

RELACIÓN ASISTENCIA PRIMARIA-URGENCIAS HOSPITALARIAS: UTILIDAD DEL VOLANTE DE REMISIÓN

V. Lafarga Vázquez, J.C. Amorós Escolar, J.V. Almela, L. Simó, E. Palomar y J.J. Soler

Unidad de Urgencias. Hospital General Universitario. Valencia.

38

Exponemos las relaciones entre los servicios de urgencia hospitalarios y los servicios de asistencia primaria. Nos hemos basado en la clasificación CIE-9 de la OMS estableciendo cuatro grados de coincidencia (0: nula coincidencia; 3: máxima coincidencia) entre los diagnósticos de alta en puertas de urgencia (PU) y los que figuran en los P-10.

Los porcentajes más altos de coincidencia pertenecen al nivel 3 (41,01 %) y al 0 (37,98 %). También nos ha llamado la atención que son los médicos de cabecera los que más recurren al documento, cubriendo la franja horaria más estrecha. Sólo un 8,3 % de los asistidos acuden con P-10.

Pensamos que la mala organización y dotación de la asistencia primaria es la responsable de la disparidad de estos resultados.

Introducción

Las relaciones orgánicas existentes entre los servicios de urgencias hospitalarios y los servicios de asistencia primaria (AP), así como con los servicios especiales de urgencia (SEU) respectivos, han sido insuficientemente estudiadas en España como se observa en la bibliografía, probablemente debido a la deficiente organización de los servicios de urgencia en nuestro país (donde de hecho no existen como tales en la mayoría de centros); sin embargo no es este un problema exclusivo de nuestro país¹. Es conocido el efecto que las deficiencias en la asistencia primaria en todos sus aspectos surten sobre las puertas de urgencias (PU) de los hospitales y la importancia que tiene la continuidad de la atención en la AP².

En este estudio nos proponemos seguir la lógica que empieza con la consulta en el centro de AP o la llamada al SEU y la extensión por parte de cualquiera de ellos de un documento que remite al enfermo a nuestras PU: el P-10. Nuestros objetivos son: descubrir su utilidad como documento médico y realizar un análisis comparativo de la relación existente entre la impresión diagnóstica del P-10 y la emitida en el informe de alta de PU.

Para ello hemos confrontado los diagnósticos encontrados en los P-10 con los dados en nuestra PU, utilizando la clasificación CIE-9³ de la OMS, elaborando 4 grados de coincidencia. En todos los casos los enfermos fueron dados de alta tras la visita y/o tratamiento en PU y remitidos a sus médicos de asistencia primaria. No se estudian pues los enfermos ingresados en nuestro hospital; esto lo hicimos para tratar de uniformar la muestra a los diagnósticos emisibles por un médico de AP, buscando una mejor correlación entre diagnósticos. Los porcentajes de pacientes ingresados y dados de alta son similares a los publicados en otros estudios^{4,6}.

Material y métodos

El estudio se ha realizado sobre una revisión de 10.708 historias clínicas del archivo de PU, correspondientes a los pacientes atendidos durante un período de 35 días consecutivos. Se desecharon las historias pertenecientes a traumatología; tras esta primera selección quedaron 7.140 casos revisados para el estudio, desglosados en 4.989 historias de medicina interna y 2.151 de especialidades.

Utilizando la clasificación CIE-9 de la OMS establecimos cuatro niveles de "coincidencia" entre los diagnósticos que constataban en los P-10 y el diagnóstico del informe de asistencia en PU, emitido por nosotros al médico de AP o especialista correspondiente. El nivel de coincidencia 3 supone que coinciden los tres dígitos y el decimal de la clasificación CIE; el nivel 2 cuando coinciden los tres dígitos pero no el decimal; el nivel 1 cuando ambos diagnósticos están en el mismo capítulo y el nivel 0 cuando pertenecen a distintos capítulos. Se intentó primero utilizar para el estudio la clasificación de la WON-

Correspondencia: V. Lafarga Vázquez.
Paseo de la Pechina, 44, pta. 11.
46008 Valencia.

TABLA 1. Nivel de coincidencia entre diagnóstico de PU y de P-10

	Número de historias (%)
Nivel 3	244 (41,01)
Nivel 2	27 (4,53)
Nivel 1	85 (14,28)
Nivel 0	226 (37,98)
Rechazadas	13 (2,18)
Total	595

TABLA 2. Procedencia de los pacientes con P-10

Servicio especial de urgencias	101 (16,97)
Otros hospitales	23 (3,86)
Médico de cabecera	437 (73,44)
Beneficencia	12 (2,02)
Cárcel o comisaría	8 (1,34)
Patronato-Diputación	1 (0,17)
No consta o ilegible	13 (2,18)
Total	595

CA⁷, por considerarla más adaptada a la AP; pero, con gran sorpresa por nuestra parte, resultó mucho más inespecífica a la hora de clasificar diagnósticos sindrómicos, como son la mayoría de los emitidos tanto en los P-10 como en PU. Decidimos emplear el término coincidencia, aunque en principio empleamos el de "concordancia"; aunque gramaticalmente es más correcto hablar de concordancia, lo sustituimos para evitar la confusión con el término estadístico del mismo nombre.

Hemos encontrado dos tipos de dificultades al interpretar algunos P-10: el primero es la costumbre de algunos facultativos de describir el cuadro sindrómico en lugar de emitir un diagnóstico claro, el segundo la dificultad para clasificar los diagnósticos por ser sindrómicos o descriptivos. La primera dificultad la salvamos reinterpretando a la luz del diagnóstico de PU, de forma que si el cuadro descrito en el P-10 se corresponde plenamente con éste la coinciden-

cia era 3; si era incompleto en su redacción, pero no olvidaba los síntomas fundamentales, era 2; 1, si resultaba inespecífico pero presente en el cuadro clínico, y 0 si era discordante por completo. La segunda dificultad la salvamos utilizando la clasificación CIE-9 en lugar de la WONCA, como ya hemos apuntado.

Nos hemos visto obligados a rechazar 13 P-10 por ser remitidos en blanco o resultar ilegibles.

Resultados

Revisamos 7.140 historias, correspondientes a los pacientes que acudieron a PU y no quedaron ingresados, durante 35 días consecutivos, correspondientes a medicina interna, ginecología, cirugía, pediatría, ORL y dermatología. Del total de las 7.140 historias revisadas, sólo 595 contenían P-10 o similar, lo que representa un 8,3 % del total. La media diaria de pacientes con P-10 se sitúa en 17.

Los resultados se exponen en las tablas 1-3.

En la tabla 1 se muestran los resultados absolutos y porcentuales de los niveles de coincidencia. Llama la atención que el nivel 3 representa casi lo mismo que el 0 (41 % en un caso y 38 % en el otro), siendo los porcentajes de 1 y 2 mucho menores.

En la tabla 2 se muestra la procedencia de los pacientes con P-10. Se puede ver que la mayoría son remitidos por el médico de cabecera.

En la tabla 3 se aprecia de nuevo la tendencia de los datos a repartirse entre el nivel 3 y 0, al desglosar por procedencias.

Discusión

Los servicios de urgencia en nuestro país han estado hasta el presente en manos de residentes y adjuntos, que por rotación cubrían las urgencias de sus respectivas especialidades. La idea de plantilla de urgencias, medicina de urgencias, servicio de urgencias, etc., pertenece a otros ámbitos geográficos y ha ocasionado, entre sus consecuencias más graves, el raquitismo de estudios sobre su organización, gestión, calidad y relaciones exter-

TABLA 3. Concordancia según procedencia

	Grado				Total
	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	
SEU	36 (35,64)	17 (16,83)	2 (1,98)	46 (45,54)	101
Otros hospitales	9 (39,13)	3 (13,04)	0 (0)	11 (47,83)	23
Médico de cabecera	174 (39,81)	61 (13,96)	25 (5,72)	177 (40,50)	437
Beneficencia	6 (50)	2 (16,67)	0 (0)	4 (33,33)	12
Cárcel o comisaría	0 (0)	2 (25)	0 (0)	6 (75)	8
Patronato	1 (100)				1
No consta o ilegible					13

nas con el resto de un sistema sanitario coherente. Los profesionales que realizan en esas condiciones las urgencias, no pueden sentirse responsables de un servicio que no existe y que no cumple, por tanto, las funciones asistencial, docente e investigadora que serían deseables en términos de asistencia sanitaria y planificación económica. Esta ha sido y sigue siendo, parece que por mucho tiempo, nuestra limitación.

De los resultados encontrados pueden extraerse varias conclusiones. En primer lugar nos gustaría comentar la escasa cifra de pacientes que acuden a nuestras PU enviados tras consulta médica, con el correspondiente P-10, similar a la de otros trabajos nacionales^{4,6}. Creemos estar en lo cierto si pensamos que lo hacen así por nula fe en la medicina primaria^{4,6,8,9}, tardanza en la prestación de servicios de todo tipo⁴ por parte de ésta y mala organización sanitaria^{5,10,12}. De acuerdo con los datos llama la atención el reparto de niveles de "coincidencia". En la tabla 1 se puede ver una distribución casi en partes iguales entre nivel 3, es decir absoluta coincidencia, y 0, esto es, nula coincidencia. Ello puede deberse a que son enviados sin una detallada exploración por falta de tiempo para hacerlo en el ámbito de la medicina primaria. La falta de tiempo para atender al paciente es la causa del alto número de valores 0 y creemos que cuando se ha dispuesto de tiempo, o se conoce bien al paciente, se obtiene un porcentaje alto de valor 3.

Estudiando los diagnósticos con valor 0 uno a uno, la diferencia entre ellos sólo se comprende por falta de exploración al paciente.

La existencia de P-10 en blanco es algo que no puede comprenderse ni aceptarse dentro de una correcta praxis. Si se envía a un paciente a un centro, debe tenerse una razón para ello y hacerlo constar.

En la tabla 2 destacamos que son los médicos de AP los que más uso hacen del P-10, cuando en teoría ven menos casos urgentes que los del SEU, los cuales cubren el área de urgencias específicamente, durante un módulo horario mayor y con menor motivación laboral⁸; sólo 101 emitidos por el SEU frente a 437 de AP (menos de la cuarta parte). Consideramos que las causas son: por una parte, y por falta de medios, el médico de cabecera describe el síndrome pero no puede confirmarlo porque no tiene acceso a pruebas exploratorias, sencillas en muchos casos⁴; en otros, directamente reconoce el síndrome y solicita la exploración que en ocasiones es una simple ECG o placa de tórax o uranálisis; nuevamente la falta de tiempo para explorar a los enfermos y la complacencia serían responsables; y por otra, la utilización por parte del médico de AP de la PU como *bypass* de las policlínicas. Estas serían las causas médicas que podrían explicar

la diferencia, y como causas imputables a los pacientes estarían: acudir directamente a la PU sin pasar por el SEU, por comodidad (no esperar), falta de confianza otra vez y mala educación sanitaria¹³.

Existen circunstancias que sesgan nuestro estudio y que es preciso reconocer y comentar. Los diagnósticos emitidos por nuestras PU son en ocasiones muy vagos, en la medida en que una vez descartada patología urgente (que es su misión) lanzan una hipótesis diagnóstica y remiten a los especialistas de los centros secundarios a los pacientes para estudio ambulatorio de su enfermedad. Esto hace difícil su clasificación obligándonos a introducirlos en los niveles de coincidencia 1 y 2.

Conviene destacar que coincidencia no es en absoluto sinónimo de acierto.

Como conclusión creemos que habría que plantearse la utilidad real del documento, potenciar la asistencia primaria para procurar al médico tiempo y medios de diagnóstico; y proporcionar a la población un mayor nivel de educación sanitaria. Ello convertiría automáticamente al P-10 (o documento similar) en lo que siempre debió ser: un sistema de comunicación entre profesionales.

Agradecimiento

Agradecemos al Dr. Salvador Guillem, jefe de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital General Universitario (HGU) y al Dr. Cristóbal Zaragoza, coordinador de la Unidad de Urgencias del HGU, su valiosa colaboración para la obtención de datos y realización del artículo.

Bibliografía

1. Grifford MJ et al. Emergency physicians and patients assessments: urgency of need for medical care. *Ann Emergency Med* 1980; 9:502-507.
2. Fraile de Abajo et al. El médico de familia y el hospital. Análisis del proceso de interconsulta desde una unidad docente de medicina de familiar y comunitaria. *Med Clin* 1986; 86:405-409.
3. OMS-OPS. Manual de la Clasificación Estadística de Enfermedades, Traumatismos y causas de defunción (9.ª ed.) Panamericana de la Salud, 1978; n.º 353.
4. Balanzó Fernández X et al. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Cataluña. *Med Clin* 1989; 92:86-90.
5. Castillo Rey M et al. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin* 1986; 87:539-542.

6. Lloret Carbó J et al. Urgencia médica. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general en el período de un año. *Med Clin* 1984; 83:135-141.
7. WONCA. ICHPP-2. International Classification of Health problems in primary care. Londres, Oxford University Press, 1979.
8. Camp Herrero J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales. *Med Clin* 1988; 91:779-782.
9. Román JL. Estudio comparativo entre los servicios de urgencias hospitalarios y la atención primaria de la salud. *Med Integral* 1982; 3:7-9.
10. Ullman R et al. Impact of care group practice on emergency room utilisation at a community hospital. *Med Care* 1978; 15:723-729.
11. Villalbí et al. Impacto del programa de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria sobre la asistencia primaria. *Med Clin* 1984; 82:16-17.
12. Gallego Raya et al. Análisis de las urgencias tras la implantación de la atención continuada en zona básica de salud. *Emergencias* 1990;2:337.
13. Stratmann WC et al. A study of consumer attitudes about health care: the rol of the emergency room. *Med Care* 1975; 13:1.033.