



ORIGINAL

Valoración desde atención primaria del manejo del hipertenso en atención especializada (estudio DERIVA-DOS)



Nieves Martell-Claros^{a,*}, Alberto Galgo Nafría^b, María Abad-Cardiel^a, Beatriz Álvarez-Álvarez^c, José Antonio García Donaire^a, Emilio Márquez-Contreras^d y Ángel Molino-González^e

^a Unidad de Hipertensión, Servicio de Medicina Interna, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Centro de Salud Espronceda, Madrid, España

^c Centro de Salud Andrés Mellado, Madrid, España

^d Centro de Salud La Orden, Huelva, España

^e Servicio de Medicina Interna, IdISSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 19 de octubre de 2016; aceptado el 14 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 14 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Derivación;
Coordinación entre niveles;
Hipertensión;
Niveles de atención de salud: Atención primaria;
Atención especializada en hipertensión

Resumen

Introducción: Estudiar la opinión del médico de atención primaria (MAP) de la información de los pacientes remitida desde el médico especialista en hipertensión arterial (MEHTA).

Diseño: Estudio observacional descriptivo.

Emplazamiento: Realizado a nivel nacional.

Participantes: Médicos de atención primaria que reciben hipertensos estudiados por MEHTA.

Métodos: Se utilizó el consenso de derivación de la SEH-LELHA, y una encuesta en la que se recogían en la visita basal las características demográficas, antropométricas, presión y causa de derivación; en la posderivación se añaden preguntas sobre: tiempo utilizado en estudiar al paciente, modificaciones del diagnóstico y fármacos. Además se preguntó sobre el tiempo en recibir respuesta y se pidió la valoración del informe que le remite el MEHTA.

Resultados: Participaron 578 investigadores de AP que incluyeron 1.715 pacientes válidos. Edad $60,7 \pm 13,3$ años, varones 62,7%. En prederivación los pacientes tomaban $2,3 \pm 1,2$ fármacos antihipertensivos, y $2,5 \pm 1,2$ en posderivación; la presión arterial pasó de $166 \pm 21,6 / 97,7 \pm 12,6$ mmHg a $143 \pm 14,4 / 85,5 \pm 10,5$ mmHg. Los pacientes controlados (PA < 140 y < 90 mmHg) pasaron del 5,8 al 32,2%. El tiempo transcurrido entre la visita al hospital y la recepción del informe fue de 72 ± 64 días. Se realizó ampliación del estudio por parte del MEHTA en 1.250 casos (72,9%). El MAP médico de familia recibió informe reglado en el 80,3% de los casos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nmartellc@uhta.es (N. Martell-Claros).

Globalmente, el 63% de los MAP están totalmente de acuerdo con la actuación del especialista, el 29% parcialmente de acuerdo y el 2% nada de acuerdo. La derivación se ha valorado mediante opinión subjetiva del MAP como efectiva o muy efectiva en el 86% de los pacientes y nada efectiva en el 9%.

Conclusiones: La comunicación entre niveles es clave en el cuidado de algunos pacientes hipertensos, como corresponde a una entidad crónica.

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Derivation;
Coordination
between health-care
levels;
Hypertension;
Primary care;
Specializing in
hypertension care

Primary care evaluation of the hypertensive patient management in specialized care after derivation (DERIVA-2 Study)

Abstract

Introduction: To know the opinion/evaluation of the primary care physicians (PCPH) of the received information about patients that were attended in specialized care (SC).

Design: Cross-sectional study.

Location: Performed nationwide in primary care centers.

Participants: Researchers from the primary care network.

Methods: We used the SEH-LELHA derivation criteria guidelines, plus an ad hoc survey that included demographic and anthropometric data, blood pressure levels, and the main reason for derivation to SC at the baseline and final (post-derivation) visit. In addition, time deployed for the study of every patient, changes in diagnosis and treatment, type of follow-up, issues throughout the derivation process and assessment of the medical referred to the PCPH were evaluated.

Results: With participation of 578 researchers from primary, the study included 1715 patients aged 60.7 ± 13.3 years, 62.7% male. Patients were taking 2.3 ± 1.2 (range 0-10) antihypertensive drugs pre-referral and 2.5 ± 1.2 (0-9) after derivation. Blood pressure levels changed from $166 \pm 21.6 / 97.7 \pm 12.6$ mmHg to $143 \pm 14.4 / 85.5 \pm 10.5$ mmHg. The number of controlled patients (BP < 140 and < 90 mmHg) increased from 5.8% to 32.2%. Time between pre- and post-derivation visit was 72 ± 64 days (median 57 days, IQ26-99). The PCPH received a medical report in 80.3% of cases, 76.9% with an explanation of the results of the complementary tests, 75.8% with additional information or a reasoning of treatment and in 71% of cases information about the patient future management. 63% of PCPH were fully agreed with the management of the specialist, 29% agree and 2% strongly disagree. The derivation was evaluated as effective or very effective in 86% of patients and no effective in 9%.

Conclusions: Communication between AE and SC in HTA is valued satisfactorily by MAP. However there is still room for improvement in the process.

© 2017 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La coordinación entre niveles es clave en nuestro Sistema Nacional de Salud ya desde que se aprobó la Ley General de Sanidad, donde se sentaron las bases de su funcionamiento. Con posterioridad y a lo largo de estas tres décadas, otros documentos de innovación organizativa en España aluden a esta coordinación entre niveles como uno de los objetivos ineludibles del sistema sanitario. Sin embargo, 30 años después del inicio de la reforma de la atención primaria (AP) en España, la coordinación asistencial sigue presentando deficiencias importantes. Hasta la fecha, las iniciativas realizadas para la mejora de la coordinación se han centrado en el diseño de protocolos y el establecimiento de criterios de derivación más o menos consensuados. Pese al tiempo transcurrido siguen publicándose trabajos donde se pone de manifiesto la falta habitual de cumplimentación

del documento que cada servicio sanitario tiene establecido para el intercambio de información. Aun reconociendo que el problema no es exclusivo de España¹, sí parece evidente que no se ha avanzado en esta dirección tanto como en otros retos a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

Tanto para la atención hospitalaria especializada en hipertensión arterial (AEHTA) como para la AP, la mejora de la coordinación con el resto del sistema es un elemento esencial. Sin acceso a procedimientos diagnósticos, disminuye la capacidad del médico de familia (MF) de dar servicios integrales; si no recibe información sobre la atención realizada por el médico especialista en hipertensión (MEHTA), disminuye su capacidad de usarla para abordar problemas de salud, en un paradigma de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial (HTA) que precisa atención continuada y una adecuada comunicación interniveles de por vida.

La evaluación clínica y el seguimiento del paciente hipertenso en general se llevan a cabo en el ámbito de la AP; no obstante, en algunas circunstancias puede ser necesaria la evaluación por un MEHTA. Refiriéndonos al paciente hipertenso, en líneas generales se recomienda que si tras un periodo de 6 meses en que el paciente ha recibido un tratamiento antihipertensivo adecuado no se alcanzan los objetivos de control, debería remitirse a un MEHTA para ser valorado, ya que en estos casos es necesario un estudio complejo que debe ser facilitado en el nivel hospitalario^{2,3}.

En los estudios realizados sobre las características de los pacientes hipertensos derivados a consultas de MEHTA en hipertensión arterial se analiza la muestra de pacientes derivados en un contexto general y con carácter descriptivo la información previa, la idoneidad de la derivación y aspectos generales en periodos que oscilan entre 3 meses y 3 años de seguimiento, y según esta bibliografía, el proceso de interconsulta entre AP y atención especializada (AE) es subóptimo⁴⁻⁸.

La solicitud de la valoración por AE de un hipertenso por difícil control, sospecha de secundaria, comorbilidades, etc., es competencia exclusiva del médico de AP, y si bien las sociedades científicas publican documentos de consenso en los que se contemplan las razones de derivación, no existen a nivel nacional protocolos establecidos y consensuados de derivación de ese tipo de paciente^{2,3,9}.

Este trabajo es la segunda parte del estudio DERIVA¹⁰, en el que se analizó la valoración que hacía el MEHTA de la idoneidad de la derivación de los pacientes desde AP. Tras el análisis de la derivación de los hipertensos a MEHTA se presenta aquí la evaluación del médico de AP de la información de estos pacientes que le fue remitida desde el MEHTA^{10,11}.

Objetivo del estudio

Conocer la evaluación que hace el médico de atención primaria (MAP) sobre el procedimiento de interconsulta y los resultados tras la derivación de sus pacientes al MEHTA.

Diseño del estudio

Estudio epidemiológico, longitudinal, prospectivo, multicéntrico, de ámbito nacional.

Pacientes y métodos

Estudio observacional descriptivo de ámbito nacional en el que participaron pacientes hipertensos, usuarios del Sistema Nacional de Salud, que fueron derivados por el MF al MEHTA de unidades de HTA hospitalarias o, en ausencia de éstas, a consultas de referencia en HTA (cardiología, medicina interna o nefrología) disponibles en el ámbito de los MAP participantes en el estudio.

Cada médico de familia incluyó a 3 pacientes seleccionados por muestreo consecutivo en los que se solicitó una parte de interconsulta y en los que, una vez finalizada la valoración del MEHTA, se analizó el resultado del mismo. La recogida de datos se llevó a cabo durante 8 meses en 2010. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 18 años, pacientes diagnosticados de hipertensión arterial derivados

de AP y pacientes que hayan otorgado su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que provengan de urgencia hospitalaria y pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Para analizar la evaluación que hace el MF de los resultados del paciente tras pasar por AE en HTA, se utilizó el documento de consenso para derivación entre niveles de la SEH-LELHA, como en el trabajo previo⁵, al que se añadió una encuesta en la que se recogían en la visita basal las características demográficas, antropométricas, valores de presión arterial y causa de derivación. En la visita final (visita posderivación), tras haber sido completado el estudio por el MEHTA, el MF recoge nuevamente los parámetros anteriores y completa una encuesta dando su opinión sobre el tiempo que ha sido necesario para estudiar al paciente, el tiempo de espera para la citación, las modificaciones del diagnóstico que se han realizado, el número de fármacos con el que vuelven los pacientes y quién se ocupará del seguimiento (exclusivamente el MF, el MEHTA o ambos). Además se incluyeron en la encuesta una serie de preguntas relacionadas con los problemas que habían ocurrido durante la derivación del paciente: excesivo tiempo en recibir respuesta, formato de transmisión adecuado o no, si se recibe respuesta concreta al problema planteado sobre el paciente, la dificultad para solicitar aclaraciones. Finalmente, los MF realizan una valoración del informe escrito que remite el MEHTA en cuanto a la existencia en el mismo de diagnóstico, tratamiento y claridad en el plan de actuación con el paciente.

Análisis estadístico

Para el cálculo del tamaño muestral se consideró como variable principal la correcta derivación al especialista, suponiendo como peor escenario para la predeterminación un porcentaje del 50%. Con la fórmula de cálculo por intervalos de confianza para estimación de porcentaje en muestras infinitas, con un 95% de confianza y una precisión del 2,5%, el tamaño mínimo de la muestra debería ser de 1.537. Se consideró un porcentaje de pérdidas del 10%, por lo que la muestra debería ser de 1.708. Con el tamaño muestral final de 1.769, la precisión conseguida es del 2,33%.

Para las variables de tipo cualitativo empleamos como resumen la frecuencia absoluta (n) y la relativa en forma de porcentaje (%) y los intervalos de confianza al 95%. Para las variables cuantitativas, comprobamos la «normalidad» mediante el test de Kolmogorov-Smirnov; las variables que se ajustaron a la distribución normal se expresaron mediante la media como medida de tendencia central y la desviación típica como medida de dispersión. En el caso de tener variables «no normales», se resumen como mediana y el rango intercuartílico. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se emplea la prueba de chi cuadrado de Pearson, o el test exacto de Fisher si el tamaño de la muestra lo requiere. Para las diferencias entre porcentajes se utilizó el test de chi cuadrado de McNemar. Todos los análisis se realizaron con el software SPSS para Windows Versión 19.0 (SPSS Inc., Chicago). En todos los análisis se establece un nivel de significación estadística de 0,05 (nivel de confianza del 95%).

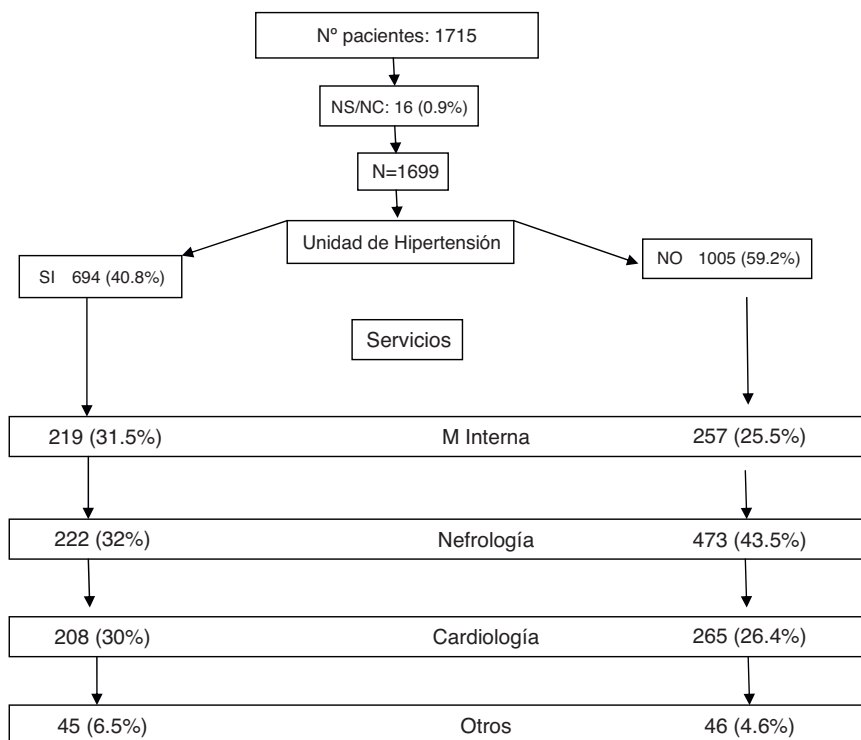


Figura 1 Servicios a los que se deriva el paciente desde atención primaria y ubicación de las unidades de Hipertensión.

Resultados

Participaron en el estudio 578 investigadores de AP. Se recoge información de 1.715 pacientes válidos para el estudio de un total de 1.735 pacientes muestreados. El 38% (645) de los pacientes habían sido derivados para su estudio de HTA a un servicio de Cardiología, 476 (28%) a Medicina Interna, 487 (28,7%) a Nefrología y 91 (5,4%) pacientes a otros servicios (fig. 1).

Del total de participantes, 694 casos habían sido derivados a unidades específicas de HTA (40,8%), que dependían de los siguientes servicios: 219 (31,5%) fueron vistos en unidades de HTA ubicadas en Medicina Interna, 208 (30%) fueron vistos en unidades dependientes del servicio de Cardiología, 222 (32%) se remitieron a unidades de HTA del servicio de Nefrología y 45 (4,5%) pacientes fueron atendidos por especialistas elegidos por el médico de AP, debido a que estos no tienen unidad específica de HTA para derivar. No se realizó análisis estratificado, ya que no era el objetivo del estudio las comparaciones entre distintos ámbitos de atención en HTA.

La edad media de los pacientes es de $60,7 \pm 13,3$ años, con un rango de 18 a 94 años, siendo el 62,7% varones (1.076 varones y 639 mujeres). El 38,4% de la muestra tenía antecedentes familiares tempranos de enfermedad cardiovascular.

El índice de masa corporal (IMC) medio fue de $28,8 \pm 4,2$ kg/m², rango 19,4-55,5 kg/m². Se estableció como punto de corte para obesidad un $IMC \geq 30$ kg/m², y el 34,8% cumplían este criterio. Se valoró como patológico un perímetro de cintura > 102 cm en varones y > 88 cm en mujeres, y se observó que el 56,5% presentan obesidad abdominal.

Eran fumadores el 33,7% de la muestra, es decir, 569 pacientes. Los exfumadores son 358 (21,2%), y el 45,1% de los pacientes nunca han fumado (762). Veintiséis pacientes (1,5%) no responden a esta pregunta. Se consideran bebedores el 15,6% de la muestra (267 pacientes). Confiesan no hacer ejercicio físico el 83,4% de la muestra. En la tabla 1 exponemos las variaciones de presión arterial, peso y hábitos de vida de los pacientes pre y posderivación. Observamos reducción significativa de todos los parámetros, excepto en el número de bebedores, que no cambia.

Los pacientes tomaban antes de la derivación una media de $2,3 \pm 1,2$ fármacos antihipertensivos, y la media posderivación fue de $2,5 \pm 1,2$ (tabla 2). Las presiones arteriales prederivación fueron $166 \pm 21,6/97,7 \pm 12,6$ mmHg y posderivación: $143 \pm 14,4/85,5 \pm 10,5$ mmHg ($p < 0,001$). Los pacientes con presiones arteriales < 140 y < 90 fueron un 5,8% prederivación y un 32,2% posderivación ($p < 0,001$).

Se señalan modificaciones en el tratamiento por el MEHTA en 1.089 pacientes (63,5%). El MEHTA aclara la causa de modificación en 824 (75,7% sobre los que se señala modificación y 48,0% sobre el total de la encuesta). Las causas de la modificación se pueden ver en la figura 2.

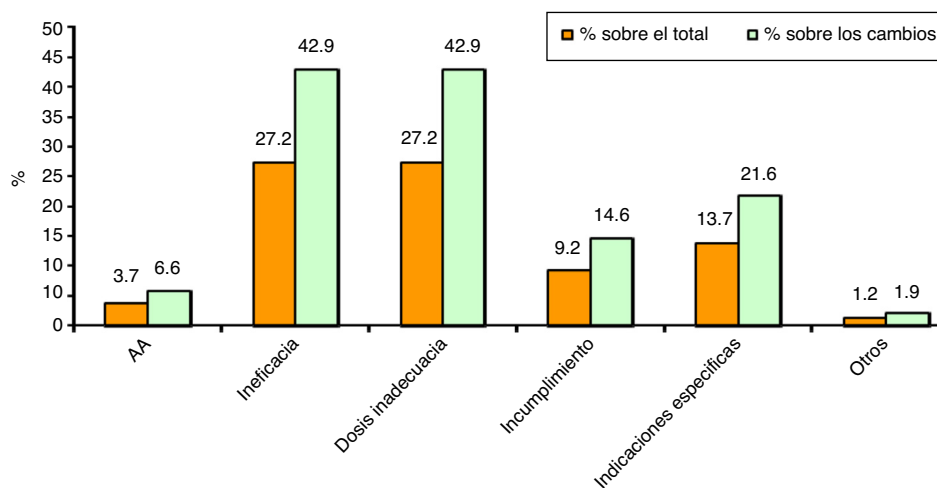
Datos de la derivación

Existe protocolo de derivación en el área sanitaria en un 29,3% (464) de los casos de estudio. Las razones de derivación según el documento de consenso SEH-LELHA 2008² se expresan en la figura 3.

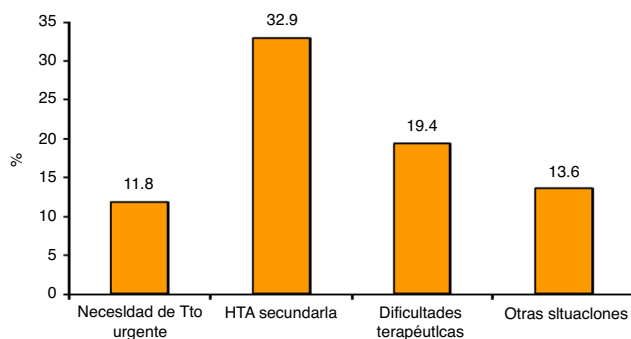
Se realizó la derivación mediante documento de interconsulta en el 94,5% de los casos.

Tabla 1 Modificación de presión arterial, IMC y hábitos de vida pre y posderivación

	Prederivación	Posderivación	p
PA sistólica (mmHg)	166 ± 21,6	143 ± 14,4	< 0,001
PA diastólica (mmHg)	97,7 ± 12,6	85,5 ± 10,5	< 0,001
FC (l/m)	81,2 ± 12,2	76,1 ± 9,8	< 0,001
Control (PA < 140 y 90 mmHg)	5,8%	32,2%	< 0,001
IMC (kg/m ²)	28,8 ± 4,2	28,5 ± 4,5	< 0,5
IMC ≥ 30 kg/m ²	34,8%	31,3%	< 0,001
Fumadores	33,7%	27,8%	< 0,001
No ejercicio físico	83,4%	62,4%	< 0,001
Bebedores	15,6%	15,9%	0,475

**Figura 2** Causas de modificación del tratamiento.

AA: acontecimientos adversos.

**Figura 3** Razones de derivación.

El tiempo que transcurrió entre la primera visita al hospital y la fecha en que el paciente fue devuelto con informe al MF, que refleja el tiempo entre la derivación inicial y las modificaciones finales reflejadas en la [tablas 1 y 2](#), tiene una media de 72 ± 64 días.

Los MF han recibido respuesta reglada del especialista en 1.377 casos (80,3%); de ellos, con información de las pruebas realizadas en 1.319 pacientes (76,9%), con información clínica en relación al diagnóstico en 1.300 casos (75,8%), con información sobre el tratamiento planteado en 1.379

Tabla 2 Número de fármacos antihipertensivos pre y posderivación

Número de fármacos	Prederivación	Posderivación	p
0	4,6	3,2	0,042
1	21,7	16,6	0,001
2	33,5	32	0,035
3	28,2	31,8	0,016
≥ 4	12,2	16,5	0,003

pacientes (80,4%) y con información sobre el seguimiento propuesto al paciente en 1.232 casos (71%).

Se realizó ampliación del estudio complementario por parte del especialista en 1.250 casos (72,9%).

A la pregunta de quién realizará el seguimiento del paciente a partir de ese momento, los investigadores responden que exclusivamente su MAP en el 38%, el seguimiento se hará por MF y MEHTA en el 54% y solo por el MEHTA en el 3%. El 5% no responden.

Globalmente, el grado de acuerdo del MF con la actuación del especialista fue: totalmente de acuerdo 63%, parcialmente de acuerdo 29% y en nada de acuerdo 2% (no responden el 6%).

Tabla 3 Problemas en la derivación detectados por el médico de atención primaria

Criterio	n	%	IC 95%
No detecto problemas	789	46,0	43,6-48,4
Excesivo tiempo en recibir la respuesta	420	24,5	22,5-26,5
Formato de transmisión de la información inadecuado	196	11,4	9,9-12,9
No respuesta concreta a lo solicitado en la derivación	403	23,5	21,5-25,5
Imposibilidad/dificultad para solicitar aclaraciones	290	16,9	15,1-18,7
Diferentes responsables en el estudio del paciente derivado	88	5,1	4,1-6,1
Otros	38	2,2	1,5-2,9

La respuesta de este ítem podía ser múltiple.

En opinión del propio investigador, la valoración de la derivación realizada ha sido muy efectiva en el 16%, efectiva en el 70% y nada efectiva en el 9% (no responden 5%).

Los problemas que han encontrado los MF en la derivación se exponen en la [tabla 3](#). Como vemos, el 46% no han detectado problemas. Al ser una pregunta cuya respuesta podría ser múltiple, en el 54% de los que detectan problemas, los dos más importantes fueron el excesivo tiempo en recibir la respuesta (24,5%) y no obtener respuesta concreta a lo solicitado en la derivación (23,4%).

Discusión

A pesar del importante papel que juega el proceso de derivación en el sistema sanitario, pocos estudios se han realizado sobre este proceso. En la revisión de la literatura no hemos encontrado datos en España de la valoración que tiene el MAP cuando recibe a su paciente tras una derivación al sistema especializado. En nuestro estudio, una amplia mayoría de médicos de AP (86%) consideraron que la derivación al especialista en hipertensión había sido de utilidad, y solo el 9% consideraron que no había sido efectiva. No obstante, el excesivo tiempo en obtener resultados a juicio del MAP y no obtener una respuesta concreta a lo solicitado en la derivación son dos problemas que se deben abordar por parte del MEHTA y del sistema para que la atención al paciente mejore y que los MAP se sientan más satisfechos. Por otra parte, hay un 20% de los casos en los que el MEHTA no ha emitido un informe reglado, lo que empeora el sistema de coordinación entre niveles y dificulta en gran medida el seguimiento por el MAP y la atención interdisciplinar que recibe el paciente. Además, en el 30% de los casos no existe en el informe un plan de cuidados del paciente. Aunque el 54% de los pacientes van a ser seguidos por ambos niveles y estas deficiencias pueden ser subsanables en las siguientes visitas, hay un 38% que serán seguidos por el MF exclusivamente, y esta información podría ser crucial para ello.

El largo tiempo en recibir la respuesta a juicio subjetivo del consultante (MAP) está ligado al funcionamiento del propio hospital o centro de atención especializada. Las pruebas complementarias que se deben hacer a estos pacientes están sometidas a listas de espera basándose en que los pacientes son asintomáticos y pueden no revestir urgencia. Por otra parte, no existe ninguna razón clínica para considerar un tiempo adecuado para completar un estudio complejo de HTA, cuando adicionalmente el paciente está siendo tratado por el MEHTA

Los pacientes son enviados al MEHTA para obtener consejo sobre diagnóstico o manejo, para obtener el procedimiento especializado cuando el estudio o las opciones terapéuticas se han agotado en AP y es necesaria la intervención de su MEHTA y obtener una segunda opinión. Durante el proceso tenemos que asumir que existe una transferencia de responsabilidad de algunos aspectos del cuidado de los pacientes desde el MF al MEHTA. Este acto tiene además implicaciones para los pacientes, el sistema de salud y los costes sanitarios. Se conoce que este proceso es subóptimo, existiendo una inexplicable variación en el proceso y comprobándose que algunos pacientes son referidos inapropiadamente, dando lugar al consiguiente consumo de recursos que serían utilizables para otros pacientes que los necesiten, y también se sabe que otros pacientes son inapropiadamente mantenidos en AP y llegan con demasiado retraso al ME, lo que puede haber propiciado una mala evolución de su enfermedad y, a la postre, necesidad de más técnicas diagnósticas y/o terapéuticas^{10,12}.

En nuestro estudio se señala que en el 43% de los pacientes derivados las dosis de fármacos son inadecuadas y en el 21% de los pacientes remitidos el régimen terapéutico no se adaptaba a indicaciones específicas de la situación clínica concreta, lo que sugiere que déficits en formación continuada en HTA o la existencia de inercia terapéutica podrían influir en estos resultados. Los datos provienen de la evaluación posderivación del propio MAP, hecho que sugiere la importancia docente de una adecuada respuesta por parte del consultor que hemos encontrado en nuestro estudio.

Uno de los problemas al que nos enfrentamos es la ausencia de directrices concretas y actualizadas para realizar el proceso de derivación, lo que implica tanto a guías locales como nacionales. Uno de los pocos documentos de derivación del paciente hipertenso en nuestro país es el de SEH-LELHA, publicado en 2008², que, bajo nuestro punto de vista, requiere una actualización. De todas formas, sea cual sea el documento, la difusión y la implementación del mismo es lo más importante, y se ha demostrado que ambos aspectos mejoran de forma significativa si los especialistas hospitalarios locales están envueltos directamente en las actividades de difusión de los mismos, mejorando el proceso cuando se proporciona una hoja estructurada o *check list* para ser completada por el MAP cuando el paciente va a ser derivado a estudio a otro nivel¹¹.

En el estudio de Thomas et al.¹³, en el que se proporciona la guía y la hoja estructurada, se obtuvo como resultado que el paciente fuera visto y se alcanzara la decisión de

manejo más rápidamente. En contraste, el estudio de Morrison et al.¹⁴ no mostró evidencia de mejora con la adopción de ambas medidas. Akbari et al.¹¹ sugieren que también es necesario que los MEHTA realicen los cambios apropiados en el contenido y en la organización de los cuidados para optimizar la eficiencia del sistema de coordinación entre niveles.

Los requerimientos de continuidad asistencial de los pacientes, lejos de disminuir, aumentarán en el futuro: aumentará la comorbilidad, la cronicidad¹⁵ y la complejidad de las necesidades de asistencia. Y más allá de las necesidades de libertad de elección, de disminución de esperas y de simplificación de trámites, será cada vez más necesario potenciar los aspectos relacionados con la coordinación integral de la asistencia¹⁶. Aumentar la capacidad electiva respecto al MEHTA, condicionando su trabajo como consultor en función de su cercanía, colaboración y disponibilidad, podría incentivar otro tipo de comportamientos diferentes de los existentes hasta la fecha¹⁷. La disponibilidad de herramientas como el correo electrónico, la telemedicina o simplemente la llamada de teléfono se han mostrado con potencial para reducir el número de pacientes que se derivan y reducir costes. Asimismo, las reuniones periódicas de atención primaria/especializada para discutir pacientes prometen mejoría en la coordinación entre niveles y la atención integral multidisciplinar al paciente, aunque no disponemos de estudios sobre coste-efectividad.

Mover a los especialistas hospitalarios a la comunidad de cuidados es poco probable que sea rentable, y además ello implica la no mejora de las habilidades de los MAP a través de la educación o consultas conjuntas con los pacientes complejos¹⁸.

Un estudio que evaluaba la satisfacción de un programa de consultoría (medicina interna-médico de familia) en Madrid, basado en la mejora de la accesibilidad y comunicación (sesiones conjuntas, uso del correo electrónico, fax y teléfono móvil), mostró una alta satisfacción de los médicos de familia; más del 80% de estos declararon fácil el contacto con el internista, más del 80% consideraron adecuado el tiempo de respuesta y el 89% declaraban satisfactoria o muy satisfactoria la resolución de los problemas planteados. En este mismo estudio se preguntaba por los principales problemas percibidos como trabas en la coordinación entre niveles, siendo la falta de comunicación el más invocado, mientras que las soluciones más valoradas fueron la historia clínica común (implica siempre informe), la mejora de los circuitos y la elaboración de protocolos comunes¹⁹.

Hemos de señalar la no absoluta homogeneidad de la composición y estructura de las unidades de HTA, lo que podría influir en los resultados de este estudio y tener repercusión sobre los resultados finales de salud en el paciente. La atención al paciente hipertenso tiene un carácter multidisciplinar que involucra a especialistas en medicina familiar y comunitaria, nefrólogos, internistas, endocrinólogos y cardiólogos. Las unidades de HTA hospitalarias pueden depender de cualquiera de los servicios mencionados. En el estudio QUALITHA, realizado por Poch et al.²⁰, se evalúan los indicadores de calidad exigibles en unidades de atención a los pacientes con HTA en España, se definen 51 indicadores de estructura, recursos arquitectónicos, materiales,

humanos, concluyendo que las unidades de HTA cumplen de forma aceptable los indicadores de calidad referentes a estructura y son aceptables, pero mejorables, los referentes a la dotación y ciertos aspectos formativos. Esta conclusión es válida independientemente del servicio en el que esté ubicada unidad de HTA²⁰.

Existen pocos estudios que relacionen una mejora del proceso asistencial con una mejora del resultado de la asistencia, es decir, un mejor control de las cifras de presión arterial. Uno de estos estudios²¹ demuestra que los pacientes con mal control de las cifras de presión arterial reciben menor calidad en la asistencia que aquellos con cifras de presión controladas. Lo interesante es que esta relación entre mejora de indicadores de calidad y mejora de resultado se mantenía después de eliminar los indicadores relativos al tratamiento y manteniendo los relativos al diagnóstico, cribado y seguimiento.

Hay dos condiciones necesarias para que la coordinación funcione¹⁵: disponer de información sobre los problemas previos del paciente (historia clínica compartida, informe, o un programa informático) y utilizar esa información para tomar decisiones. Tener historia clínica compartida, mejores protocolos, criterios de derivación con una mayor base científica, sirven de poco si los profesionales no pueden usarla (dificultades de acceso habitual, complejidad del procedimiento) o no quieren hacerlo.

Hay que tener presente que cualquier intervención para mejorar el proceso de derivación influirá en la práctica clínica general, en el número y en la calidad de las derivaciones, en la gestión de la atención secundaria, en el flujo de pacientes a través del sistema de referencia, en los resultados y en la satisfacción del paciente con el sistema y en el uso de recursos.

Las limitaciones de nuestro trabajo son que la información se recoge únicamente a nivel hospitalario por el propio MF y no por un evaluador externo, y que se hace valoración de un documento en el que puede no estar reflejada toda la información de la que se dispone para evaluar de manera estricta la idoneidad de la interconsulta entre niveles. Otra limitación es que no todos los pacientes derivados por HTA son estudiados en un ámbito especializado en hipertensión *sensu stricto*, hecho que puede implicar variabilidad en la forma y métodos de respuesta del MEHTA.

Conclusión

En la valoración global, una amplia mayoría de médicos de AP (86%) consideraron que esta había sido de utilidad y solo el 9% consideraron que no había sido efectiva. El proceso de interconsulta con AE en HTA es valorado de manera satisfactoria por los médicos de AP, a pesar de las dificultades y deficiencias que la derivación entre niveles aún presenta y la capacidad de mejora de la misma.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: A statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). *Qual Health Care*. 2001;10:33-9.
2. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha de la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Evolución y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:104-16.
3. Llisterri Caro JL, Barrios Alonso V, Sánchez Ruiz T, editores. SEMERGEN DoC. Hipertensión Arterial. Documentos Clínicos SEMERGEN. Madrid: EDICOMPLET; 2008.
4. Juncosa s, Jones RB, Mcghee SM. Appropriateness of hospital referral for hypertension. *Br Med J*. 1990;300:646-8.
5. Galgo Nafría A, Martell Claros N, García Ruiz FJ, Abad Panigua E, López Eady M, Fernández Pinilla C, et al. Análisis de la derivación de médicos de Atención Primaria a una unidad de hipertensión hospitalaria. *Aten Primaria*. 1997;19:46-54.
6. Roldán C, Fernández L, Guerrero L, Alcázar de la Osa JM. Criterios de derivación de pacientes hipertensos a una Unidad de Hipertensión Arterial. *Hypertension*. 2003;20:335-60.
7. De Luca N, Izzo R, Laccarino G, Malini PL, Morisco C, Rozza F, et al. The use of a telematic connection for de follow-up of hypertensive patients improves the cardiovascular prognosis. *J Hypertens*. 2005;23:1417-23.
8. Alonso Moreno FJ, Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Prieto Díaz MA, División Garrote JA, Barrios Alonso V, et al. Conducta del médico de Atención Primaria ante el mal control de los pacientes hipertensos. Estudio PRESCAP 2006. *Rev Clin Esp*. 2008;208:393-9.
9. British Hypertension Society. Disponible en: www.bhsoc.org/blood_pressure.list.stm
10. Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, Álvarez-Álvarez B, García-Donaire JA, Galgo-Nafría A. Evaluation of referral process of the hypertensive patient in Spain: DERIVA study. *Aten Primaria*. 2015;47:636-43.
11. Akbari A, Mayhew A, al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database SystRev*. 2008;1. CD00547.
12. Roland MO, Coulter A. Hospital Referrals. As a Result Patients May Undergo Unnecessary Diagnostic or Therapeutic Procedures (Including Hospitalization). Oxford: Oxford University Press; 1992.
13. Thomas R, Grimshaw J, McClinton S. Cluster randomized trial of a Guideline-Based Open Access Urological Investigation Service. *Family Practice*. 2003;20:646-54.
14. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland E, et al. Pragmatic randomized controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface. *BMJ*. 2001;322:1282-4.
15. Starfield B. Primary and speciality care interfaces: The imperative of disease continuity. *Br J Gen Pract*. 2003;53:723-9.
16. Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. *Revista de Administración Sanitaria*. 2002;4:39-67.
17. Minué Lorenzo S. Continuidad asistencial y coordinación entre niveles. ¿Algo más que lugares comunes? *Semergen*. 2005;31:401-2.
18. Winpenny EM, Miani C, Pitchforth E, King S, Roland M. Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: A scoping review of interventions at the primary-secondary care interface. *J Health Serv Res Policy*. 2017;22:53-64.
19. Garrido-Elustondoa SS, Molino-Gonzalez AM, Lopez-Gomez C, Arrojo-Arias D, Martín-Bune M, Moreno-Bueno MA. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Rev Calid Asist*. 2009;24:263-71.
20. Poch E, Felip A, Davins J, Coca A, en representación de los investigadores del estudio QUALIHTA. Indicadores de calidad en unidades asistenciales de hipertensión arterial en España: indicadores de estructura en el estudio QUALIHTA. *Rev Clin Esp*. 2006;206:541-8.
21. Ash SM, Kerr EA, Lapuerta P, Law A, McGlynn EA. A new approach for measuring quality of care for women with hypertension. *Arch Intern Med*. 2001;161:1329-35.