

## ORIGINALES

# Valoración de los informes médicos recibidos del segundo nivel

**A. Jiménez Marín<sup>a</sup>, J. Bellón Rodríguez<sup>b</sup>, J. Cordobés López<sup>a</sup>, S. Domínguez Palomo<sup>a</sup>, F. Martín Pérez<sup>a</sup> y D. Nieto Vizcaíno<sup>a</sup>**

Centro de Salud Puebla de Cazalla. Sevilla.

**Objetivos.** Cuantificar la tasa de interconsulta mensual (TIM), porcentaje de informes médicos recibidos, calidad de éstos y tiempo de demora de la primera consulta al segundo nivel.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Centro de salud rural.

**Muestra.** Las 498 primeras consultas solicitadas al segundo nivel de 3 cupos de médicos de familia desde junio a noviembre de 1999. Se excluyeron 132 por presentar algún criterio de exclusión (consultas entre el segundo nivel, revisiones, consultas a las que el paciente no acudió y aquellas que no se pudieron registrar), quedando un tamaño muestral de 366 (n).

**Mediciones y resultados.** La TIM media fue del 34%. Los servicios de oftalmología (21,9%), ginecología (15,3%) y traumatología (13,9%) fueron los más solicitados. Se recibieron 69 informes (18,8%), quedando 297 (81,2%) sin recibir. Los servicios de neumología (100%)

y medicina interna (81,8%) fueron los que más informes remitieron, mientras que hematología y rehabilitación (0%) fueron los que menos. La puntuación media de los informes fue de  $8 \pm 2$  sobre un máximo de 10. La demora media fue de  $73 \pm 46$  días.

**Conclusión.** La TIM se encuentra entre los valores descritos en la bibliografía.

El porcentaje de informes recibidos es muy inferior a lo hallado en la bibliografía, pero su calidad es buena.

**Palabras claves:** Informes médicos. Atención primaria. Segundo nivel.

## EVALUATION OF THE MEDICAL REPORTS RECEIVED FROM THE SECOND CARE LEVEL

**Objectives.** To quantify the monthly inter-clinic rate (MIR), the medical reports received, their quality and the period of delay until the first second-level consultation.

**Design.** Cross-sectional, descriptive study.

**Setting.** Rural health centre.

**Sample.** 498 first consultations requested of the second level by three family medicine lists between June and November 1999. 132 were excluded for presenting a criterion of exclusion (consultations within the second level, check-ups, appointments missed by the patient and consultations that could not be recorded), which left a sample size of 366.

**Measurements and results.** Mean MIR was 34%. Ophthalmology (21.9%), gynaecology (15.3%) and traumatology (13.9%) were the most commonly requested services. 69 reports (18.8%) were received, leaving 297 (81.2%) not received. Pneumology (100%) and internal medicine (81.8%) services sent through most reports, whereas haematology and rehabilitation (0%) sent through least. The mean score on the reports was  $8 \pm 2$  out of a maximum of 10. Mean delay was  $73 \pm 46$  days.

**Conclusion.** The monthly inter-clinic rate found was within the figures cited in the literature. The percentage of reports received was way below what was found in the literature, but their quality was good.

**Key words:** Medical reports. Primary care. Second level.

(*Aten Primaria* 2001; 27: 403-407)

<sup>a</sup>Médico de familia. <sup>b</sup>Médico internista y analista.

Correspondencia: Andrés Jiménez Marín.  
C/ Arrabal, 2. izqda. 1.<sup>o</sup>. 41510 Mairena del Alcor (Sevilla).  
Correo electrónico: med010059@nacom.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 31-I-2001.

## Introducción

La solicitud de consulta al segundo nivel constituye un índice fiable de la capacidad técnica de los profesionales sanitarios y de la validez de los centros de salud como institución que satisface la mayor parte de las necesidades de salud<sup>1</sup>. Desde el punto de vista médico, la solicitud debería realizarse como proceso de consulta o pregunta a otro especialista sobre su opinión, que no es vinculante, por lo que se mantiene la responsabilidad sobre el paciente, y no como proceso de transferencia de responsabilidad a otro médico<sup>2</sup>. Se impone la necesidad de disponer del informe clínico detallado, y que éste sea recíproco. Para ello es necesario que exista cierta coordinación entre los diferentes niveles de asistencia sanitaria<sup>3</sup>, que se contempla en la Ley General de Sanidad<sup>4</sup>.

Según Delgado et al<sup>5</sup>, en España se produce un 3-7% de derivaciones de las consultas de medicina de familia. Una forma de cuantificar las derivaciones es la tasa de interconsulta mensual (TIM), que se define como el cociente entre el número de consultas solicitadas al mes y el número de pacientes que acuden a la consulta del médico de familia por mil.

Para Sainz et al<sup>1</sup>, más de un 50% de las consultas solicitadas «se pierden», recibiéndose sólo en un 28% en forma escrita.

La coordinación entre diferentes niveles asistenciales puede ser evaluada bajo diversos enfoques<sup>6</sup>.

Hay una serie de factores que intervienen en la relación entre atención primaria y secundaria<sup>7</sup>: a) factores institucionales y organizativos<sup>6</sup>, y b) factores asistenciales o profesionales. La información que recibe el hospital del centro de salud es a través de un documento oficial (P-10<sup>6</sup>, P-111, etc.), el cual carece muchas veces de apartados básicos (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, juicio clínico y tratamiento), y parte de su información se pierde por una defectuosa caligrafía. En la serie de Rubio et al<sup>8</sup>, el juicio clínico se encontraba en un 56,15% de los casos, y según Sainz et al<sup>1</sup> el 16% de los informes recibidos eran ilegibles, en el 30% no constaba el diagnóstico y en un 24% no figuraba el tratamiento.

El establecimiento de vínculos institucionales y organizativos son cada vez más potentes entre el segundo nivel y la atención primaria, siendo esenciales para posibilitar la continuidad de atención al paciente<sup>9,10</sup>.

A la vista de todo ello, los objetivos del presente estudio son: calcular la TIM y el porcentaje de informes médicos recibidos, evaluar la calidad de éstos en cuanto a la escritura y contenido del informe, y determinar el tiempo de demora de la primera consulta.

## Material y método

Se trata de un estudio descriptivo transversal de los informes médicos recibidos del segundo nivel, solicitados 3 de los 6 cupos pertenecientes a 3 tutores de médicos internos residentes en medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud de La Puebla de Cazalla. Es un municipio perteneciente a la Comarca de Osuna, en la provincia de Sevilla, y cuyos recursos económicos son la agricultura (olivo) y la hostelería (emigración a las Islas Baleares); la población es, según el último censo (1996), de 10.864 personas, la cual se encuentra en unas 4.500 historias familiares existentes en el centro de salud. La población que se incluyó en el estudio fue de 4.638 personas.

**TABLA 1. Valoración de las variables de los informes remitidos que forman parte del continente y contenido**

| Continente                             | Ptos  |
|--|-------|
| Forma                                  |       |
| Oral                                   | 0     |
| Escrita                                | 1     |
| Formato                                |       |
| No oficial                             | 0     |
| Oficial                                | 1     |
| Calidad                                |       |
| Mano                                   |       |
| No legible                             | 0     |
| Legible                                | 1     |
| Impresa                                | 1     |
| Total continente                       | 3     |
| Contenido                              |       |
| Datos de filiación                     |       |
| Nombre y apellidos                     | 0,500 |
| Fecha nacimiento o edad                | 0,125 |
| Fecha asistencia                       | 0,125 |
| Especialidad o facultativo             | 0,250 |
| Historia clínica                       |       |
| Antecedentes personales y/o familiares | 1     |
| Enfermedad actual                      | 1     |
| Exploración física                     | 1     |
| Pruebas complementarias                | 1     |
| Juicio clínico                         | 1     |
| Tratamiento                            | 1     |
| Total contenido                        | 7     |
| Total puntuación máxima                | 10    |

El período de estudio fue el comprendido entre el 1 de junio y el 30 de noviembre de 1999, iniciándose la recogida de los datos en la primera fecha indicada y finalizándose el 10 de marzo de 2000.

El número de consultas asistenciales que se realizaron en el centro de salud durante el período de estudio se obtuvo del programa Sistema Informático de Gestión de Atención Primaria (SIGAP). De todas ellas se seleccionaron aquellas que pertenecieron a los 3 cupos que participaron en el estudio (14.048), y se excluyeron las de carácter administrativo (3.366), ya que en ellas no se solicitan interconsultas, resultando un número total de consultas a demanda y programadas de 10.782. De éstas se recogieron las primeras consultas realizadas en el segundo nivel. Se incluyeron las remisiones de informes clínicos, orales o escritos, de las consultas solicitadas a los facultativos del Hospital de la Merced (Osuna), incluidas las recogidas en los

programas de salud y prescripciones de fármacos o materiales ortopédicos a los cuales no se tiene acceso desde atención primaria. Se excluyeron aquéllas solicitadas entre los facultativos del segundo nivel, las revisiones, las consultas a las que el paciente no acudió y las que no se pudieron registrar por no poder localizar la historia y/o al paciente. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, resultó un tamaño muestral final de 366 consultas (n).

Las solicitudes de consulta fueron registradas anotando los datos de filiación (nombre, número de historia clínica del centro de salud), fecha de solicitud, servicio que se solicita y carácter de ella (ordinario o preferente) en los formularios que se crearon a tal efecto. La información de los informes recibidos se obtuvieron de las consultas del centro de salud, así como de las historias clínicas de los pacientes remitidos y, en caso de no encontrarse los datos

necesarios, se procedió a contactar, mediante llamada telefónica, con el paciente preguntándole por dicha consulta y su informe clínico.

Dado que en la bibliografía consultada no se encontró ninguna escala para cuantificar la calidad de los informes médicos, se propuso una que fue consensuada por los investigadores. Las características de la información recibida se valoraron según el continente y el contenido (tabla 1).

En el análisis estadístico para variables cuantitativas, se empleó la media aritmética como medida de centralización y la desviación estándar como medida de dispersión. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables, en el cual se estudió la distribución. El test estadístico que se utilizó para las variables cuantitativas fue el análisis de la variancia (ANOVA), con un intervalo de confianza del 95% para una  $p < 0,05$ . Para la revisión bibliográfica se usó el sistema MEDLARS (Medical Literature Analysis and Retrieval System) a través de su servicio de información por ordenador MEDLINE, utilizando varias entradas o encabezamientos MeSH (Medical Subject Headings) del Index.

## Resultados

Se solicitaron 498 consultas al segundo nivel, quedando excluidas 132 (26%) por no presentar los criterios de inclusión. Las restantes, 366 (74%), correspondieron a las solicitudes de la primera consulta al facultativo de segundo nivel, conformando el tamaño muestral ( $n$ ) del estudio. De éstas, 240 (65,6%) fueron solicitadas a mujeres, mientras que 126 (34,4%) correspondieron a varones. Respecto al carácter con el que se solicitaron las consultas, 320 (87,4%) fueron ordinarias, mientras que 45 (12,6%) fueron con carácter preferente.

Al mes se realizó una media de  $1.797 \pm 123$  (media  $\pm$  DE) consultas, mientras que la media de consultas al segundo nivel fue de  $77 \pm 12$ , siendo la TIM del período del estudio del 34%, oscilando según el mes entre 24 y 41. No se apreció relación estadísticamente significativa entre el número de consultas que se realizaron en el centro de salud y las que se solici-

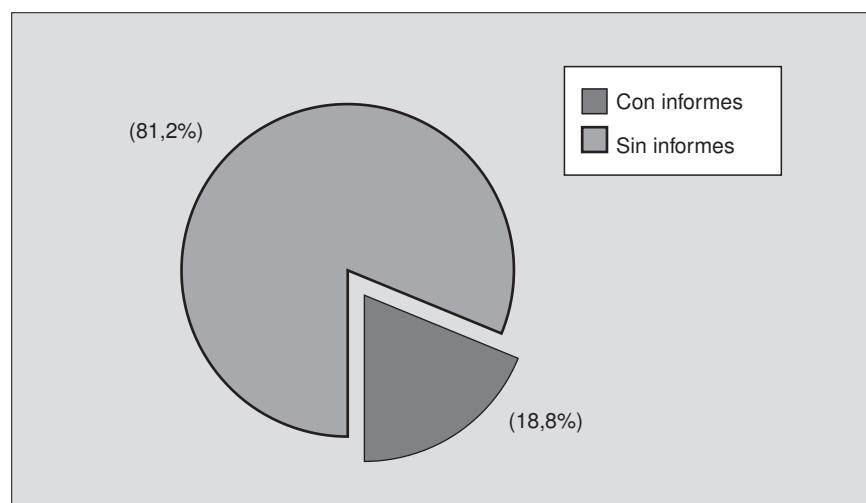


Figura 1. Porcentaje de las consultas del segundo nivel que aportan informes clínicos (trama oscura) y aquellas que no aportaron informe clínico (trama clara).

taron al segundo nivel, ni con la TIM. La distribución por servicios del segundo nivel, sexo, carácter de la consulta y la remisión o no de los informes médicos de estos facultativos se reflejan en la tabla 2. Los servicios del segundo nivel a los que se solicitaron mayor número de consultas fueron oftalmología y ginecología, mientras que hematología y rehabilitación fueron los menos requeridos.

Nuestros resultados demuestran que no se obtuvo informe médico del segundo nivel o éste fue oral en 297 consultas (81,2%), mientras que sólo en 69 casos (18,8%) se recibieron informes clínicos (fig. 1), siendo neumología y medicina interna los que más remitieron, mientras que los que menos lo hicieron fueron rehabilitación y hematología.

En la tabla 2 se recogen los resultados de las diferentes variables, tanto cualitativas como cuantitativas, de los informes remitidos y que fueron registrados según los diferentes servicios. Se aprecia que en un 84,1% de los casos venía indicado el nombre del paciente, siendo oftalmología el que presentaba una menor frecuencia. En el 84,1% se incluía el diagnóstico, no habiendo diferencias entre los distintos servicios,

a excepción de cardiología, que lo presentaba en un 54,5%. El tratamiento se indicaba en el 93%, siendo semejante entre los diferentes servicios. La puntuación total de los informes remitidos presentó una media de  $8 \pm 2$ , siendo ORL y reumatología quienes mostraron mayor puntuación, mientras que oftalmología y urología presentaron la menor. La demora media de las consultas fue de  $73 \pm 46$  días, oscilando entre los  $22 \pm 19$  días de medicina interna y los  $105 \pm 33$  días de oftalmología. Analizados los resultados según el carácter de la consulta, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el carácter (ordinario y preferente) y los distintos servicios.

## Discusión

Según los resultados de nuestro trabajo, la TIM es semejante a lo publicado en la literatura médica<sup>11</sup>. En nuestro estudio se incluyeron aquellas primeras consultas que forman parte integral de los diferentes programas de salud (embarazo, planificación familiar, diabetes, HTA, etc.) y, a su vez, aquellas consultas que se solicitaron para expedir una me-

**TABLA 2. Resultados más relevantes de las consultas solicitadas y de los informes remitidos**

|  | N (%)     | Análisis de las consultas solicitadas |             |             | Preferente  | Con informe | Sin informe |
|--|-----------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|  |           | Varón                                 | Mujer       | Ordinario   |             |             |             |
| Hematología  | 1 (0,3)   | 0                                     | 1 (100%)    | 0           | 1 (100%)    | 0           | 1 (100%)    |
| Neumología   | 3 (0,8)   | 2 (66,7%)                             | 1 (33,3%)   | 3 (100%)    | 0           | 3 (100%)    | 0           |
| Rehabilitación   | 3 (0,8)   | 0                                     | 3 (100%)    | 3 (100%)    | 0           | 0           | 3 (100%)    |
| Traumatología  | 51 (13,9) | 15 (29,4%)                            | 36 (70,6%)  | 47 (92,2%)  | 4 (7,8%)    | 7 (13,7%)   | 44 (86,3%)  |
| Ginecología  | 56 (15,3) | 0                                     | 56 (100%)   | 49 (87,5%)  | 7 (12,5%)   | 10 (17,9%)  | 46 (82,1%)  |
| Oftalmología   | 80 (21,9) | 32 (40%)                              | 48 (60%)    | 74 (92,5%)  | 6 (7,5%)    | 8 (10%)     | 72 (90%)    |
| Total  | 366 (100) | 126 (34,4%)                           | 240 (65,6%) | 320 (87,4%) | 46 (12,6%)  | 69 (18,8%)  | 297 (81,2%) |
| <b>Variables más relevantes que constaban en los informes médicos escritos recibidos</b> |           |                                       |             |             |             |             |             |
|  | N         | Nombre                                | PC          | JC          | Tratamiento | Total       | Demora      |
| Uroología  | 2         | 1 (50%)                               | 1 (50%)     | 2 (100%)    | 1 (50%)     | 5,4 ± 0,5   | 25 ± 2,8    |
| Oftalmología   | 8         | 3 (37,5%)                             | 6 (75%)     | 7 (87,5%)   | 7 (87,5%)   | 6,4 ± 1,6   | 105 ± 33    |
| Ginecología  | 10        | 7 (70%)                               | 6 (60%)     | 7 (70%)     | 9 (90%)     | 6,7 ± 2     | 60 ± 41,7   |
| Neumología   | 3         | 3 (100%)                              | 3 (100%)    | 3 (100%)    | 3 (100%)    | 9,6 ± 0,4   | 80,5 ± 65   |
| Cardiología  | 11        | 10 (90,9%)                            | 10 (90,9%)  | 6 (54,5%)   | 10 (90,9%)  | 8,97 ± 1,5  | 102 ± 46    |
| Medicina interna   | 9         | 9 (100%)                              | 8 (88,9%)   | 8 (88,9%)   | 8 (88,9%)   | 9 ± 1       | 22,3 ± 19   |
| ORL  | 1         | 1 (100%)                              | 1 (100%)    | 1 (100%)    | 1 (100%)    | 10          | 103         |
| Reumatología   | 2         | 2 (100%)                              | 2 (100%)    | 2 (100%)    | 2 (100%)    | 10          | 35,5 ± 17   |
| Total  | 69        | 58 (84,1%)                            | 48 (69,6%)  | 58 (84,1%)  | 61 (93%)    | 8 ± 2       | 73 ± 46     |

PC: pruebas complementarias; JC: juicio clínico, total de la puntuación ± s y demora en días ± s.

dicación o material ortopédico por el facultativo de segundo nivel, por lo que dicha tasa sería inferior, estimándose un 15% menor, si se hubieran excluido estos pacientes.

Cuando el médico de atención primaria recaba la colaboración del segundo nivel, no sólo solicita la asistencia, sino también el resultado de la misma, en forma de informe clínico para conocer el estado del paciente y poder continuar con el tratamiento y el control de su evolución. Por ello, el sistema sanitario debe asegurar la calidad científico-técnica de sus prestaciones y la continuidad de la atención<sup>1,12</sup>.

La evidencia diaria de los facultativos demuestra que están insatisfechos a causa de la escasa información que se puede extraer a estos documentos<sup>13</sup>. El porcentaje de informes recibidos en nuestro estudio (18,8%) es sensiblemente inferior a lo publicado (Arroyo, 33,46 %<sup>14</sup>; Mimbela, 35,31%<sup>15</sup>; Gastón, 36%<sup>16</sup>; Sainz Sáenz-Torre, 41,6 %<sup>1</sup>), por lo que el diag-

nóstico, tratamiento y evolución de la patología de nuestros pacientes no se podrá realizar de la forma más apropiada y más segura, al carecer de los datos necesarios para la realización de una buena praxis médica. Es de dominio del equipo investigador que algunos facultativos del segundo nivel remiten los informes médicos en segunda o posteriores consultas, tras los resultados de las pruebas complementarias, por lo que la tasa de informes médicos ascendería.

La calidad de los informes recibidos en el centro de salud es alta, con una media superior a 8 ± 2, siendo las especialidades de neumología (9,6 ± 0,4), digestivo (8,95 ± 1) y cardiología (8,97 ± 1) las que aportan mayor información médica. No se ha detectado diferencia estadísticamente significativa entre las consultas solicitadas a los diferentes servicios y el carácter de ellas, aunque merecen destacarse especialidades como neumología, medicina interna y cardiología que aportan informes

en cantidad y calidad superiores a otras como oftalmología, ginecología y uroología.

Aunque los resultados sobre la calidad de los informes remitidos muestran que los servicios de ORL y reumatología fueron los que presentaron una mayor puntuación, hay que destacar que éstos son sobre informes recibidos y no sobre el total solicitado. Así, obtienen mejores puntuaciones que otros, caso de cardiología o medicina interna, pero remitieron menos informes. Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestran que son pocos los informes que recibimos de las consultas, pero los que sí se reciben son de buena calidad, suficiente para la realización de un buen seguimiento y evolución de la patología de nuestro paciente. Respecto a la demora, hay que indicar que los resultados son referentes a los informes recibidos, por lo que se presenta un sesgo de selección al no incluirse aquellos de los que no se tiene constancia. No obstante, algunos servicios presentan una

demora más elevada de lo deseable, como cardiología ( $102 \pm 46$  días), si bien habría que valorar la importancia o no de la demora en función de la gravedad de las patologías, situación que se escapa a los objetivos del estudio. Los autores de este trabajo opinan que es necesaria una mayor comunicación e interrelación entre atención primaria y secundaria, con el fin de mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

### Agradecimientos

A D. Juan Martín Calle, director del Centro de Salud de La Puebla de Cazalla, por el apoyo y aliento que nos ha prestado para la realización de este trabajo de investigación. A las administrativas del centro de salud, Carmen y Lucía, por su inestimable colaboración. Al resto de los facultativos y diplomados en enfermería por su apoyo y paciencia a la hora de realizar el trabajo. A los celadores-conductores por colaborar en aquellas labores fuera de sus funciones que han permitido el desarrollo de este trabajo. A nuestros pacientes, la causa por la que realizamos este trabajo, ya que conocerlos es nuestra meta y nuestro objetivo.

### Bibliografía

1. Sainz Sáenz-Torre N, Salido Cano A, Rodríguez González B, Sainz Jiménez J, Valero Alonso R. Estructura e interrelación entre los distintos niveles asistenciales. Aten Primaria 1989; 6: 170-173.
2. Mozos Hidalgo, Bellón Saameño JA. Los flujos de comunicación del centro de salud. Relaciones con el segundo nivel de atención, con otras instituciones de la zona básica de salud y con la comunidad. En: Gallo Vallejo, León López, Martínez-Cañavate López-Montes, Torío Durández, editores. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria (2.<sup>a</sup> ed.). semFYC. 1997; 259-267.
3. Rivas Crespo JC, De Pablo Chinchon R, Cordero Guevara A, Bonilla Alonso J. Coordinación medicina general-especializada. Evaluación en el área de Burgos. Aten Primaria 1997; 19: 257-261.
4. Ley General de Sanidad, 14/1986 del 25 de Abril. Título III, artículo 65. BOE del 29 de abril; 102: 15207-15225.
5. Delgado A, Melguizo M, Guerrero JC, Arboledas A, De la Revilla L. Análisis de las interconsultas de un centro de salud urbano. Aten Primaria 1988; 5: 359-364.
6. Marquet R, Uris J. Análisis y mejora de la calidad. En: Tratado de epidemiología clínica. Unidad de epidemiología clínica. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante. DuPont Pharma, 1995; 365-376.
7. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. Aten Primaria 1997; 20: 25-32.
8. Rubio Montañés ML, Buñuel Álvarez JC, Castillo Laita JA, Palacín Arbones JC, Fernández Revuelta A, Ruiz García M. El p-10 como instrumento para la evaluación del uso de un servicio hospitalario de urgencias pediátricas por parte de la red de asistencia primaria. Aten Primaria 1992; 9: 361-364.
9. Buitrago F. Relación entre niveles asistenciales. Aten Primaria 1996; 17: 239-240.
10. Nutting PA, Franks P, Clancy CM. Referral and consultation in primary care: do we understand what we're doing? J Fam Pract 1992; 35: 21-23.
11. Buitrago Ramírez F, Chávez García M, Del Cañizo Fernández-Roldán J, Pedrosa Durán, Pozuelos Estrada G. Derivaciones al medio especializado durante 1986 en un Centro de Salud. Aten Primaria 1988; 5: 85-89.
12. Aranaz Andrés JM, Buil Aina J. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. Med Clin (Barc) 1996; 106: 182-184.
13. Caballero A, Bonal Pitz P, De Cea García D, Buzón Cobano E. Comunicación entre atención primaria y atención especializada: análisis de los contenidos de los documentos de derivación y retorno de enfermos reumáticos. Aten Primaria 1993; 12: 260-263.
14. Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. Aten Primaria 1995; 16: 538-544.
15. Mimbelá Sánchez MM, Foradada Balvillou S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. Aten Primaria 1993; 12: 65-70.
16. Gastón. Integración entre niveles asistenciales: propuesta de un indicador. Rev Higiene Pública 1991; 63: 429-436.