

ORIGINALES

El informe de alta hospitalaria en atención primaria (I). Análisis de su utilidad

I. Buxadé Martí^a, J. Canals Innamorati^a, J.C. Montero Alcaraz^a, J. Pérez Galindo^a e I. Bolíbar Ribas^b

^aUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consorcio Sanitario de Mataró. Área Básica de Salut Cirera Molins. Mataró (Barcelona). ^bInstituto de Investigación Epidemiológica y Clínica (IREC). Mataró (Barcelona).

Objetivo. Estimar la proporción de informes de alta hospitalaria (IAH) de determinado tipo de pacientes afectados de patologías crónicas que precisan continuidad asistencial y que se reciben en la atención primaria. Evaluar si el contenido de su información es útil para el seguimiento y control del paciente por parte del médico de familia.

Diseño. Estudio descriptivo.

Emplazamiento. Cuatro áreas básicas de salud reformadas de la ciudad de Mataró (Barcelona) que comparten el mismo hospital de referencia.

Pacientes u otros participantes. Un total de 124 pacientes que fueron dados de alta durante 1996 por patologías que requieren continuidad asistencial en atención primaria (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente cerebrovascular, fractura de fémur y neoplasias).

Intervenciones. Comparación sistematizada de distintos apartados del IAH con la información de la historia clínica de atención primaria (HCAP).

Mediciones y resultados principales. En un 12,9% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 8,1-18,8%) no había ninguna constancia del IAH en las HCAP revisadas. En el 76,6% (69,1-84,1%) de los pacientes estudiados el IAH aportó información nueva sobre alguno de los contenidos revisados (IAH «útil»); en el 22,6% (15,2-30,0%) restante el IAH no aportaba información nueva y ésta omítia actuaciones necesarias para el control y seguimiento (IAH «no útil»). No obstante, hasta en un 89,5% (84,1-94,9%) de los pacientes la HCAP registraba alguna información o actuación clínicamente importantes que no constaba en el IAH. Esta situación se producía más a menudo en las cuestiones sobre prevención y calidad de vida (56,5%), curas especiales (42,3% de aquellos que las requirieron), anamnesis (40,3%) y seguimiento (31,5%).

Conclusiones. A pesar de la importancia potencial del IAH para la continuidad asistencial, y de que una elevada proporción de estos pacientes llega al médico de cabecera, su contenido podría descuidar esta función en un 22,6% o más de las altas por patologías crónicas.

Palabras clave: Alta hospitalaria; Atención primaria; Documentación clínica; Relaciones hospital-médico.

HOSPITAL DISCHARGE REPORTS RECEIVED BY PRIMARY CARE (I). ANALYSIS OF THEIR USEFULNESS

Objectives. To calculate the number of hospital discharge reports (HDR) received in primary care for determined kinds of patients suffering chronic pathologies who need on-going care. To evaluate whether the reports' contents are of use to the family doctor's monitoring of the patient.

Design. Descriptive study.

Setting. Four reformed health districts that share the same referral hospital in the city of Mataró (Barcelona).

Patients and other participants. 124 patients were discharged in 1996 for pathologies requiring ongoing care in primary care (diabetes, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, cerebral vascular accident, femur fracture and neoplasms).

Interventions. Systematic comparison of various sections of the HDR with the information in the primary care clinical notes (PCCN).

Measurements and main results. In 12.9% (95% CI, 8.1-18.8%) of the PCCNs examined, there was no record of the HDR. In 76.6% (69.1-84.1%) of the patients studied, the HDR contributed new information on some of the contents reviewed («useful» HDR). In the remaining 22.6% (15.2-30.0%) the HDR contributed no new information and left out necessary follow-up and monitoring information («useless» HDR). Nevertheless, in as many as 89.5% (84.1-94.9%) of the patients, the PCCNs recorded some clinically important piece of information or intervention that did not figure in the HDR. This occurred more often in questions of prevention and quality of life (56.5%), special treatment (42.3% of those who needed it), anamnesis (40.3%) and follow-up (31.5%).

Conclusions. Despite the potential importance of HDRs for on-going care of patients discharged from hospital for chronic complaints, and although a high percentage of HDRs reach the general practitioner, their lack of content negates their usefulness in 22.6% or more of cases.

(Aten Primaria 2000; 26: 383-388)

Correspondencia: Dr. Isaac Buxadé.
ABS Cirera Molins. Rda. Frederic Mistral, s/n. 08304 Mataró (Barcelona).

Manuscrito aceptado para su publicación el 5-VI-2000.

Introducción

El informe de alta hospitalaria (IAH) es un documento básico para reflejar el episodio hospitalario e informar sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo ingresado. Se trata de un documento obligatorio, con una estructura que viene predeterminada bajo un marco legal^{1,2}, quedando una copia en el hospital y otra que es entregada al paciente. Por lo tanto, utilizado correctamente, es un documento imprescindible en la interrelación de los diferentes niveles sanitarios, sobre todo entre la atención primaria (AP) y el hospital. Se convierte así en un elemento de gran importancia para la continuidad asistencial del enfermo, ya que asegura un correcto conocimiento de la patología y futuro tratamiento del paciente^{3,4}.

El IAH debería ser útil además en aquellas condiciones de tipo crónico o que requieren especial continuidad de la atención sanitaria en el ámbito extrahospitalario. Si se potenciara el IAH como vehículo de continuidad asistencial, nos acercaríamos aún más al objetivo de conseguir una atención integral de la población, y esto podría repercutir en mejoras de aspectos como la calidad asistencial, el ahorro económico, la disminución de las listas de espera, la reducción de ingresos-reingresos y un alivio en el colapso en los servicios de urgencias⁵.

Sin embargo, existen algunas evidencias que cuestionan la utilidad actual del IAH. Éste es utilizado como un documento que es obligatorio y rutinario, mal cumplimentado e infravalorado como elemento de interrelación, como muestran los estudios de Sardà et al y Sicras et al, dos de los más representativos trabajos sobre el tema^{6,7}. La utilidad del IAH también está afectada por el elevado porcentaje que, por diversos motivos,

no llegan a manos del médico de cabecera, cifra que alcanza un 22% en el trabajo de Sandler et al⁴.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la cantidad de IAH que se reciben en la AP, así como las situaciones en que su información es útil para asegurar una atención continuada una vez acabado el episodio hospitalario.

Material y métodos

Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de AP (HCAP) de una muestra representativa de pacientes con alta hospitalaria por patologías, en su mayoría crónicas, que requerían una continuidad importante de la atención médica. Los sujetos del estudio procedían del Consorci Sanitari de Mataró, hospital de referencia de la ciudad, de 296 camas, de donde fueron dados de alta entre septiembre de 1995 y agosto de 1996. Igualmente, tenían que ser residentes en la población de Mataró (Barcelona) y pertenecer a algunas de las 4 ABS reformadas de las 7 existentes en la ciudad: ABS 1 La Riera (14.879 habitantes), ABS 4 Cirera Molins (15.205 habitantes), ABS 5 Ronda Cerdanya (15.929 habitantes) y ABS 7 Ronda Prim (14.124 habitantes).

Para mejorar la eficiencia del estudio, se limitaron las altas hospitalarias a 6 patologías que, por su cronicidad y sus características, necesitan mayor atención y seguimiento desde la AP: *a)* diabetes mellitus tipo 1 y 2 y sus complicaciones; *b)* hipertensión arterial (HTA) (esencial, maligna, benigna o no especificada, con afectación cardíaca, renal, encefalopatía y/o retinopatía hipertensiva); *c)* enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (bronquitis crónica, enfisema pulmonar, asma bronquial, bronquiectasias y limitación crónica del flujo aéreo); *d)* accidente cerebrovascular cerebral (ACV) (embólico, isquémico o hemorrágico); *e)* fractura de fémur en paciente mayor de 65 años (cerrada o abierta), y *f)* neoplasia de pulmón, mama o colon (primaria, secundaria o carcinoma *in situ*). Las altas hospitalarias con estas patologías fueron obtenidas a partir de los códigos CIE-9-CM de diagnóstico principal del registro informatizado de altas hospitalarias.

Se excluyeron los enfermos pediátricos o que al alta no se remitieron al domicilio familiar, y en aquellos que reingresaron más de una vez por el mismo motivo durante el período de estudio sólo se consideró el primer ingreso.

Del total de altas emitidas con los diagnósticos citados se seleccionó de forma sistemática una muestra de 233 altas. De ellas, 109 fueron excluidas porque su historia clínica de atención primaria (HCAP) no fue localizada en su respectiva ABS: 83 porque estaban apartadas por defunción (almacenadas en archivo pasivo), 12 que correspondían a sujetos que no utilizaban

TABLA 1. Características de la muestra de pacientes estudiada

	Varón (n = 56)		Mujer (n = 68)		Total (n = 124)	
	N	%	N	%	N	%
Años de edad: media (DE)	65,6	(18,2)	61,7	(21,5)	63,4	(20,1)
Diagnóstico principal						
Diabetes mellitus	4	7,1	2	2,9	6	4,8
Hipertensión arterial	3	5,4	5	7,4	8	6,5
EPOC-asma	5	8,9	16	23,5	21	16,9
ACV	22	39,3	13	19,1	35	28,2
Fractura de fémur	5	8,9	9	13,2	14	11,3
Neoplasia de pulmón/mama/colon	17	30,4	23	33,8	40	32,3
Servicio hospitalario						
Medicina interna	30	53,6	34	50,0	64	51,6
Neurología	9	16,1	6	8,8	15	12,1
Oncología	6	10,7	3	4,4	9	7,3
Cirugía general	6	10,7	15	22,1	21	16,9
Ginecología			1	1,5	1	0,8
Traumatología	5	8,9	9	13,2	14	11,3
ABS						
A	12	21,4	11	16,2	23	18,5
B	15	26,8	26	38,2	41	33,1
C	20	35,7	15	22,1	35	28,2
D	9	16,1	16	23,5	25	20,2

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y ACV: accidente cerebrovascular.

el ABS asignado en el momento del ingreso y 14 sujetos que habían sido dados de baja de su ABS por traslado. Los 124 pacientes que finalmente pudieron ser estudiados permiten estimar porcentajes de IAH que no se reciben en la AP de hasta 20% con una precisión del 6% y un error α del 5%.

De todos los pacientes estudiados se disponía de una copia del IAH procedente del hospital o de la AP. El porcentaje de IAH no recibidos en la AP se calculó a partir de las HCAP en que no constaba ningún tipo de referencia sobre el IAH. El análisis de la utilidad del IAH se basó en la comparación de la información existente en la HCAP y en el IAH en fecha de alta hospitalaria. Se compararon los siguientes aspectos: *a)* características clínicas del paciente (alergias, hábitos de vida y antecedentes patológicos); *b)* servicios sanitarios requeridos en el seguimiento posthospitalario; *c)* terapia farmacológica; *d)* necesidad de curas especiales (sondajes, medidas de rehabilitación, control de síntomas, etc.), y *e)* medidas de prevención, promoción y calidad de vida (vacunaciones, consejos de salud, control de factores de riesgo, etc.). Se definió un IAH como *útil* cuando en algunos de los aspectos comparados se aportaba información que no constaba en la HCAP, o recomendaba las actuaciones clínicas que el médico de familia había realizado durante el seguimiento posthospitalario. Un IAH era *no útil* cuando no reflejaba alguno de los datos clínicos o procedimientos comparados que sí constaban

en la HCAP. Se definió un IAH como *correcto* cuando su información comparada constaba en ambos documentos. Finalmente, se definió un IAH como *no consta* si ninguno de los aspectos comparados constaba ni en el IAH ni en la HCAP. Para un grupo de aspectos valorados o para su totalidad, los pacientes se clasificaron en una de las 4 categorías descritas de utilidad de acuerdo con el siguiente orden jerárquico: útiles, no útiles, correctos y no consta. De esta forma, por ejemplo, en un IAH no útil, además de omitir información, la que aportaba no era nueva para la HCAP.

La revisión de HCAP fue realizada por 4 residentes de medicina familiar durante los meses de abril a septiembre de 1997. Previamente se consensuó una sistemática homogénea de revisión de las HCAP y se realizó un estudio piloto. En una ABS no se permitió el acceso a sus HCAP que fueron revisadas por los propios médicos del centro.

El análisis estadístico del estudio es básicamente descriptivo. A partir de la muestra estudiada se estimó el porcentaje y su intervalo de confianza del 95% (IC del 95%) de IAH que no llegaron al médico de AP, así como los distintos grados de utilidad del IAH para los diversos aspectos valorados y para su conjunto. También se analizó la relación de la utilidad del IAH con las características básicas del paciente, el grupo diagnóstico al alta hospitalaria, el servicio hospitalario responsable y la ABS. Para ello se utilizaron pruebas es-

TABLA 2. Criterios de utilidad del informe de alta hospitalaria (IAH) según presencia de la información sobre la anamnesis del paciente en la historia clínica de atención primaria (HCAP)

	Presencia de la información							
	Ninguno (no consta)		IAH + HCAP (correcto)		HCAP (no útil)		IAH (útil)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alergias medicamentosas	14	11,3	68	54,8	36	29,0	6	4,8
Alergias no medicamentosas	42	33,9	45	36,3	34	27,4	3	2,4
Consumo de alcohol	24	19,4	55	44,4	36	29,0	9	7,3
Hábito tabáquico	18	14,5	61	49,2	36	29,0	9	7,3
Adicción drogas vía parenteral	57	46,0	40	32,3	22	17,7	5	4,0
Antecedentes patológicos	8	6,5	94	75,8	20	16,1	2	1,6
Total	6	4,8	54	43,5	50	40,3	14	11,3

TABLA 3. Utilidad del informe de alta hospitalaria (IAH) según la información contenida en la historia clínica de atención primaria (HCAP) referente a los servicios sanitarios requeridos en el seguimiento hospitalario

	Presencia de la información							
	Ninguno (no consta)		IAH + HCAP (correcto)		HCAP (no útil)		IAH (útil)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultas externas hospital	23	18,5	51	41,1	6	4,8	44	35,5
Médico de familia	59	47,6	21	16,9	36	29,0	8	6,5
Especialista de pirámide	120	96,8	3	2,4	1	0,8	0	0,0
Atención domiciliaria	92	74,2	3	2,4	27	21,8	2	1,6
PADES	115	92,7	1	0,8	6	4,8	2	1,6
Servicios sociosanitarios	113	91,1	3	2,4	6	4,8	2	1,6
Servicios comunitarios	120	96,8	1	0,8	3	2,4	0	0,0
Total	15	12,1	23	18,5	39	31,5	47	37,9

PADES: equipo específico de atención domiciliaria que da soporte a la atención primaria.

TABLA 4. Utilidad del informe de alta hospitalaria (IAH) según los cambios de medicación registrados en la historia clínica de atención primaria (HCAP)

	N	%
Sin medicación	28	22,6
IAH no útil	25	20,2
Cambios de grupo terapéutico	1	
Se añade otra medicación (antigua o actual)	23	
Ambos tipos de cambio	1	
IAH útil*	71	57,3

*IAH útil: en la HCAP no se registran cambios en la medicación prescrita según el IAH.

tadísticas univariadas para variables cuantitativas y cualitativas (t-test, ji-cuadrado y test de Fisher).

Resultados

Los pacientes estudiados se distribuyeron en un 45,2% de varones, con una edad media (desviación estándar, DE) de 65,6 (18,2) años, y un 54,8% de mujeres, con una edad media de 61,7 (21,5) años (**tabla 1**). De los diagnósticos primarios seleccionados en el estudio destaca el ACV (39,3%) en los varones, la EPOC (23,5%) en mujeres y las neoplasias en ambos sexos (32,3%). La mayoría de los pacientes fueron tratados en el

servicio de medicina interna del hospital. La procedencia de los pacientes de las ABS B y C representó un 61,3% de la muestra estudiada. El porcentaje de HCAP en que no constaba ningún tipo de referencia escrita sobre el IAH resultó del 12,9% (IC del 95%, 8,1-18,8%). Del 87,1% restante, la referencia sobre el IAH en la HCAP fue mediante la presencia de original o fotocopia (76,9%) o de su anotación escrita (23,1%). Destacó la ABS B por su bajo porcentaje de IAH que no constan (9,8%), ya que recibe notificación periódica del hospital de sus pacientes ingresados. En el otro extremo se situó la ABS A, con un 17,4% de IAH sin constar. Estas diferencias, así como las observadas según las variables de la **tabla 1**, no alcanzaron significación estadística.

El grado de utilidad del IAH en lo referente a los datos clínicos del paciente según la anamnesis del paciente se presenta en la **tabla 2**. El IAH aportó información útil en alguno de los aspectos preguntados, es decir información que no constaba en la HCAP, en 14 pacientes (11,3% del total), siendo los ítems con mayor utilidad los hábitos enólico y tabáquico. En 50 pacientes (40,3%) el IAH fue no útil, en el sentido de no reflejar algún dato clínico que constaba en la HCAP; esto parece observarse sobre todo en las alergias y los hábitos de vida. En un 43,5% la información del IAH fue correcta, puesto que también constaba en la HCAP (antecedentes patológicos en la mayoría). Finalmente, en un 4,8% no constaba ninguna información ni en el IAH, ni en la HCAP.

En cuanto a los servicios sanitarios participantes en el seguimiento post-hospitalario, el IAH resultó útil en un 37,9% de los pacientes, mayoritariamente por su remisión a consultas externas hospitalarias, lo cual no constaba en la HCAP (**tabla 3**). Por el contrario, no fue útil en el 31,5% de los pacientes, en general por olvidarse de indicar el control por el médico de familia (29,0%) o sugerir un control domiciliario (21,8%). La información sobre el seguimiento fue correcta en sólo 18,5% de los pacientes en los que aparecía reflejada en ambos documentos. No constaba en ningún documento en el 12,1% de los pacientes.

La utilidad del IAH según el cumplimiento de la terapéutica farmacológica prescrita se presenta en la **tabla 4**.

TABLA 5. Utilidad del informe de alta hospitalario (IAH) según presencia en la historia clínica de atención primaria (HCAP) de la información relacionada con la necesidad de curas especiales

	Presencia de la información							
	Ninguno (no consta)		IAH + HCAP (correcto)		HCAP (no útil)		IAH (útil)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sondaje vesical	121	97,6	1	0,8	1	0,8	1	0,8
Sonda nasogástrica	123	99,2					1	0,8
Nutrición enteral	123	99,2					1	0,8
Cambios posturales	112	90,3	3	2,4	8	6,5	1	0,8
Rehabilitación respiratoria	118	95,2	2	1,6	2	1,6	2	1,6
Rehabilitación motora	101	81,5	9	7,3	8	6,5	6	4,8
Medicación vía parenteral	123	99,2					1	0,8
Inyectables	121	97,6	2	1,6			1	0,8
Equilibrio hidroelectrolítico	123	99,2			1	0,8		
Control de síntomas	99	79,8	15	12,1	9	7,3	1	0,8
Control del dolor	101	81,5	14	11,3	7	5,6	2	1,6
Oxigenoterapia	122	98,4	1	0,8	1	0,8		
Incontinencia	116	93,5	2	1,6	5	4,0	1	0,8
Curas paliativas	107	86,3	9	7,3	5	4,0	3	2,4
Otros	121	97,6			2	1,6	1	0,8
Total	72	58,1	20	16,1	22	17,7	10	8,1

TABLA 6. Utilidad del informe de alta hospitalaria (IAH) según registro de las medidas preventivas y de calidad de vida en la historia clínica de atención primaria (HCAP)

	Presencia de la información							
	Ninguno (no consta)		IAH + HCAP (correcto)		HCAP (no útil)		IAH (útil)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vacunaciones	77	62,1			47	37,9		
Consejo ejercicio	101	81,5			22	17,7	1	0,8
Consejo antitabaco	89	71,8	3	2,4	29	23,4	3	2,4
Consejo antialcohol	98	79,0			24	19,4	2	1,6
Consejo alimentario	76	61,3	11	8,9	32	25,8	5	4,0
Control peso	85	68,5	3	2,4	35	28,2	1	0,8
Control dislipemia	88	71,0	5	4,0	31	25,0		
Control hipertensión	70	56,5	9	7,3	45	36,3		
Control diabetes	81	65,3	14	11,3	29	23,4		
Cribado cáncer	112	90,3	4	3,2	8	6,5		
Educación sanitaria	93	75,0	5	4,0	25	20,2	1	0,8
Higiene personal	112	90,3	3	2,4	9	7,3		
Asistencia social	110	88,7	3	2,4	11	8,9		
Otros	121	97,6			3	2,4		
Total	40	32,3	7	5,6	70	56,5	7	5,6

Según la HCAP, se administró toda la medicación indicada en el IAH en un 57,3% de los pacientes, cuyo IAH se clasificó como útil o correcto. En cambio fue no útil en el 20,2% del total de

pacientes, mayoritariamente por no indicar medicación antigua o medicación requerida en el periodo posthospitalario. El 22,6% de los pacientes no requirió medicación.

El estudio de la utilidad del IAH a partir del registro en la HCAP de las curas especiales se presenta en la **tabla 5**. Destaca en primer lugar el elevado porcentaje de pacientes sin ninguna necesidad de curas especiales (58,1%). Se registraron las curas en el IAH y en la HCAP en un 16,1% del total de pacientes, destacando el control del dolor y otros síntomas. En el IAH no se registraron las curas requeridas posthospitalariamente, y por lo tanto no fue útil, en el 17,7% del total de pacientes, el 42,3% de aquellos que las requirieron. Ello sucedió en una amplia variedad de procesos curativos, como el control de síntomas, los cambios posturales, la rehabilitación motora, el control del dolor, la incontinencia y las curas paliativas. La información del IAH fue útil, en el sentido de aportar información nueva para la HCAP, en un 8,1% del total de pacientes estudiados.

Según la información sobre medidas de prevención, promoción y calidad de vida, la utilidad del IAH se muestra en la **tabla 6**. Dichas actuaciones no fueron realizadas en el 32,3% de los pacientes. El IAH fue útil aportando información nueva para la HCAP en el 5,6% del conjunto de sujetos. También en un 5,6% de sujetos el IAH coincidió con la HCAP en la recomendación de medidas, destacando el control de la diabetes y el consejo alimentario. No fue útil en el 56,5% de la muestra por no indicar actuaciones que posteriormente realizó el médico de familia; ello se ha observado para las vacunaciones (37,9%), el control de la hipertensión arterial (36,3%), el control del peso (28,2%), el consejo alimentario (25,8%) y el control de la dislipemia (25,0%), entre otras.

De acuerdo con el orden jerárquico establecido para clasificar a los pacientes a partir del nivel de utilidad de los distintos aspectos valorados del IAH, se obtuvieron los siguientes resultados globales. Un 76,6% (IC del 95%, 69,1-84,1%) de los sujetos estudiados presentó un IAH con alguno de los ítems revisados que aportó información nueva (IAH útil). En el 22,6% (IC del 95%, 15,2-30,0%) de los pacientes los ítems revisados del IAH ya constaban en la HCAP y además omitían información necesaria para el control y seguimiento posthospitalario por parte del médico de cabecera (IAH no útil). En el 0,8% restante (un paciente) no se

realizaron recomendaciones de control y seguimiento ni en el IAH ni en la HCAP. Dado que esta clasificación de los pacientes priorizaba los IAH útiles por encima de los no útiles, se calculó el porcentaje de pacientes con al menos uno de los aspectos revisados clasificado como no útil. El resultado fue que en el 89,5% (IC del 95%, 84,1-94,9%) de los pacientes la HCAP registraba alguna información o actuación clínicamente importantes que no constaba en el IAH. Las variables que tendieron a asociarse a la utilidad del IAH fueron las siguientes: las mujeres presentaron IAH con información algo más útil que los varones ($p = 0,09$); en edades inferiores a 70 años existió un ligero predominio de IAH útiles y a partir de los 70 años de los IAH no útiles ($p = 0,024$); el servicio de medicina interna destacaba por su mayor utilidad, mientras que el de cirugía general y traumatología por su mayor porcentaje de IAH no útiles ($p = 0,056$); los informes con diagnósticos principales de diabetes y EPOC-asma destacaron por su mayor porcentaje de utilidad ($p = 0,046$); finalmente la ABS D tuvo mayor porcentaje de IAH útiles ($p = 0,20$). La constancia o no del IAH en la HCAP no determinó su grado de utilidad.

Discusión

En una muestra de pacientes dados de alta hospitalaria por patologías que requieren continuidad de la atención sanitaria por parte de la atención primaria se ha observado que en un 12,9% de los casos no consta ningún registro del ingreso en el HCAP. Asimismo, en como mínimo un 22,6% de los pacientes se ha clasificado a la información contenida en el IAH de no útil para dicha continuidad de la AP. Para interpretar correctamente estos resultados, deben analizarse a la vez distintos factores involucrados en estos resultados y considerar las limitaciones del presente estudio.

En primer lugar, se debe tener en cuenta la muestra estudiada, centrada en 6 patologías de tipo crónico y, por lo tanto, no representativa de todas las altas hospitalarias. También han existido grandes dificultades en la localización de la HCAP, habiéndose de omitir hasta un 46,8% de las altas originalmente seleccionadas. Aun y así, creemos que, por la importan-

cia y frecuencia en la AP de las patologías estudiadas, el estudio representa suficientemente la continuidad entre ambos niveles asistenciales. La extensión del estudio a diagnósticos de alta que requieran menor continuidad comportaría seguramente menor porcentaje de casos con registro en la HCAP, así como IAH menos informativos. Dado que en la mayoría de pacientes no localizados del estudio el motivo fue su defunción, nuestro estudio podría producir una subestimación del registro IAH y su utilidad porque dichos pacientes tenían peores condiciones clínicas, y así una mayor necesidad de continuidad asistencial.

El registro de los IAH y la utilidad de su información también pueden verse afectados por las características del lugar en que se ha realizado el estudio, ya que la ciudad de Mataró, al ser de dimensiones pequeñas (100.000 habitantes), podría tener una mejor coordinación entre AP y hospital que las grandes urbes, obteniendo así porcentajes de registro y utilidad superiores. A nivel de ABS esta influencia del nivel de coordinación con el hospital no se ha observado. De este modo la ABS B, que mensualmente recibe el listado de ingresos de sus personas adscritas, no difiere de las demás en cuanto a registro y utilidad de los IAH. Estos resultados están en contraposición con los de Irazábal et al⁸, basados en el documento de interconsulta entre los niveles asistenciales primario y secundario. Los autores concluyen que hay una pérdida de información debido, en primer lugar, al especialista y, en segundo, al tipo de circuito y al paciente. Por ello recomiendan la implantación de correo interno entre ambos niveles y estudiar las actitudes de los profesionales implicados para mejorar la interrelación asistencial. En nuestro estudio sí podrían existir otros factores ligados a la ABS que determinarían el nivel de registro y utilidad del IAH, puesto que se han observado variaciones importantes entre ellas. Las causa de esta variabilidad no se explica por el hecho de que en una ABS las HCAP fueron revisadas por los propios médicos, y requerirían estudios más específicos para determinarlas. Finalmente, la metodología utilizada en este estudio para definir un IAH útil requiere asumir una serie de fundamentos. En primer lugar, requiere que toda la información clíni-

ca importante, como la contenida en un IAH, quede registrada en la HCAP. En caso de no registrarse, se infraestimaría el registro y la utilidad del IAH. Por otro lado, si durante el seguimiento posthospitalario el médico de familia no registrara las modificaciones que realiza de las pautas y los procedimientos indicados, se sobreestimaría la utilidad del IAH. En segundo lugar, nuestra metodología se fundamenta en una definición de utilidad del IAH; en el presente trabajo asume que el médico de familia siempre debería seguir las recomendaciones del médico hospitalario, las cuales deben responder a todas las necesidades para un buen control y seguimiento posthospitalario. Nuestra definición también asume que tanto las actuaciones recomendadas por el médico hospitalario como las realizadas por el médico de familia siempre están correctamente indicadas. Finalmente, la definición de IAH útil en función de la información nueva que se aporta a la HCAP es difícil de determinar retrospectivamente, pues a menudo desconocemos en qué momento se rellenó la información de la HCAP, si antes de la llegada del IAH (IAH «correcto») o después de ésta (IAH «útil»). Por ello, es probable que nuestra metodología esté infravalorando los IAH útiles a favor de los IAH correctos. Dado que este sesgo no ocurre con la estimación de IAH no útiles, creemos que el cálculo de su porcentaje tiene la mayor validez de los resultados.

Revisando la bibliografía, no se encuentran en nuestro medio muchos artículos originales sobre el tema. Cabe destacar el estudio de Sardà et al⁶, donde, a partir del estudio de la cumplimentación del IAH, destacan la baja cumplimentación de los apartados de tratamiento y seguimiento (55 y 51%, respectivamente). Nuestro estudio encuentra resultados similares sobre todo en los aspectos del seguimiento. En cuanto a la baja utilidad del IAH observada en los apartados de prevención y calidad de vida, curas especiales y niveles de seguimiento postalta, nuestro estudio contrasta con el trabajo realizado por Sandler et al⁴, en el que en una encuesta realizada a médicos de familia los apartados que éstos valoran más son el diagnóstico, el conocimiento de lo que sabe el paciente sobre su ingreso y detalles sobre tratamiento y seguimiento del paciente.

Nuestros datos sobre la anamnesis indican un 40,3% de IAH no útiles y un 43,5% de IAH correctos. Este resultado refleja el buen nivel de cumplimentación de las HCAP, pero muestra la necesidad de mejorarla, puesto que en el 11,3% de IAH útiles han sido aspectos como los hábitos enólico y tabáquico los que no constaban en la HCAP. El apartado de medicación ha resultado el que menos porcentaje de IAH no útiles tiene, pero aun así llega al 20,2%. La causa se ha encontrado sobre todo en la necesidad de añadir medicación, ya sea antigua o nueva, a la prescrita por el médico hospitalario.

En conclusión, nuestro trabajo ha encontrado una proporción elevada de IAH que llegan a manos del médico de familia, pero con un déficit importante de su contenido en cuanto a informar sobre el control y seguimiento del paciente. Estos resultados repercuten en el médico hospitalario, que por su presión asistencial o por otros motivos descuida su cumplimentación y convierte el IAH en un paso burocrático más. Ya que los aspectos detectados como no útiles del IAH se refieren a cuestiones clínicamente relevantes para el paciente, creemos que podría tratarse de un problema potencialmente importante. En este sentido, sería positivo emprender estudios para analizar el impacto sobre el control de los pacientes y los reintegros de una política hospitalaria que fomente la relación con su AP

mediante, por ejemplo, unos IAH más completos⁹⁻¹². También son necesarios más estudios que, en ámbitos diferentes y con una metodología parecida, contrasten nuestros hallazgos.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido posible gracias a la colaboración de todas las instituciones sanitarias de Mataró, el Institut Català de la Salut y el Consorci Sanitari de Mataró. En especial, agradecemos la colaboración desinteresada de los médicos y coordinadores de las ABS por permitir revisar sus HCAP. También agradecemos el asesoramiento de la Dra. M. Dolors Soler Doñate, del Servicio de Archivos Hospitalario, por la extracción de la muestra estudiada. Finalmente, agradecemos a Cristina Mas su soporte administrativo.

Bibliografía

1. Orden del 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, BOE 221, de 14 septiembre de 1984; 26685-26686.
2. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Orden del 23 de noviembre de 1990, de regulación del informe clínico del alta hospitalaria y el conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria. DOGC 1379/1990: 5647-5648.
3. Geitung JT, Kolstrup N, Fugelli P, Skrifflig. Written information from hospital to primary physician about discharged patients. Tidsskr nor Laegeforen 1990; 11: 3132-3135.
4. Sandler D, Heaton C, Garner S, Mitchell J. Patients and general practitioner satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card. Br Med J 1989; 1511-1513.
5. Criado-Montilla J, Ibáñez-Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. Med Clin (Barc) 1996; 106: 463-468.
6. Sardà N, Vilà R, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. Med Clin (Bar) 1993; 101: 241-244.
7. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Galobart Roca D. Complicaciones hospitalarias, su cumplimentación en el informe de alta y la hoja resumen de hospitalización. Med Clin (Bar) 1992; 99: 395.
8. Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? Aten Primaria 1996; 17: 376-379.
9. Wagstaff R, Berlin A, Spencer J, Bhopal RA. Information about patients deaths: general practitioners current practice and views on receiving a death register. Br J Gen Pract 1994; 44 (384): 315-316.
10. Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. R Nurs Health 1995; 18 (1): 49-57.
11. Schubiger G, Weber D, Winiker H, Desgrandchamps D, Imahorm P. Computer-supported patient history: a workplace analysis. Scheiz Med Wochenschr 1995; 29125 (17): 841-845.
12. McCormick IR, Boyd MA. Primary and secondary care integration. NZ Med J 1994; 26107 (988): 425-427.