficientes de la enfermedad actual, con exploraciones complementarias, si procede
Impresión diagnóstica, diagnóstico diferencial o motivo de consulta
Aceptable
Queda claro el motivo de interconsulta
Presenta datos suficientes de la enfermedad actual, aunque no todos los incluidos en el apartado anterior
Malo
Illegible
Sin datos suficientes para la valoración de la enfermedad actual
Ausencia de información

Irazábal et al³, modificada de Morera et al¹.

TABLA 2. Resultados de cumplimiento de criterios. Reevaluación de la calidad del documento interconsulta

Criterios	Evaluación		Reevaluación		p
	N	%	N	%	
1. Constancia de datos de filiación	204	91,5	278	96,8	0,00405
2. Legibilidad	192	86	266	92,7	0,00739
3. Referencia a antecedentes y/o medicación habitual	69	35,9	133	50	0,00139
4. Referencia a la sintomatología	148	77,8	232	87,2	0,00220
5. Referencia a la exploración física	90	46,9	145	54,5	0,05334
6. Referencia a pruebas complementarias	121	63	174	65,4	0,2988
7. Referencia a medidas terapéuticas para el proceso actual	109	56,7	167	62,8	0,09729
8. Figura diagnóstico de presunción, diagnóstico diferencial o motivo de la consulta o derivación	144	75	199	74,8	0,4817

En la reevaluación, 77,7% a especialidades médico-quirúrgicas y 22,3% a médicas, destacando: oftalmología, 17%; traumatología, 13%, y ginecología, 10,8%.

En la evaluación, los criterios con niveles más altos de cumplimiento son: constancia de datos de filiación, 91,5%; legibilidad, 86%; descripción de la sintomatología, 77,8%, y motivo de la derivación, 75%. En la reevaluación se observó una mejoría en todos los criterios, siendo ésta estadísticamente significativa ($p < 0,01$) en la presencia de datos de filiación, legibilidad, referencia a antecedentes y/o medicación habitual y referencia a la sintomatología (tabla 2).

Tanto en la evaluación como en la reevaluación, los criterios que por su incumplimiento tienen más peso en la falta de calidad de los DI son la referencia a los antecedentes persona-

les y/o medicación habitual, exploración física y datos de las medidas terapéuticas utilizadas, suponiendo entre los tres el 60% del total de incumplimientos, según muestra la curva de frecuencias del diagrama de Pareto (fig. 1).

Agrupando los DI-1 por niveles de calidad, en la evaluación fueron buenos un 20,6%, aceptables el 38,6% y malos un 40,8%. En la reevaluación se ha obtenido una mejoría en los considerados buenos, que pasan a 42,5%, descendiendo el número de los aceptables al 24%, y de los malos al 33,4%.

En la reevaluación hemos analizado el destino de los DI-1 catalogados como de mala calidad, constituyendo éstos un 35% de los DI-1 derivados a especialidades médico-quirúrgicas, frente al 28% de los dirigidos a especialidades médicas propiamente dichas.

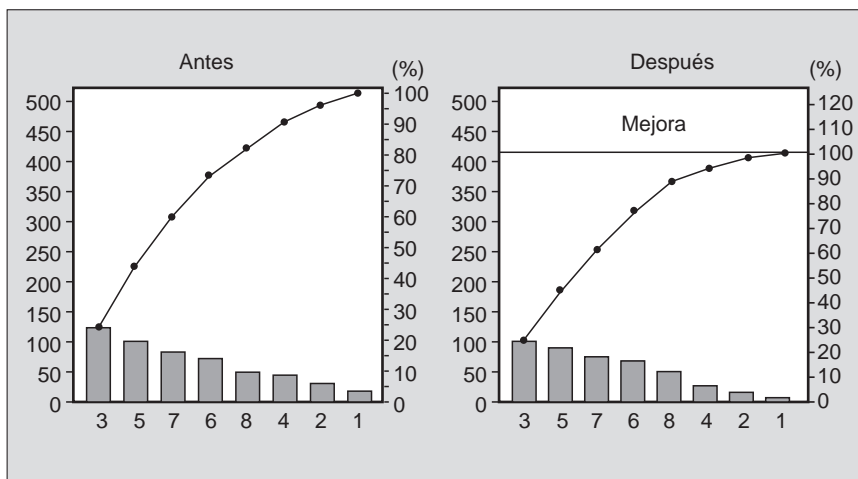


Figura 1. Frecuencia de incumplimiento de criterios. 1: Datos de filiación; 2: legibilidad; 3: antecedentes; 4: sintomatología; 5: exploración física; 6: pruebas complementarias; 7: tratamiento, y 8: motivo de consulta.

Discusión

La distribución de nuestras derivaciones coincide con las encontradas en otros estudios⁶. Analizándolas, observamos una importante derivación a oftalmología, dermatología y ginecología, a pesar de no ser patologías excesivamente prevalentes en las consultas de AP. Creemos que no es siempre la complejidad del proceso lo que indica la derivación, sino más bien el nivel de formación en una u otra especialidad o la voluntad de asumir más o menos cargas de trabajo.

Siendo la legibilidad imprescindible para garantizar la correcta transmisión de información, a pesar de la mejora en nuestro estudio, persiste un 7% de ilegibilidad, concordante con otros autores². Creemos que el desarrollo de los programas informáticos aplicados a AP, aunque éste no sea el objetivo final del desarrollo informático, puede contribuir a solucionar este problema.

El último criterio de calidad analizado es que figure un diagnóstico de presunción, o el motivo de la consulta o derivación. En nuestro estudio no se define con claridad lo que el médico de primaria solicita al especialista. Con referencias «estudio» o «control» se da por expresado el problema, pasando al médico especialista la responsabilidad global del proceso o del enfermo, en lugar de ser un interconsultor que coopera con nosotros en la resolución de problemas y

en la continuidad de cuidados de los pacientes que derivamos⁷.

Como medida correctora, se realizó una reunión del EAP donde informamos y debatimos los resultados de la evaluación. En la práctica es difícil establecer medidas correctoras, sobre todo cuando las deficiencias afectan a la actitud profesional. Al igual que Huertas et al², opinamos que la información, el conocer nuestra práctica habitual de trabajo, nos sirve de estímulo de mejora, ya que ésta ha sido evidente tanto en la cumplimentación de los distintos criterios, como en la calificación global del DI-1. Los volantes considerados de buena calidad han pasado del 20,6% en la evaluación al 42,5% en la reevaluación. Lo más deficitario^{1,3,8,9}, y por lo tanto donde más hay que incidir para mejorar la calidad global de nuestros DI-1, es en la referencia a antecedentes y/o medicación habitual, dar datos de exploración física y referencia a medidas terapéuticas.

En esta reunión se debatió, como causa que puede influir en la baja calidad de nuestras derivaciones, la escasa respuesta que recibimos. Para confirmar esta hipótesis, hemos evaluado la tasa de respuesta del especialista, comprobando en la historia clínica de los pacientes que habían entrado en la reevaluación, la existencia del DI-1 de respuesta del especialista o referencia escrita del informe, comprobando que esto sólo ocurría en un 22,2% de nuestras derivaciones, lo que confirma el elevado

porcentaje de pérdida de información, similar a lo señalado en otros estudios de nuestro medio⁴.

Para conocer los motivos del alto porcentaje de pérdida de información devuelta, se contactó telefónicamente con los pacientes de los que no se tenía respuesta en la historia, comprobando que en un 34% no hubo respuesta del especialista, un 47,8% de las pérdidas pueden atribuirse al paciente o al circuito (no acudió al especialista, no recuerda si le dio informe, lo ha perdido o lo tiene retenido) y el 18% se encontraba pendiente de pruebas.

Está claro que derivamos mejor a nuestros pacientes a las especialidades médicas que a las médico-quirúrgicas. Pensamos que el número reducido de respuestas de estas especialidades es uno de los factores que puede influir en la mala cumplimentación de los DI-1 por parte de AP; sólo obtenemos respuesta en un 8,1% del global de nuestras derivaciones a las especialidades médico-quirúrgicas y en el 33,3% de las correspondientes a las especialidades médicas. La mejora de la relación entre AP y AE continúa siendo un objetivo prioritario de la administración y de todos los estamentos sanitarios. Nuestro estudio confirma la falta de fluidez en la comunicación entre niveles, lo que origina desmotivación y recelo entre los profesionales de ambos niveles, afectando a la calidad asistencial. Creemos necesario sesiones con los especialistas para establecer criterios conjuntos de derivación tanto de pertinencia (guías clínicas) como de condiciones de calidad del documento interconsulta. Así mismo, supondría una mejora el desarrollo de sistemas informáticos que permitan una historia clínica informatizada, con acceso a ambos niveles asistenciales¹⁰.

Bibliografía

- Morera J, Custodi J, Perroca L, Midja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. Medifam 1991; 1 (3): 132-140.
- Huertas I, Pereiró J, Sanfélix J, Rodríguez R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. Aten Primaria 1996; 17 (5): 317-320.
- Irazábal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario

- y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17 (6): 376-381.
4. Aranaz Andrés JM, Buil Aina JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1986; 106: 182-184.
 5. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y practica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
 6. Fraile L, Abreu MA, Muñoz JC, Álvarez S, Álamo A, Frieyro JF. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina familiar y comunitaria. *Med Clin (Barc)* 1986; 86 (10): 405-409.
 7. Ollero Baturone M, Duque A, Fernández E, García P, Pacho E, Saiz F et al. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. SEMI, semFYC 1998;
 8. Velasco V, Otero A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1993; 11 (8): 48-57.
 9. Mimbela M, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria, atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993; 7 (1): 73-74.
 10. Alonso López F, Cristos C, Burgos A, García F, Sánchez L, Guijarro A et al. Informatización en la atención primaria. Documentos semFYC n.º 13, 1999.