

hospitalarios que no hayan tenido un periodo de formación básica en medicina de familia y una rotación complementaria en el mismo medio durante su periodo de formación especializada durante el MIR.

## Bibliografía

1. Villena Ferrer A, Escobar Rabadán F, Téllez Lapeira JM. Acercar la Medicina de Familia al estudiante: una tarea de todos. *Aten Primaria*. 2010;42:447-8.

Manuel María Ortega Marlasca

*Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Telmo, Jerez de la Frontera, Cádiz*  
Correo electrónico: marlasca@makyyo.es

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.007

## Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria

### Hospital admission and continuity of medical care in patients over 75 years-old: the primary care point of view

*Sr. Director:*

La asistencia sanitaria es un proceso complejo, en el que intervienen diferentes agentes, centros y niveles asistenciales. Además, los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario tienen cada vez más edad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas<sup>1</sup>, y estas características de salud han condicionado que entre las expectativas de mayor relevancia para los pacientes, se indiquen la accesibilidad al sistema y la continuidad en los cuidados<sup>2,3</sup>. En los pacientes de edad avanzada, el paso del hospital a la comunidad es especialmente complejo. Con el objeto de describir la percepción que tienen los profesionales de Atención Primaria (AP) sobre las barreras en el proceso de continuidad asistencial en personas mayores de 75 años tras un ingreso hospitalario, así como las oportunidades de mejora para favorecer dicha continuidad asistencial, realizamos un estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en el periodo de enero a mayo de 2009. El trabajo se realizó en centros de AP del área 3 de la Comunidad de Madrid.

Se realizó un muestreo estructural en función de las variables que influyen en el discurso realizando 8 entrevistas, a 4 profesionales de medicina y 4 de enfermería. Las conversaciones se grabaron en audio y se transcribieron literalmente (tabla 1). El análisis de tipo descriptivo se realizó por 2 investigadoras, buscando la concordancia entre ambas.

La comunicación entre AP y Atención Especializada (AE) tras un ingreso no existe de manera institucionalizada. Esta información llega de manera informal (familiares o vecinos) a los servicios de AP, o cuando el profesional de AP, de manera personal, consulta el visor si el paciente no

acude a citas programadas. Los profesionales de AP consideran que esta falta de comunicación y coordinación con AE es la principal barrera para la continuidad asistencial, ya que produce que las primeras consultas en AP sean ineficaces. Cuando el paciente acude al centro de salud tras un ingreso, en AP no se tiene información sobre el proceso en el hospital, y las primeras consultas son poco «efectivas», ya que se producen cambios (por ejemplo, nuevos tratamientos) de los que nos tienen información. También impide la planificación de las consultas en domicilio, al no conocer los tiempos de ingreso y alta. Los sistemas de información comunes a ambos servicios de salud serían una oportunidad, pero también destacan reforzar el papel de AP, que se lograría con más tiempo para la consulta y seguimiento, realizando educación para la salud centrada en pacientes mayores y fomentando las intervenciones a domicilio.

La falta de comunicación entre AP y AE es una barrera clave para la calidad asistencial, y es un hecho problemático para los profesionales de AP como indican estudios anteriores<sup>4,5</sup>. Además, un hecho especialmente relevante para los profesionales de AP en la atención de pacientes mayores de 75 años sería fomentar los servicios de geriatría, ya que actualmente la visión desde el hospital es de una enfermedad puntual y en este grupo etario es esencial realizar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora. Para conseguir una atención integral y de calidad para mayores de 75 años, es clave fomentar medidas de comunicación entre AP y AE desde una perspectiva multifactorial (sistemas de información y gestión del paciente, asistencia centrada en mayores)<sup>6</sup>.

## Financiación

Este trabajo ha sido financiado con una subvención de investigación del Instituto de Salud Carlos III (dentro del proyecto titulado «Desarrollo de un modelo predictivo para identificar reingresos hospitalarios en pacientes mayores de 75 años», con referencia PI06/90244).

**Tabla 1** Verbatims de los profesionales de Atención Primaria.

*Información sobre el ingreso en AP*

«Te enteras normalmente porque llega algún familiar a decírnoslo, porque falta a las citas y te metes en la historia y ves que está ingresado, pero no tenemos otra comunicación, no tenemos otro medio de comunicación, no.» (Enfermería, mujer)

*Efecto o consecuencias tras el ingreso*

« [La calidad tras el alta hospitalaria] sí que influye desde luego, como que luego todo viene a la vez, y deberíamos de tener más contacto de cuando están allí (en AE) o saber que están allí.» (Enfermería, mujer)  
« [...] por ejemplo, en los pacientes de tipo respiratorio para evitar los reingresos una de las causas principales es que no hacen bien el tratamiento, los inhaladores no los saben utilizar y eso también se puede evitar perfectamente dedicándole al señor una hora.» (Medicina, mujer)

*Barreras para la continuidad asistencial*

«No hay una relación de decir directamente: "te mando a este o te mando al otro", no hay unos medios claros como para poderte relacionar con la especializada.» (Medicina, hombre)  
«Ellos atienden allí la patología puntual que ven y su labor es esa, y nunca ha habido así una comunicación.» (Medicina, mujer)

*Oportunidades de mejora*

«Se podrían organizar sesiones conjuntas, para mejorar la intercomunicación, no estaría mal a la hora de que ingrese un paciente preguntarle cuál es su centro de salud o su médico de atención primaria y darle un toque ¿sabes?, cuando sea un ingreso que nosotros no hemos programado.» (Medicina, mujer)  
«Tiene que haber un tiempo por paciente, tengo que poder hablar, si yo explico cosas es más fácil que ese paciente no decida irse a urgencias.» (Medicina, hombre)  
«Cuando hay servicios de geriatría en hospitales de referencia pues al enfermo le ven como un poco en conjunto y aquí (que no hay) le ve el trauma y el cardiólogo le ve, y le mandan distintas cosas y no es que estén contraindicadas unas con otras, pero que se hace un poco lío el abuelillo, entonces le tienes que volver a centrar y decirle, "pues mira, te han asociado esto porque es para tal, para no sé qué".» (Medicina, hombre)

## Bibliografía

1. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Paez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria (2007). *Rev Clín Esp.* 2007;207:510–20.
2. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:273–83.
3. Redondo Martín S, Bolanos Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas en la Atención Primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en los sistemas de salud. *Aten Primaria.* 2005;36:358–63.
4. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria.* 1997;20:25–33.
5. Gómez Moreno N, Orozco Beltrán D, Carratalá-Munuera C, Gil-Guillén V. Evolución de la relación entre atención primaria y especializada 1992-2001: estudio Delphi. *Aten Primaria.* 2006;37:195–202.
6. Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485–95.

María Sandín Vázquez<sup>a,\*</sup>, Paloma Conde Espejo<sup>b</sup>  
y Antonio Sarría Santamera<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales, Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.sandin@uah.es](mailto:maria.sandin@uah.es)  
(M. Sandín Vázquez).

doi:10.1016/j.aprim.2010.09.027