

# VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL VOLANTE DE REMISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A URGENCIAS HOSPITALARIAS

A. Porcel, J. J. Soler, R. Rubini, V. Maldonado, E. Avila, J. S. Rubini

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario. Valencia.

## Resumen

**Objetivo.** Estudio de la información presente en los volantes de remisión de atención primaria al Servicio de Urgencias hospitalario.

**Material y método.** Revisión de una muestra aleatoria retrospectiva de 448 historias clínicas de enfermos remitidos a urgencias hospitalarias por su médico de cabecera o especialista de zona. Se excluyen las patologías traumáticas, pediátricas, ginecológicas y quirúrgicas, centrándonos en las propias de la Medicina Interna y especialidades afines. Se recogen los datos del volante de remisión mediante una ficha normalizada.

**Resultados.** Se exponen los datos referentes a identificación del enfermo y del remitente, centro emisor, antecedentes clínicos de interés, tratamientos habituales del paciente, descripción del problema que causa su remisión, exploraciones efectuadas en atención primaria, tratamientos ensayados, criterios de remisión al hospital y exploraciones efectuadas en el área de urgencias.

**Discusión.** El grado de cumplimentación de los volantes de remisión es satisfactorio en cuanto a los datos identificativos y a la descripción de la causa de remisión. Aspectos como los antecedentes clínicos, tratamientos habituales, exploraciones y terapéuticas ensayadas son insuficientemente expresados. Los criterios de envío al hospital revelan que la dificultad para acceder rápidamente a ciertas pruebas diagnósticas complementarias desde atención primaria,

así como para efectuar interconsultas urgentes a especialistas son el motivo de numerosas remisiones al servicio de urgencias. El P-10 se considera desde el punto de vista documental un instrumento inadecuado para transmitir información clínica.

**Palabras clave:** Urgencias hospitalarias. Atención Primaria. Remisión de enfermos.

## Introducción

Es bien conocida en nuestro medio la creciente demanda que han sufrido en los últimos años los servicios de urgencias hospitalarios<sup>1,2</sup>. Tanto la bibliografía como el contraste con la experiencia han señalado la tendencia de gran cantidad de pacientes a emplear estos servicios para acceder de modo inmediato a recursos o medios que desde la asistencia primaria exigirían algún tiempo de demora, condicionados por la estructura de la atención primaria y la presión asistencial a que ha de hacer frente<sup>3,4</sup>. La utilización de la vía de urgencias para resolver problemas que podrían abordarse desde otro ámbito condiciona un importante consumo de recursos hospitalarios sin garantizar además una asistencia de mayor calidad que la proporcionada en el contexto de la atención primaria<sup>5-8</sup>.

En estas circunstancias, los médicos de cabecera juegan un papel crucial como filtro a la hora de derivar enfermos al área de urgencias del hospital correspondiente<sup>9-11</sup>. Naturalmente, para los profesionales de estas áreas resulta de gran utilidad la información que acompaña al enfermo que se remite, contribuyendo a la rápida orientación de sus necesidades diagnósticas y asistenciales<sup>12-14</sup>.

*Correspondencia:* Andrés Porcel Torrens. Servicio de Urgencias. Hospital General universitario. Avda. Tres Cruces, s/n. 46016 Valencia

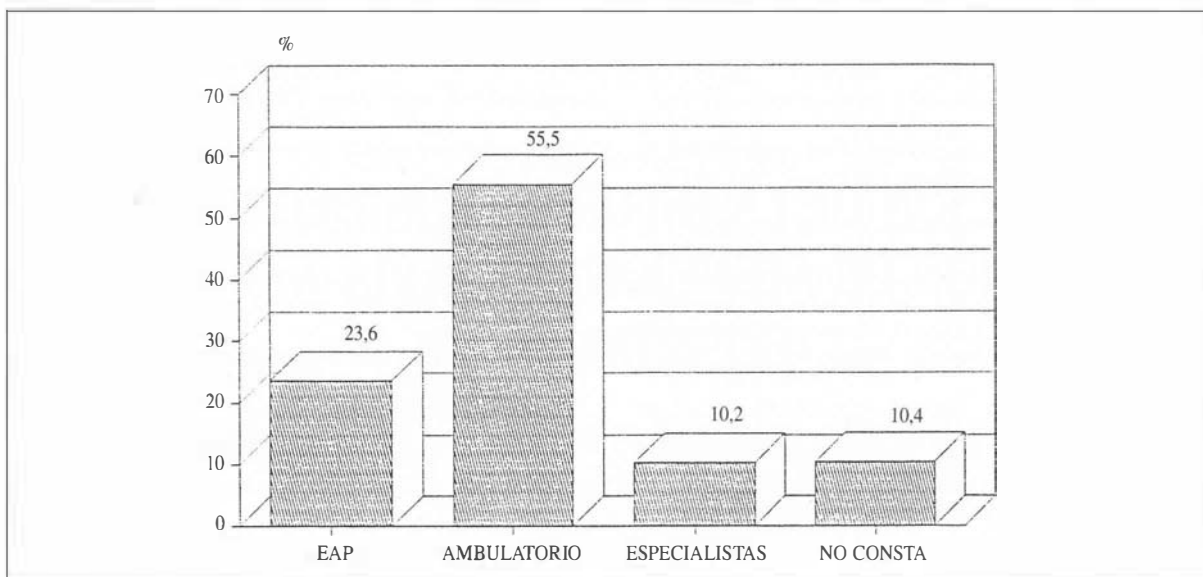


Figura 1. Identificación del centro de remisión.

## Objetivos

Con el trabajo nos proponemos evaluar el grado de información clínica de interés presente en el volante de remisión cumplimentado por el médico de atención primaria cuando envía un enfermo al servicio de urgencias de nuestro hospital. El documento base del estudio es el P-10, que es el impreso que se ha empleado para este fin en la totalidad de los casos.

## Material y método

Nuestro estudio se basa en la revisión de una muestra aleatoria retrospectiva de 448 historias clínicas de urgencias de pacientes remitidos por su médico de cabecera —sea desde ambulatorio o desde Centro de Salud— o por su especialista de servicios de urgencias. Nos centramos únicamente en la patología médica a la que como generalistas damos cobertura, rechazando la ginecológica, pediátrica, traumatológica y quirúrgica. La selección de la muestra se ha realizado al azar revisando las historias correspondientes a trece días de los meses de enero y febrero de 1994. El Hospital General Universitario de Valencia tiene asignada una población aproximada de 300.000 habitantes, distribuida en zonas rurales y urbanas. El área de urgencias efectúa aproximadamente 110.000 asistenciales anuales, de las que cerca del 60% recaen sobre el equipo de médicos generalistas.

Los datos del P-10 se han recogido mediante una ficha elaborada al efecto, donde hemos agrupado en primer lugar los referentes al enfermo, las circunstancias de sus trastornos, el cuadro clínico por el que se

le remite, las exploraciones realizadas, las hipótesis diagnósticas y los tratamientos ensayados por el médico de atención primaria. En una segunda parte nos centramos en el criterio expresado en el P-10 para enviar al enfermo a Puerta de Urgencias, estableciendo una serie de patrones de remisión. Por último, completamos los datos con los relativos al consumo de recursos diagnósticos usados en nuestra área.

## Resultados

La identificación del remitente se ha cumplimentado en 422 casos (94,1%), estando ausente en 26 (5,9%). La identificación del paciente se ha hallado completa en el 100% de los casos.

En cuanto a la identificación del centro (Figura 1), 106 volantes procedían de Equipos de Atención Primaria (23,6%); 249 volantes de Ambulatorio (55,5%); 46 fueron enviados por especialistas de zona (10,2%) y en 47 casos (10,4%) no fue posible hallar datos sobre la procedencia del centro emisor.

En 237 volantes (52,9%) se hallaron referencias a antecedentes clínicos de interés, no existiendo ningún dato a este respecto en 211 documentos (47,1%). La valoración de la información como relevante se efectúa comprobando la recogida en la historia clínica y comparándola con la presente en el P-10. Cuando una y otra coinciden sin que se aprecien deficiencias de importancia, la información se considera relevante o completa. Así, hallamos una información relevante sobre los antecedentes patológicos en 161 casos

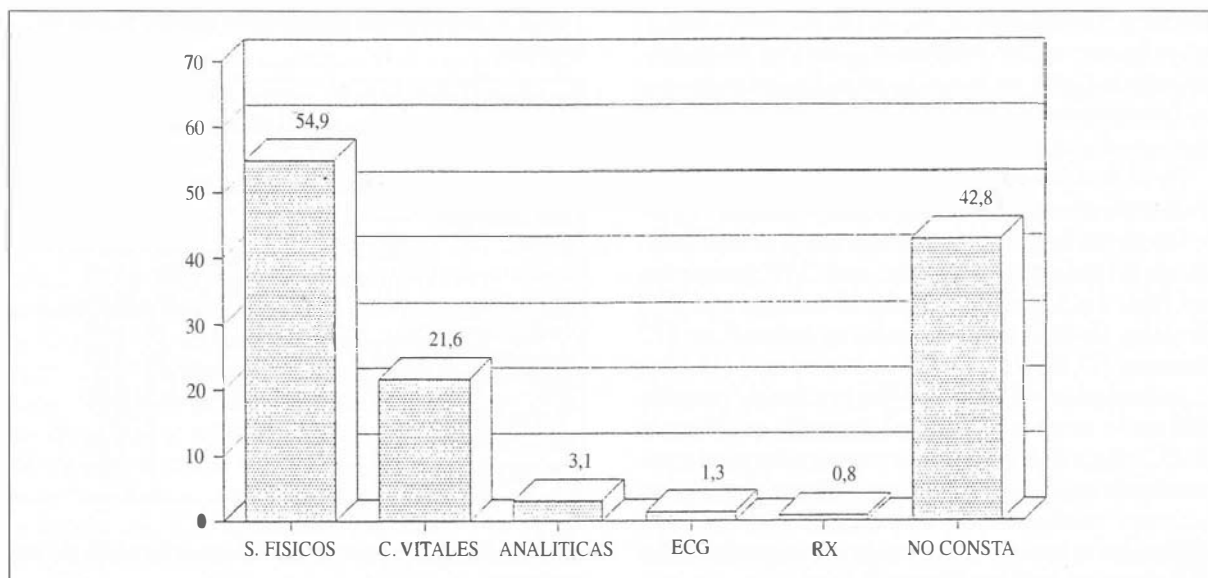


Figura 2. Información sobre exploraciones efectuadas.

(67,9% del total de volantes con datos de antecedentes). La información reseñada se ha considerado incompleta en 76 casos (33,1% de volantes con antecedentes).

Los tratamientos habituales del paciente constan en 82 volantes (18,3%) y no se hallan reflejados en 366 (81,7%). La información es relevante en 66 casos (84,4% de los volantes con tratamientos). Así en 382 volantes (85,2%) la información sobre tratamientos habituales no se halla o está incompleta.

Existe una descripción del problema que causa la remisión del enfermo en 429 ocasiones (95,7%), estando ausente está en el 4,3% (19 ocasiones) en que el P-10 se halló en blanco o con alusiones sólo a patologías de base del paciente sin expresar las condiciones actuales del mismo. La descripción del problema se ciñe a síntomas aislados –sin una concatenación clínica mínimamente expresada– en 103 casos (22,9%). La información apunta a un diagnóstico sindrómico en 205 volantes (45,7%) y en 121 (27,0%) hallamos una

hipótesis diagnóstica a confirmar por pruebas complementarias.

En cuanto a las exploraciones efectuadas (Figura 2), en 246 ocasiones (54,9%) se describen signos físicos. Se registran constantes vitales –básicamente tensión arterial y temperatura– en 97 volantes (21,6%). En 14 (3,1%) se aportan resultados de análisis, en 6 (1,3%) ECG y en 4 (0,8%) radiografías. En 192 ocasiones (42,8%) no hay constancia de que se haya practicado ningún tipo de exploración al enfermo antes de remitirlo.

En 81 casos (18,1%) hay información sobre tratamientos efectuados en relación con el motivo de la remisión. No hay datos en 367 casos (81,9%). La información es relevante en 62 ocasiones (13,8% del total). Así, en 386 casos (86,1%) no hay constancia de tratamientos previos o se halla reflejada de modo insuficiente.

Respecto a los criterios de remisión al hospital, resumidos en la Tabla I, encontramos que en 21 volantes (4,6%) no consta ningún criterio expreso. Se observan situaciones objetivas de urgencia extrema en 38 ocasiones (8,4%). La urgencia subjetiva –es decir, aquella determinada por factores no clínicos, como la presión del propio paciente, la familiar o la existencia de problemas sociales que condicionan la asistencia– se halla en 7 casos (1,5%). En 144 volantes (32,1% del total) la remisión del enfermo se justifica para acceder a pruebas diagnósticas o tratamientos no aplicables de modo inmediato en atención primaria en

TABLA I. Criterios de remisión al hospital

Criterio	N.º Casos - (%)
No consta	21 - 4,6%
Urgencia objetiva	38 - 8,4%
Urgencia subjetiva	7 - 1,5%
Pacientes no demorables	144 - 32,1%
Iniciar estudios	160 - 35,7%
Evaluación de enfermos	78 - 17,4%

enfermos no demorables. El 35,7% de casos (160 P-10) requieren iniciar estudios diagnósticos de pacientes no estudiados en atención primaria; mientras que en 78 ocasiones (17,4%) se pretende evaluar enfermos cuyo estudio se ha efectuado ya por sus médicos.

En el área hospitalaria de urgencias se ha efectuado la exploración clínica de los pacientes en el 100% de los casos. La prueba complementaria más solicitada es la radiografía simple, con 290 peticiones (64,7%). Le sigue el análisis de sangre, con 238 (53,1%). El electrocardiograma se solicitó en 122 enfermos (27,2%); el análisis de orina en 85 (18,9%); la gasometría en 47 (10,4%) y las pruebas de coagulación en 30 (6,6%). Se practicó ecografía en 26 casos (5,8%). En 4 (0,8%) se realizó tomografía axial computarizada, en 2 (0,4%) análisis de niveles plasmáticos medicamentosos, en otros 2 casos endoscopia digestiva y en una ocasión se practicó eco-doppler. Los datos se resumen en la Tabla II.

### Discusión

En cuanto a la valoración de estos resultados, los aspectos de identificación de enfermos y remitentes se reseñan en general de modo adecuado, si bien sería de desear una mayor especificidad a la hora de identificar a los especialistas de zona.

La cumplimentación de la información sobre antecedentes de interés debemos considerarla baja. A pesar de que en cierto número de enfermos derivados no hay en efecto nada que reseñar a este respecto, la proporción de cumplimentación no hace justicia a la gran cantidad de casos en que se remiten reagudizaciones de afecciones crónicas, cuadros de larga evolución o problemas para estudiar que se presentan en pacientes con una biografía clínica no exenta de relevancia. Respecto a la información considerada completa pensamos que expresa una proporción satisfactoria, si bien sería de desear un mayor rigor en su cumplimentación.

Muy escasa es la información aportada respecto a los tratamientos habituales del enfermo. Se trata sin embargo de una cuestión de gran importancia clínica, que ha de influir inmediatamente sobre la orientación diagnóstica y terapéutica de modo decisivo, incluso en el momento de dar el alta a un paciente prescribiendo un tratamiento extrahospitalario. A nadie escapa que el conocimiento del propio enfermo respecto a este punto es casi siempre insuficiente y no puede suplir la información que corresponde a su médico. Esta información, cuando consta, es relevante en una gran proporción, lo que indica en quien la envía un buen hábi-

**TABLA II. Exploraciones efectuadas en nuestro Servicio de Urgencias**

Exploraciones	N.º Casos - (%)
E. Clínica	448 - 100%
Rx. Simple	290 - 64,7%
Análisis sangre	238 - 53,1%
ECG	122 - 27,2%
Análisis orina	85 - 18,9%
Gasometría	47 - 10,4%
Pruebas coagulación	30 - 6,6%
Ecografía	26 - 5,8%
TAC	4 - 0,8%
Niveles plasmáticos	2 - 0,4%
Endoscopia	2 - 0,4%
Eco-doppler	1 - 0,2%

to de informar y un conocimiento adecuado de sus pacientes.

La descripción del problema clínico se efectúa en la práctica totalidad de los casos, expresándose diagnóstico sindrómico e hipótesis diagnóstica en un buen número de los mismos, lo que puede ayudar a orientar un primer enfoque del problema. La reseña de síntomas sin una coherencia clínica mínima no puede considerarse adecuada ni resulta útil para la evaluación rápida del paciente.

Los porcentajes de información sobre exploraciones clínicas son bajos. Sea por no hacerlas constar o por no haberlas efectuado, se trata de una omisión grave que oculta datos de gran interés.

En el 18,1% de los casos existen datos sobre tratamientos previos ensayados para el problema que causa la remisión a urgencias. Este bajo porcentaje se explica en parte por las características de la patología urgente, de aparición brusca y curso rápidamente progresivo. Sin embargo, en los casos en que se trata de problemas de días o semanas de evolución -fiebre, trastornos digestivos, etc.- es imprescindible contar con esta información.

En cuanto a los criterios de remisión, el porcentaje más elevado se aprecia en los casos en que se envían enfermos para estudio de cuadros no estudiados en atención primaria. Se trata en estos casos de trastornos de días, semanas o meses de evolución donde no consta que el enfermo se le haya practicado ningún tipo de exploración. El uso del área de urgencia tiene aquí el objetivo de realizar en el menor tiempo posible una serie de pruebas diagnósticas y de valoración por especialistas que en el ámbito de la atención primaria supondrían un lapso de demora considerable. Aun

comprendiendo que las propias condiciones de los enfermos hacen a veces inevitables estas remisiones, no parece justificado que no se acompañen al menos de datos de exploración clínica completa y en muchos casos de resultados de exploraciones complementarias accesibles desde la asistencia primaria.

El 32,1% de remisiones se efectúan para completar estudios iniciados con pruebas diagnósticas complementarias no accesibles de modo inmediato desde la atención primaria, en pacientes que no admiten demora. El hecho de que desde un ambulatorio o Centro de Salud no se cuente con la posibilidad de realizar de forma inmediata pruebas tan sencillas como un análisis de sangre y orina, un electrocardiograma o una radiografía simple es una de las causas que ocasionan mayor número de demandas de asistencia urgente, que contando con la infraestructura necesaria podría ser resuelta por los médicos de cabecera. Según los resultados de nuestro estudio, al menos una tercera parte de los problemas remitidos a urgencias hospitalarias se resolverían en la asistencia primaria de constar con el concurso de estos medios.

El tercer criterio de derivación en cuanto a frecuencia es el de la evaluación de pacientes estudiados ya en atención primaria. Ello equivaldría en la práctica a la realización de interconsultas urgentes, bien que habitualmente en estos enfermos se hace necesario efectuar algunas pruebas complementarias, básicamente por las deficiencias estructurales que más arriba señalábamos.

En el 4,6% de los volantes remitidos no consta ningún criterio expreso, lo que viene a señalar una excesiva parquedad en la redacción de la información a la hora de enviar enfermos al hospital.

La situación de urgencia objetiva, que no admite demora alguna, ocupa un bajo porcentaje entre los volantes estudiados. El hecho puede explicarse por tratarse de casos en que es mucho más frecuente que, guiado por la gravedad de los síntomas, el paciente acuda al hospital por sus propios medios o a través de servicios de urgencia sin pasar previamente por su médico de cabecera.

Sólo un 1,5% de las remisiones se han efectuado por problemas sociales o del contexto extrasanitario que rodea al paciente, lo que viene a confirmar el papel clave de los médicos de asistencia primaria a la hora de encauzar de modo adecuado la demanda de atención urgente.

En cuanto a las pruebas realizadas en urgencias, el hecho de que la radiografía simple, el análisis de sangre y el electrocardiograma sean las exploraciones

más frecuentes confirma nuestro aserto en cuanto a la indudable utilidad que para el médico de cabecera supondría el poder usar estos recursos con agilidad y la previsible repercusión en el descenso de la demanda de asistencia urgente hospitalaria que se seguiría de ello<sup>15,16</sup>.

En conjunto, pensamos que la información remitida en los P-10 debe ser mejorada, especialmente en los aspectos que conciernen a los antecedentes del paciente, sus tratamientos habituales y el resultado de las exploraciones efectuadas<sup>17,18</sup>. Desde el punto de vista documental, el P-10 es un soporte inadecuado por su formato y su diseño para la transmisión de información clínica. A este respecto sería más eficaz el uso de las hojas de interconsulta, de formato Din A-4, donde se cuenta con espacio más amplio para la escritura, o incluso con un modelo similar al del informe de alta de urgencias, que permitiría la inclusión de una mayor cantidad de datos de interés.

Finalmente, nos creemos obligados a insistir en la importancia de la información que acompaña al enfermo cuando es remitido a un servicio de urgencias. En una situación de estrés donde las decisiones diagnósticas y terapéuticas han de ser tomadas con rapidez y pueden determinar a corto plazo variaciones decisivas en el estado de los pacientes, no podemos renunciar a contar con la experiencia y el conocimiento del enfermo que el médico de cabecera puede aportar. Si esta experiencia y conocimiento no se expresa de modo adecuado, perdemos una valiosa ayuda y renunciamos a uno de los elementos más característicos de nuestra profesión: la comunicación médica.

## Bibliografía

1. Informe sobre Urgencias Hospitalarias. Defensor del Pueblo. *El Médico*, 1989; 42: 42-48.
2. García Gil A, Rodríguez Marcos MA, Gros Bañares B, Ramos Ramos P, Belarra Gorrochategui JE, Lapuerta Irrigoyen L, Alcalde Pascual JL. Asistencia en la unidad de urgencias del Hospital General de Soria durante 1993. Comunicación al II Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Emergencias. Soria, mayo 1994.
3. Del Castillo Rey M, Huguet J, Bravo Ribó J, Cortada Villuendes L. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Medicina Clínica* 1986; 87: 539-542.
4. Belzunegui T, Pérez Tellería A, Solá A, Ilundain JJ, Sesma J, Arraiza JM. ¿Servicios de urgencia o ambulatorios de urgencia? Comunicación al II Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Emergencias. Soria, mayo 1994.
5. Bliss HA. Primary Care in the Emergency room: High in cost and low in quality. *N Eng J Med* 1982; 306: 998.
6. Del Castillo Rey M, Huguet J, Bravo Ribó JM, Cortada Villuendes L. Sobreutilización de los servicios de urgencias

- hospitalarias. ¿Un parámetro de evaluación de calidad de la asistencia primaria? *Atención Primaria* 1987; 4: 122-128.
7. Naveiro Rilo JC, Diez Estrada M, García Jimeno L, González Alvarez F. Exploración de algunos factores que influyen en la frecuentación a urgencias del hospital y su ingreso. *Atención Primaria* 1993; 12: 612-614.
  8. Ballesteros M, Galán J, Jiménez L. La población y los servicios de urgencia. Comunicación al II Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Emergencias. Soria, mayo 1994.
  9. Belzunegui Otano T, Pérez Gómez JM, Castillo Jimeno JM, Biurrun Elizaga MA. Diferencias entre urgencias autorizadas y voluntarias generadas por un centro de Atención Primaria Urbano sobre su Hospital. *Emergencias* 1990; 2: 30-34.
  10. Alonso Fernández M. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios. ¿Mal funcionamiento de la atención primaria? *Atención Primaria* 1991; 8: 103.
  11. Mozota J. Análisis del acceso a un Servicio de Urgencias hospitalario mediante P-10. *Atención Primaria* 1991; 8: 161.
  12. Chueca Rodríguez C, Bentue Ferrer C, Delgado Marroquín M, Galán Herrera S, Herrer Castejón A, Fanlo Meroño C. Adecuación de los volantes urgentes remitidos desde atención primaria a un hospital general. *Atención Primaria* 1992; 10: 671-674.
  13. Rubio Montañés ML, Buñuel Alvarez JC, Castillo Laita JA, Palacín Arbúes JC, Fernández Revuelta A, Ruíz Gracia 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. *Atención Primaria* 1992; 9: 361-364.
  14. Lafarga Vázquez V, Amorós Escolar JC, Almela JV, Simó L, Palomar E, Soler JJ. Relación asistencia primaria-urgencias hospitalarias; utilidad del volante de remisión. *Emergencias* 1993; 5: 55-58.
  15. Belzunegui T, Pérez Gómez JM, Biurrun MA. Demanda derivada por un centro de atención primaria al servicio de urgencias de su hospital de referencia. *Atención Primaria* 1990; 7: 92-93.
  16. Valls Soler J, Segura Monrreal L, Viñas M, Avandaño E. Urgencias en atención primaria y derivación de pacientes al hospital. *Atención Primaria* 1990; 7: 593-594.
  17. Gallego P. Valoración de la demanda derivada del medio extra-hospitalario mediante P-10 a un servicio de urgencias hospitalario. *Atención Primaria* 1989; 6: 61.
  18. Garcés Pérez VJ, Manrique Romero J, Arancón Mongue JM, Alonso Alvarez P, Fernández García MR, Iturre Molinos J, Gros Bañeres B. Valoración de los P-10 remitidos al Servicio de urgencias. Comunicación al II Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina de Emergencias. Soria, mayo 1994.