

El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II): opiniones y satisfacción de los médicos de familia

J. Canals Innamorati^a, J.C. Montero Alcaraz^b, I. Buxadé Martí^b e I. Bolívar Ribas^c

Objetivo. Analizar la opinión y satisfacción manifestadas por una muestra de médicos de atención primaria (AP) acerca del informe de alta hospitalaria (IAH) valorando propuestas de mejora.

Diseño. Estudio descriptivo del resultado de una encuesta.

Emplazamiento. La totalidad de las áreas básicas de salud de la ciudad de Mataró (Barcelona).

Participantes. Treinta y siete médicos de adultos de AP de un total de 43 (86% de participación).

Método. Cuestionario escrito, rellenado por el encuestado y anónimo cumplimentado tras una breve presentación.

Resultados. Un 73% de los encuestados se muestra muy satisfecho-satisfecho con el IAH. El 82,9% lo considera positivo como nexo entre la AP y el hospital. El 38,9% de éstos no obtiene respuesta a sus expectativas previas. La comprensión y expresión escrita fue mejor valorada en los IAH médicos que en los quirúrgicos. La cantidad de información fue suficiente en el 70,3% de los médicos frente al 40,5% de los quirúrgicos. El grado de cumplimentación de los diversos apartados del IAH se estimaron mayoritariamente como muy buenos-buenos (mejor en médicos que quirúrgicos). La mayoría consideró que la información proporcionada era muy útil-útil, principalmente en los IAH médicos. Las principales modificaciones a introducir hacen referencia al tratamiento, al seguimiento postalta y a la falta de mención a aspectos sociosanitarios y de enfermería.

Conclusiones. Un elevado porcentaje de los encuestados considera positivo el IAH como nexo entre la AP y el hospital, a pesar de encontrar deficiencias en su contenido informativo.

Un mayor diálogo entre los profesionales de los dos niveles asistenciales permitiría mejorar la utilidad del IAH.

Palabras clave: Alta hospitalaria. Atención primaria. Continuidad asistencial. Satisfacción personal.

PATIENT DISCHARGE FORM IN PRIMARY CARE (II): VIEWS AND LEVEL OF SATISFACTION OF FAMILY DOCTORS

Objective. To analyse the opinion and satisfaction shown by a sample of primary care (PC) doctors about the patient discharge form (PDF) and to assess proposals for improvement.

Design. Descriptive study of the result of a questionnaire.

Setting. All the health districts in the city of Mataró (Barcelona).

Participants. 37 PC doctors treating adults out of a total of 43 (86% participation).

Method. Written questionnaire, self-answered and anonymous, filled in after a brief introduction.

Results. 73% of those surveyed were «very satisfied» - «satisfied» with the PDF. 82.9% valued it positively as a nexus of union between PC and hospital. 38.9% of these did not obtain a response consonant with their prior expectations. The written comprehension and expression on medical PDFs was considered better than on surgical ones. The amount of information was «sufficient» from 70.3% of medical doctors as against 40.5% of surgeons. The filling-in of the various sections of the PDF were mainly valued as «very good» - «good» (better in medical than surgical doctors). Most evaluated the information provided as «very useful» - «useful», mainly in the medical PDF. The main changes to be introduced refer to the treatment, post-discharge follow-up and the omission of social-health and nursing questions.

Conclusions. A high percentage of those surveyed value the PDF highly as a nexus linking PC and Hospital, despite finding faults in the information contained. The PDF could become more useful if there was more dialogue between doctors at the two care levels.

Key words: Patient discharge. Primary health care. Continuity of patient care. Personal satisfaction.

^aABS Martorelles. ICS. Barcelona. España.

^bABS Cirera-Molins. CSM. Mataró (Barcelona). España.

^cServei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Correspondencia:
Juan Carlos Montero.
ABS Cirera-Molins.
Rda. Frederic Mistral, s/n.
08304 Mataró (Barcelona).
España.
Correo electrónico:
28842jma@comb.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 29-IV-2002.

Introducción

El informe de alta hospitalaria (IAH) es un documento de gran importancia en la relación entre niveles asistenciales¹ al proporcionar al médico de atención primaria (AP) información sobre la patología subyacente y acerca del tratamiento, control y seguimiento del paciente.

Sin embargo, no siempre su contenido y cumplimentación logran este objetivo, bien por omisión de datos², por excesiva información o por deficiencias de redacción. En otras ocasiones se producen modificaciones innecesarias respecto a la situación previa al ingreso. Todo ello repercute negativamente en la satisfacción del médico de AP, que percibe el IAH como un documento rutinario que elabora el hospital obligado por la normativa³, pero con una dudosa utilidad práctica⁵⁻⁷.

Existen aspectos que no están contemplados en los IAH actuales, como dieta, rehabilitación, tratamiento del dolor crónico y educación sanitaria, entre otros. La participación del colectivo de enfermería puede contribuir a corregir estos déficit⁸.

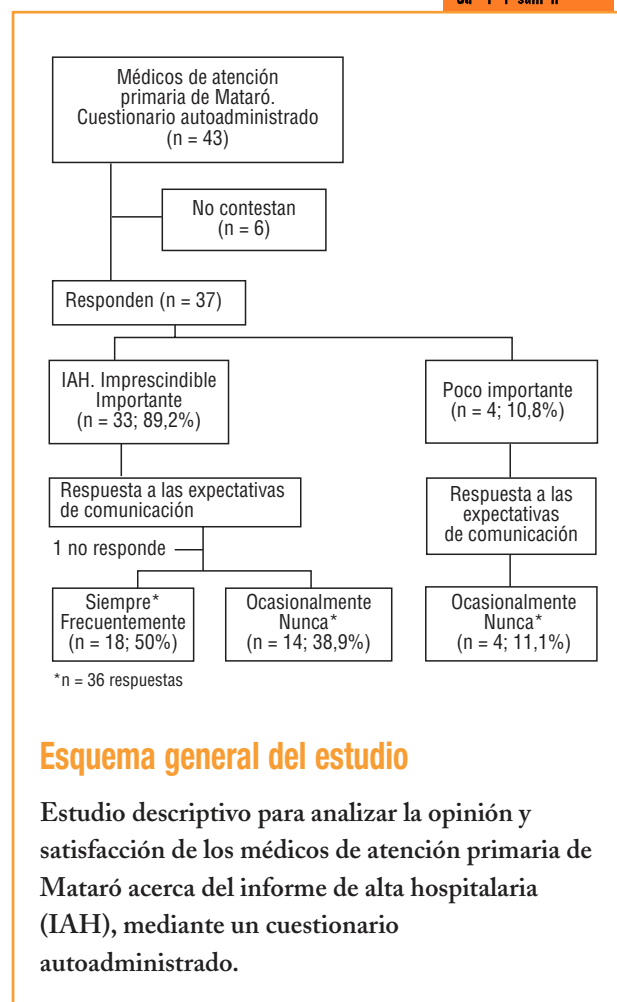
La posibilidad de transferencia de información directa entre los centros de salud y el hospital de referencia abre el campo a perspectivas esperanzadoras en la mejora de la comunicación entre niveles asistenciales⁹.

Los objetivos del presente artículo son analizar la opinión y el grado de satisfacción de los médicos de AP acerca del IAH y evaluar qué elementos podrían ser modificados para adecuar su contenido, mejorando la utilidad real.

Material y métodos

El estudio se realizó mediante un cuestionario autocontestado que valoraba la opinión y nivel de satisfacción de los médicos de AP respecto del IAH. Se incluyó a todos los facultativos de los equipos de AP de adultos que ejercían su actividad asistencial durante los meses de mayo y junio de 1997 (43 en total) en la ciudad de Mataró (Barcelona), que en el momento del estudio poseía una población aproximada de unos 100.000 habitantes atendidos en 7 áreas básicas de salud, de las que 4 pertenecían a la red reformada y tres a la no reformada (con igual porcentajes de población adscrita).

Se diseñó una encuesta con preguntas cerradas y abiertas. La satisfacción global se valoró con la pregunta: «En general, ¿cuál es su satisfacción con la información recibida por el IAH?». Se incluyeron preguntas sobre el grado de satisfacción específica con los IAH de servicios médicos y quirúrgicos para evaluar 4 aspectos: a) comprensión y expresión escrita; b) cantidad de información; c) grado de cumplimentación, y d) utilidad de la información. Los dos últimos aspectos se refirieron a los distintos apartados del IAH: motivo de consulta, antecedentes patológicos, enfermedad actual, exploración física, procedimientos diagnósticos, evolución y tratamiento. Finalmente, mediante pregunta abierta se invitó a los encuestados a describir, según su experiencia profesional, hasta un máximo de tres aspectos modi-

M t r l y m t s
C u r r s u m n


ficables del actual IAH. De los médicos encuestados se recogieron las características de edad, sexo, tipo de plaza que ocupaban, años de ejercicio en AP, formación de posgrado y características del centro donde trabajaban (reformado o no reformado). Hay información más detallada sobre el modelo de cuestionario y los datos personales de los encuestados en el anexo 1 de la versión electrónica de la Revista.

El cuestionario fue cumplimentado de forma voluntaria y anónima. De los 43 facultativos que cumplían los criterios de inclusión, 37 respondieron a los cuestionarios (86,0% de participación). El análisis estadístico de los datos fue básicamente descriptivo.

De acuerdo con la satisfacción global del IAH los médicos se agruparon en tres categorías: «muy satisfecho-satisfecho», «indiferente» e «insatisfecho-muy insatisfecho».

La valoración de aspectos específicos de la satisfacción (comprensión y expresión escrita, cantidad de información, cumplimentación y utilidad) con los diversos apartados del IAH también se agrupó en tres categorías: «muy bien-bien», «indiferente», «mal-muy mal». A partir de estas valoraciones específicas se asignó una puntuación a las respuestas obtenidas sobre la satisfacción con los IAH de servicios médicos y quirúrgicos (5: muy bien; 4: bien; 3: indiferente; 2: mal; y 1: muy mal). Se sumó el total de los puntos obtenidos de cada médico entrevistado y, para hacer más fácil su interpretación, se transformaron a una escala de «satisfacción to-

TABLA 1 Aspectos específicos de la satisfacción con el informe de alta hospitalaria (IAH) de especialidades médicas y quirúrgicas

	IAH médicos			IAH quirúrgicos		
	Muy bien-bien (%)	Indiferente (%)	Muy mal-mal (%)	Muy bien-bien (%)	Indiferente (%)	Muy mal-mal (%)
Comprensión y expresión escrita	62,1	27,0	10,8	40,5	37,8	21,6
Cantidad de información	70,3	0,0	29,7	40,5	48,6	10,8
<i>Cumplimentación</i>						
Motivo de consulta	75,6	8,1	16,2	75,7	10,8	10,8
Antecedentes patológicos	91,9	5,4	2,7	43,2	24,3	32,4
Enfermedad actual	94,6	2,7	2,7	78,4	13,5	8,1
Exploración física	75,7	13,5	10,8	51,3	13,5	35,1
Procedimiento diagnóstico	83,8	10,8	5,4	54,0	27,0	18,9
Evolución	56,7	13,5	29,7	51,3	18,9	29,7
Tratamiento	78,4	8,1	13,5	56,8	24,3	18,9
<i>Utilidad</i>						
Motivo de consulta	83,8	8,1	5,4	86,5	0,0	13,5
Antecedentes patológicos	56,7	21,6	18,9	54,0	21,6	24,3
Enfermedad actual	91,9	2,7	2,7	91,9	8,1	0,0
Exploración física	89,2	2,7	5,4	67,6	24,3	8,1
Procedimiento diagnóstico	91,9	2,7	2,7	78,4	18,9	2,7
Evolución	81,0	5,4	10,8	73,0	10,8	16,2
Tratamiento	94,6	0,0	2,7	86,5	8,1	5,4

En algunos apartados la suma no alcanza el 100% por la falta de respuestas.

tal» que iba de 0 (muy insatisfecho) a 100 (muy satisfecho). Para esta escala de satisfacción total se presenta la media (desviación estándar) de la puntuación obtenida y se utiliza el test de la t de Student para datos apareados para comparar los IAH de servicios médicos y quirúrgicos. Los datos generados de la pregunta abierta sobre propuestas de modificación se presentan también de forma estructurada y resumida para una mejor interpretación.

Resultados

De los 37 médicos que respondieron, el 59,5% eran varones con una edad media (desviación estándar) de 45,2 (8,0) años, y el 40,5% mujeres, con una edad media de 39,2 (4,4) años. El 70,3% ocupaba plaza en propiedad mientras que el 16,2% era sustituto y el 13,5% interino. El 67,6% eran generalistas (el resto eran especialistas en medicina familiar y comunitaria u otras), el 62,2% llevaba más de 10 años de ejercicio en la atención primaria y el 54,1% pertenecía a centros afectados por la reforma de la AP. De los 6 médicos que no respondieron, 4 pertenecían a la red no reformada (3 mujeres y un varón) y dos a la reformada (un varón y una mujer).

En la valoración de la satisfacción global con la información recibida por el IAH, un 73,0% de los encuestados respondió estar muy satisfecho o satisfecho, un 13,5% declaró indiferente y un 13,5% afirmó estar insatisfecho o muy insatisfecho. Un 89,2% estimó importante o imprescindible

ble el IAH, y en un 50,0% respondía a las expectativas creadas «siempre» o «frecuentemente». Destaca el 38,9% de personas que manifiestan la importancia del IAH pero en las que éste no responde a sus expectativas.

La valoración de los aspectos específicos de la satisfacción con el IAH se detalla en la tabla 1 según se trate de IAH de especialidades médicas o quirúrgicas. En general, los médicos de AP manifestaron niveles elevados de satisfacción, pero con mejores valoraciones para los IAH médicos que los quirúrgicos. Así, las puntuaciones medias de satisfacción total fueron de 73,9 (11,3) y 65,1 (14,7), respectivamente ($p = 0,001$). Estas diferencias se constataban en la mayoría de los aspectos de la satisfacción con el IAH estudiados.

La comprensión y expresión escrita fue uno de los aspectos menos satisfactorios, con porcentajes de «muy bien-bien» del 62,1% para los IAH médicos y del 40,5% para los IAH quirúrgicos. La cantidad de información suministrada se consideró suficiente en el 70,3% de los IAH médicos y sólo en el 40,5% de los IAH quirúrgicos. Respecto al grado de cumplimentación, los IAH de especialidades médicas presentaron niveles de satisfacción altos, superiores al 75% de «muy bien-bien», destacando el 94,6% en el apartado de enfermedad actual y exceptuando el apartado de evolución (56,7%). Los IAH quirúrgicos obtuvieron niveles de satisfacción mucho más bajos; en el extremo superior alcanzaron el 78,4% de «muy bien-bien» para el apar-

TABLA 2 Resumen de los aspectos a modificar del actual informe de alta hospitalaria (IAH) según la experiencia personal de los médicos de familia

Aspectos a modificar	Porcentaje
<i>Relativo al tratamiento</i>	26,9
Concretar pauta, tiempo, normas de uso, etc.	15,8
Medicación previa	11,1
<i>Relativo al seguimiento y control</i>	22,2
Especificar seguimiento al alta	19,0
Complementar IAH con otra notificación en pacientes de riesgo o crónicos	3,1
Relativo a la evolución durante la hospitalización	11,1
Aspectos sociosanitarios y de enfermería	7,9
Relativo a redacción	4,7
Relativo a los IAH quirúrgicos	4,7
Relativo a la supresión de apartados	4,7
Relativo a la exploración	3,1
Relativo al diagnóstico	3,1
Relativo a las copias	3,1
Otros	7,9

tado de enfermedad actual y en el extremo inferior el 43,2% para los antecedentes patológicos, y el 51,3% para la exploración física y la evolución. En relación con la utilidad de la información, las valoraciones de los médicos de familia fueron en general satisfactorias. Los apartados mejor valorados fueron los de enfermedad actual, tratamiento y, en tercer lugar, el de procedimientos diagnósticos para los IAH médicos y el de motivo de consulta para los IAH quirúrgicos.

Los que se estimó menos útiles fueron los antecedentes patológicos. Los porcentajes de utilidad fueron peores en los IAH de especialidades quirúrgicas en todos los apartados, excepto en el de enfermedad actual, donde se igualaban, y en el de motivo de consulta, que fue mejor en cirugía.

Ante la pregunta: «Según su experiencia, ¿qué aspectos del actual IAH modificaría?» (pregunta abierta), 6 de los médicos encuestados no respondieron y dos consideraron que «en general están suficientemente bien cumplimentados», por lo que no era necesario introducir modificaciones. Los 29 médicos que plantearon modificaciones (78,3%) propusieron hasta 63 posibles aspectos a mejorar (2,17 por encuestado). Los puntos de mayor coincidencia hicieron referencia al tratamiento (mejor concreción de la pauta terapéutica y la no introducción de cambios innecesarios en la medicación previa), una mejor especificación de la evolución durante el ingreso y del seguimiento postalta y la escasa referencia a aspectos sociosanitarios y de enfermería. Una versión resumida de las diversas modificaciones propuestas y sus porcentajes se presenta en la tabla 2 (para más detalle se remite al lector interesado a la edición electrónica).

Discusión

El índice de participación de los médicos encuestados (86,0%) es satisfactorio para este tipo de estudios¹⁰, y las características de la muestra son similares a las halladas en la bibliografía¹¹. Cerca de tres cuartas partes de los médicos encuestados manifestaron estar satisfechos con la información recibida por los IAH, con un elevado porcentaje que consideró positivo el IAH como nexo entre AP y el hospital, pero con una baja respuesta del mismo a sus expectativas previas.

Cabe destacar el 38,9% del total de participantes que, pese a calificar el IAH de importante, afirman que éste no satisface sus expectativas. Estos datos indican que si bien existe un grado aceptable de satisfacción con los IAH hay aspectos importantes a mejorar que no estarían afectados por la valoración previa que sobre su utilidad pueda tener el médico de familia.

Uno de los principales aspectos a mejorar es la comprensión y expresión escrita de los IAH, especialmente en las especialidades quirúrgicas. Al analizar la cantidad de información suministrada se observan valores más altos de satisfacción en los IAH de especialidades médicas frente a las quirúrgicas. Esto podría deberse a que los IAH quirúrgicos frecuentemente hacen referencia sólo a la patología tratada y a la técnica utilizada, con términos excesivamente especializados, y con un mayor uso de abreviaciones, aportando poca información relevante y olvidándose de aspectos importantes como la exploración física o las complicaciones médicas durante el ingreso⁶.

Respecto a la cumplimentación de los diferentes apartados del IAH, la percepción del médico de familia es positiva mientras en general es peor en los IAH quirúrgicos. En los IAH el apartado que se considera mejor cumplimentado es el de «Enfermedad actual», el peor el de «Evolución» para los informes médicos y «Antecedentes patológicos» para los quirúrgicos. Estos datos contrastan con el trabajo de Sardà et al⁷, que en un estudio sobre la calidad del IAH hallan que los apartados mejor cumplimentados fueron los de diagnóstico y motivo de ingreso, y los peores, los de tratamiento y plan de seguimiento. Las diferencias halladas podrían deberse a que en este estudio se valora la calidad del informe a partir del análisis directo del grado de la cumplimentación de los diferentes apartados en el IAH. La utilidad de la información ha sido en general uno de los aspectos mejor valorados. Coincidimos con Sardà et al⁷ en destacar la utilidad de los apartados diagnóstico, tratamiento y motivo de ingreso. La satisfacción con el grado de cumplimentación de los distintos apartados del IAH no siempre se corresponde con la utilidad de su información (el apartado antecedentes patológicos en los IAH médicos tiene uno de los mayores grados de satisfacción, pero su información es la peor considerada).

Es importante detenerse en la reflexión y el análisis de las diversas propuestas de mejora. Más de una cuarta parte de las mismas hace referencia a aspectos relativos al tratamiento, principalmente la falta de concreción de la pauta terapéutica, del tiempo y, sobre todo, modificaciones innecesarias en la medicación previa, tanto por omisión como por cambios injustificados que en ocasiones afectan sólo a la marca comercial o a un grupo terapéutico¹². En este sentido cabe destacar que en hasta un 20,2% de los IAH no consta medicación previa al ingreso y necesaria en el período posthospitalario¹³.

Otro punto de reflexión sería el seguimiento posterior al alta, no tan sólo por el hecho de que no siempre está suficientemente especificado en el IAH¹⁴, sino también por cuanto el médico de AP suele quedar al margen a la hora de decidir si el paciente es apto para control desde la consulta externa del hospital, con la frecuente pérdida de información que ello comporta¹⁵, o puede ser asumido desde la AP¹⁶. Sería interesante plantear la creación de un circuito que redujera el evidente distanciamiento existente en la actualidad entre la AP y el nivel especializado¹⁷, y en el que la opinión de los médicos de AP pudiera tenerse en cuenta ofreciendo a la vez las herramientas básicas de recursos, formación y coordinación para facilitarlos¹⁸ y creando incluso desde el nivel especializado equipos de soporte si fueran necesarios¹⁹.

La utilización de métodos complementarios al IAH como el contacto telefónico en pacientes de riesgo o el uso sistemático de correo interno son otras de las propuestas extendidas. En este sentido es preciso comentar el estudio de Irazábal y Gutiérrez¹, que recomienda la implantación del correo interno para disminuir la pérdida de información, y

Lo conocido sobre el tema

- El informe de alta hospitalario es un documento de gran importancia en la relación atención primaria-hospital.
- Hasta ahora los estudios realizados sobre el tema sólo valoraban su cumplimentación.

Qué aporta este estudio

- Aceptable grado de satisfacción global con los IAH pero con baja respuesta a las expectativas previas.
- Las posibles mejoras deben ir encaminadas a mejorar en tratamiento, seguimiento postalta y aspectos de enfermería y sociosanitarios.

el de Schubiger et al²⁰, que estudian la reducción a una tercera parte en el tiempo de recepción del IAH mediante la utilización de soportes informáticos. No obstante, en el análisis de la utilidad del IAH no hallamos diferencias significativas entre el área básica de salud (ABS) que recibe mensualmente el listado de ingresos de su población adscrita y el resto que no lo recibe¹³. Conviene comentar en este sentido la creación de un circuito interno por el cual los IAH se remiten a las ABS directamente. Estas experiencias van en la línea propuesta por Anderson y Helms²¹, que destacan la necesidad de mejorar los sistemas de información. Los avances en el campo informático podrían permitir, en un futuro, la conexión entre el centro de salud y el hospital, lo que permitiría tener acceso no sólo al IAH, sino también a las exploraciones realizadas (análisis, radiología, etc.) y al tratamiento y sus modificaciones²².

Un aspecto también comentado es la frecuente falta de información sobre cambios en la calidad de vida y grado de dependencia del paciente, así como el escaso valor que se ha concedido hasta ahora en los IAH al papel de enfermería en la mayoría de los centros²³. La necesidad de dar continuidad a los cuidados de enfermería y el hecho de que el proceso de alta no debe suponer una ruptura de estos cuidados han llevado en algunos centros a añadir al IAH tradicional, y en el mismo documento, información sobre estos aspectos, mientras que en otros se incorpora un informe de alta específico y aparte, emitido exclusivamente por personal de enfermería^{16,24}. Sin embargo, estas experiencias chocan con la falta de uniformidad de los mismos ante la inexistencia de una normativa reguladora del IAH de enfermería de ámbito institucional o jurídico que contemple los datos básicos mínimos indispensables^{8,25,26}.

Conclusión

La generalización de algunos de los resultados puede verse afectada por el pequeño tamaño muestral. Pese a esta limitación, creemos que nuestro estudio puede ser útil a la hora de valorar tendencias, perspectivas de futuro y propuestas de mejora.

En conclusión, si bien hemos hallado un aceptable grado de satisfacción global con los IAH (más en médicos que en quirúrgicos) y un elevado porcentaje de encuestados que consideran positivo el IAH como nexo entre AP y hospital, todavía tienen una baja respuesta del mismo a las expectativas previas, por lo que tal vez sería necesaria una reflexión desde el nivel asistencial donde se emiten (el hospitalario) para adecuar su contenido a las demandas y expectativas de aquellos a quienes va dirigido (los médicos de AP). Nuestro estudio resalta las posibles mejoras en lo que hace referencia a aspectos como el tratamiento y el seguimiento postalta, valora la importancia de la generalización del IAH de enfermería, previa definición clara de sus contenidos, y apunta el importante papel que en un futuro tendrá en este campo la informatización sanitaria. Con la aplicación de estas medidas en un futuro no muy lejano tal vez se logre un mejor conocimiento tanto del episodio hospitalario como del control y seguimiento postalta, lo que seguro repercutirá en beneficio de los pacientes.

Agradecimientos

A todos los médicos que desinteresadamente han colaborado respondiendo a la encuesta, así como a las instituciones responsables de la AP en Mataró (ICS y CSM) por facilitarnos el acceso a los mismos. A las personas que forman la Unidad Docente de MFyC del CSM. En especial agradecemos a Cristina Mas su soporte informático y a Jordi Pérez su colaboración en la fase previa inicial de recogida de datos.

Bibliografía

- Irazábal Olabarrieta L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996; 17:376-9.
- Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves G, Marín León I, Lacalle Remigio JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp* 2001;201:685-9.
- 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* n.º 221 de 14 de septiembre de 1984;26685-6.
- 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* n.º 1379/1990:5647-8.
- 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. *BMJ* 1989;299: 1511-3.
- Sicras Mainar A, Navarro Artieda R, Galobart Roca D. Complicaciones hospitalarias, su cumplimentación en el informe de alta y la hoja de resumen de hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1992;99:395.
- Sardà N, Vilà R, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1993;101:241-4.
- Vidal Martín C, Cifuentes Mora E, Aranda C, Alcázar de Larres-Franco J. Informe de enfermería al alta hospitalaria. *Enfermería Clínica* 1999;9:49.
- García Olmos LM, Gervás JJ. El ordenador en atención primaria: sueño y realidad. *Aten Primaria* 1991;8:12-20.
- Visauta B. Técnicas de investigación social I: recogida de datos. Barcelona: PPU, 1989.
- Mataix R. Valoració dels resultats d'un model de projecció demogràfica de personal facultatiu. *Salut Catalunya* 1994;8:45-9.
- Palmer RM, Bolla L. When your patient is hospitalized: tips for primary care physicians. *Geriatrics* 1997;52:36-42.
- Buxadé Martí I, Canals Innamorati J, Montero Alcaraz JC, Pérez Galindo J, Bolívar Ribas I. El informe de alta hospitalaria en Atención Primaria (I): análisis de su utilidad. *Aten Primaria* 2000;26:383-8.
- Burkey Y, Black M, Reeve H. Patients' views on their discharge from follow up in out patients clinics: qualitative study. *BMJ* 1997;315:1138-41.
- Rubio Arribas V, Rodríguez Ibáñez ML, Sampedro Martínez E, Victores Benavente C, Alechiguerra García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria* 2000;26:681-4.
- Reeve H, Baxter K, Newton P, Burkey Y, Black M, Roland M. Long-term follow-up in out patient clinics. 1: the view from general practice. *Fam Pract* 1997;14:124-8.
- Alonso JP, Febrel M, Domeco JH. Factores asociados a la derivación inadecuada entre atención primaria y especializada: estudio cualitativo en médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2000; 14:122-30.
- Ruiz de Adana Pérez R, García Gallego F, Zarco Montejó J, Lobos Bejarano JM, Sáenz de la Calzada C. La coordinación entre asistencia primaria y cardiología. La opinión del médico de familia. *Rev Esp Cardiol* 2001;54:912-6.
- Baztan JJ, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 2000;26:374-82.
- Schubiger G, Weber D, Winiker H, Desgrandchamps D, Imahorm P. Computer-supported patient history: a workplace analysis. *Schweiz Med Wochenschr* 1995;29:841-5.
- Anderson MA, Helms LB. Communication between continuing care organizations. *R Nurs Health* 1995;18:49-57.
- Pastor Sánchez R, López-Miras A, Gervás J. Historia informatizada. *Med Clin (Barc)* 1994;103:304-9.
- Peters P, Fleuren M, Wijkkel D. The quality of the discharge planning process: the effect of a liaison nurse. *Int J Qual Health Care* 1997;4:283-7.
- Burkey Y, Black M, Reeve H, Roland M. Long-term follow-up in out patient clinics. 2: the view from the specialist clinic. *Fam Pract* 1997;1:29-33.
- Canady DM. The thread that links: continuity of patient care. *Prog Cardiovasc Nurse* 1999;2:69-71.
- Corral R, et al. Análisis de la repercusión del informe de enfermería al alta en atención primaria. *Centro de Salud* 1995;3:197-9.