



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIVISIÓN DE PEDIATRÍA



**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE LAS NOTAS DE ENVÍO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
PRESENTA

DRA. MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ AGUILERA

ASESOR DE TESIS: DR. JORGE ALBERTO DEL CASTILLO MEDINA



MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado
Secretaría de Salud
Hospital Juárez de México
División de Pediatría



A handwritten signature in black ink, appearing to be "Luis Delgado Reyes".

~~HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO~~
~~DIVISION DE ENSEÑANZA~~

Dr. Luis Delgado Reyes
Encargado de la Unidad de Enseñanza

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Jorge Alberto Del Castillo Medina".

Dr. Jorge Alberto Del Castillo Medina
Jefe de la División de Pediatría
Profesor Titular del Curso
Universitario de Especialización en Pediatría

**EVALUACION DE LA CALIDAD
DE LAS NOTAS DE ENVIO**

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Objetivo	3
Material y Métodos	3
Resultados	5
Discusión	9
Abstract	16
Referencias	17

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LAS NOTAS DE ENVÍO¹

Introducción.

La sobrepoblación de los servicios médicos ha incrementado la necesidad de referir pacientes a otras unidades médicas; en esas situaciones la nota de envío representa frecuentemente la vía de comunicación entre las unidades médicas.

Objetivo.

Evaluar con que frecuencia las notas de envío incluyen la información requerida así como la asociación entre integridad de éstas y el tipo de formato estructurado para elaborarlas.

Material y Métodos.

Se colectaron y evaluaron las notas de envío de pacientes referidos al Hospital Infantil de México Federico Gómez de acuerdo a las recomendaciones propuestas por la Secretaría de Salud. A cada nota se le evaluó un total 12 apartados. Se correlacionó la información incluida en cada categoría con la presencia de un espacio especialmente reservado para esa categoría de información en el formato utilizado.

Resultados

Se evaluaron 100 notas de envío de pacientes atendidos desde el 15 de noviembre de 1997 al 15 de julio de 1998. En la mayoría de las notas evaluadas no se incluían ni la información ni los apartados de los 12 puntos evaluados se pudo demostrar asociación entre la inclusión de un espacio en el formato con la inclusión de dicha información.

Conclusión

Las notas de envío frecuentemente no incluyen información referente a cada uno de los reactivos que se consideran necesarios. El uso de un formato que incluya apartados para cada tipo de información pudiera mejorar la integridad de las notas de envío.

Palabras clave. Referencia y consulta; comunicación; registros médicos.

¹ Publicado en el Boletín Médico del Hospital Infantil de México, vol .58, México, 2001, pp. 378-390.

Introducción

La sobrepoblación de los servicios de salud es un fenómeno que en los últimos años se ha presentado en muchos de los sistemas de salud del mundo.^{1, 2} Por mucho, han surgido nuevas estrategias de aprovechamiento de los recursos. El sistema de salud está dividido en tres niveles de complejidad de acuerdo al tipo de recursos con que cuenta y por consiguiente al tipo de padecimientos que maneja. En nuestro medio, la gran mayoría de los usuarios desconoce la organización del sistema de salud, por lo que frecuentemente acuden al nivel de atención inadecuado a solicitar atención. Cuando se trata de una situación de urgencia médica la atención inicial se debe prestar inmediatamente en el sitio donde inicialmente fue solicitada; sin embargo, en el caso de los problemas que no representan una urgencia médica, el manejo de los padecimientos en el nivel de atención médica inapropiado puede representar un retardo en la atención definitiva y/o un gasto innecesario de recursos. Enviar al paciente al sitio donde recibirá la atención definitiva es un procedimiento útil y práctico utilizado en nuestro medio cada vez con más frecuencia; las bondades de un sistema de referencia han sido probadas en otros medios.³ La movilización de pacientes entre unidades médicas es conocida como referencia y representa una estrategia de Salud Pública en la que el paciente es enviado al nivel de atención médica que cuenta con los recursos que requiere para su manejo; en nuestro medio el apoyo mutuo entre instituciones está debidamente reglamentado: la Ley General de Salud establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud. Esta estrategia también permite una distribución equitativa de pacientes entre unidades médicas. La referencia de pacientes incluye pacientes ambulatorios enviados por sus propios medio a otra unidad médica (en cuyo caso se denomina transferencia) y pacientes enviados en ambulancia para ser hospitalizados en la unidad receptora (denominados traslados). El proceso de referencia se ha convertido en nuestro medio en un proceso cotidiano cada vez más utilizado. En ocasiones el paciente es enviados desde el momento que es captado y se detecta que el problema de salud que le aqueja requiere otro nivel de atención. Otras veces el paciente inicia su manejo en una unidad y cuando se detecta que los recursos que se requieren para continuar su atención son distintos a los que se puede ofrecer en la unidad de primer contacto, el paciente es canalizado a otra unidad. La referencia de pacientes puede darse de una unidad médica de baja a otra de alta complejidad o bien en sentido opuesto.

Cuando un paciente es enviado a otra unidad médica, la comunicación entre quien envía y quien recibe al paciente es un punto clave que permite que la atención médica tenga continuidad. La nota de envío es el instrumento que se utiliza para establecer este vínculo de comunicación.

En otras partes del mundo se han realizado estudios previos en que se evalúa la integridad de las notas de envío;^{4 5} sin embargo, hasta donde se sabe, en nuestro medio nunca había sido previamente valorada la integridad de las notas de envío. El uso de un formato específico para elaborar la nota de envío ha sido considerado práctico y útil por muchos médicos.⁶ Algunos estudios han mostrado la utilidad de utilizar un formato estructurado para la elaboración de la nota de envío^{7 8} aunque esto nunca había sido analizado en nuestro país.

Recientemente, personal de las diferentes instituciones de salud que atienden a población abierta dentro del Distrito Federal y área conurbada han formulado los lineamientos para la referencia de pacientes entre unidades médicas bajo la supervisión de las autoridades de la Dirección General de Regulación de la Secretaría de Salud.⁹ Según este programa existen datos en la nota de envío que se consideran indispensables para garantizar la continuidad de la atención médica. La relevancia de los apartados que deben ser incluidos en estas notas está en función de calidad y cantidad de información clínica que puede influir en el diagnóstico, pronóstico o tratamiento del paciente, una vez que éste es recibido en la unidad médica receptora.

La primera hipótesis en este trabajo fue que en nuestro medio predominan las notas de envío en las que no se incluye información de cada uno de los aspectos que se consideran relevantes de acuerdo al Programa de Referencia/Contrarreferencia⁹ actual. La segunda hipótesis fue que el tipo de formato utilizado para elaborar la nota de envío influye en la frecuencia con la que se incluye información en cada uno de los apartados, es decir, cuando el formato contiene un apartado para incluir cierta información, aumentan las posibilidades de que dicha información sea incluida por quien la elabora.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue evaluar con qué frecuencia las notas de envío de pacientes recibidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez incluyen la información relativa a los aspectos que se consideran relevantes, con qué frecuencia los formatos utilizados incluyen los apartados que el Programa de Referencia/Contrarreferencia⁹ considera importantes y qué tanto influye la presencia de estos apartados en el formato de transferencia o traslado para que se integre en dicha nota la información correspondiente. El presente estudio no tiene alcance suficiente para evaluar la calidad de la información contenida en cada apartado, únicamente saber si la información se incluye o no.

Material y Métodos

Tipo de estudio: observacional. Diseño: estudio piloto, prospectivo, analítico transversal.

El estudio se llevó al cabo en el servicio de Clasificación del Hospital Infantil de México Federico Gómez del 1 de enero al 30 de junio de 1998, durante el turno matutino, en días hábiles; el área de Clasificación es el sitio de primer contacto de todos los pacientes que acuden por primera vez a solicitar atención a este Hospital. De la población atendida en Clasificación, únicamente se incluyeron a pacientes que portaban una nota médica proveniente de otra institución. En todos los casos se trató de pacientes menores de 18 años de edad de ambos sexos. La nota fue fotocopiada para su inclusión y análisis, devolviéndose el original al familiar del paciente. Se utilizó como "estándar de oro" para evaluar la integridad de cada nota, las recomendaciones del Programa de Referencia/Contrarreferencia⁹ elaborado en forma interinstitucional. Se evaluaron dos tipo de notas: 1. Notas de transferencia: notas de envío de pacientes manejados en forma ambulatoria, que acudían por sus propios medios para continuar su atención en el nivel que les correspondía de acuerdo a su enfermedad; y 2. Notas de traslado: notas de envío de pacientes manejados previamente en la unidad de primer contacto, trasladados en ambulancia acompañados de un médico con el objetivo de continuar su manejo hospitalario en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Se colectaron en forma consecutiva todas las notas recibidas en el servicio hasta que se completaron 50 notas de transferencia y 50 notas de traslado durante el período de estudio. Por tratarse de un estudio piloto no se llevó al cabo cálculo de tamaño de muestra. A cada nota se le evaluaron un total de 6 variables: nombre de quien enviaba, nombre del familiar responsable, institución a donde se enviaba, domicilio a donde se enviaba, motivo de envío y diagnóstico final.

Considerando que los pacientes previamente manejados en otra unidad médica y trasladados a otra que requieren una nota más completa que quienes desde un inicio se canalizan a otro nivel de atención; en el primer caso se evaluó también la información relativa a los sucesos que se presentaron en la unidad de primer contacto, incluyéndose además los siguientes seis reactivos: nombre de quien aceptaba, diagnóstico inicial, tratamiento inicial, evolución, estudios paraclínicos y condición previa a su envío.

De cada una de estas variables se evaluó la existencia en el formato de un espacio específico para este tipo de información así como la presencia de la información correspondiente al paciente. En el caso de notas enviadas sin un formato específico (elaboradas en hojas blancas, hojas membretadas en blanco u hojas de notas de evolución), todos los reactivos para calificar la presencia de un espacio para contener una información específica se catalogaron como inexistentes.

Una vez colectada la información se llevó al cabo un análisis estadístico descriptivo de cada variable. Se correlacionó la presencia del espacio destinado a anotar la información específica con la presencia de la misma información utilizando la prueba X.

Resultados

Se completó la evaluación de 50 notas de transferencia y 50 notas de traslado pertenecientes a pacientes de edades fluctuantes entre las 24 horas de nacido y los 16 años con un promedio de tres años. Los diagnósticos fueron múltiples. Se recibieron pacientes provenientes de diferentes instituciones de salud, siendo la distribución como aparece en el cuadro 1.

Se detectó que de los 100 pacientes evaluados en 38% de sus referencias no fueron elaboradas en formatos diseñados para notas de envío. De las notas de transferencia 40 fueron elaboradas en un formato específico y 10 sin éste; de las notas de traslado 22 fueron elaboradas en un formato de traslado y 28 de ellas sin un formato diseñado para tales fines.

La distribución porcentual entre instituciones fue variable así como el número de formatos utilizados en cada una de ellas.

Cuadro 1 Distribución de notas evaluadas de acuerdo a su institución de origen; número y porcentaje de notas enviadas sin un formato especial para elaboración de nota de transferencia; y número de formatos diferentes utilizados en cada una de las instituciones

Institución	Num. De notas evaluadas por institución (%)	Num. De notas enviadas sin un formato (% respecto al total enviado por cada institución)	Num de formatos diferentes utilizados
SS	36 (36)	11 (30)	9
ISDF	22(22)	7 (31.8)	4
ISEM	20(20)	5 (25)	5
INSTITUCION PRIVADA	9(9)	8(88)	9
IMSS	2(2)	1(50)	1
ISSSTE	0(0)	2(2)	2
OTRO	9(2)	6(66)	-
TOTAL	100	38	

ISDF Instituto de Salud del Distrito Federal; ISEM Instituto de Salud del Estado de México; IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social.; ISSSTE

Instituto de Seguridad Social y Servicio Social para los Trabajadores de Estado.

Fue frecuente la falta de información en los diferentes apartados (Cuadro 2), siendo la variable que menos se incluyó "nombre de quien acepta" (13%) y la que más se incluyó "motivo de envío" (92%). Ninguno de los formatos evaluados incluyó todos los espacios requeridos y tampoco se encontró ningún caso evaluado conteniendo toda la información considerada como relevante.

Cuadro 2 Evaluación de la frecuencia con que se incluye un apartado para iniciar cada tipo de información y la frecuencia con que esta es incluida en las notas de envío, incluyendo notas elaboradas en formato o sin este.

Tipo de información	Num. De formato de envío con un espacio destinado para este tipo de información (%)	Num. De notas incluyendo ese tipo de información (%)	Valor de P
Nombre de quien envía	58(58)	90 (90)	NS
Nombre del familiar responsable	10(10)	14 (14)	<0.001
Institución a donde se envía	53(53)	65 (65)	<0.001
Domicilio a donde se envía	28(28)	17 (17)	<0.001
Nombre de quien acepta*	4(8)	13 (13)	<0.001
Diagnostico inicial*	16(32)	46 (92)	NS
Tratamiento inicial	13(26)	46 (92)	NS
Evolución*	8 (16)	41 (82)	NS
Estudios para clínicos*	6(12)	24 (48)	NS
Condición previa a su envío*	3(6)	31 (62)	NS
Motivo de envío	57 (57)	92 (92)	NS
Diagnóstico final	35(35)	75 (75)	NS
Total	100(100)	100 (100)	

Este parámetro es únicamente evaluado en las 50 notas de traslado.

NS: No significativo.

Cuando se correlacionó la presencia de un espacio específico en el formato con la información incluida de cada parámetro se mostró una gran variabilidad dependiendo de la variable analizada. En parámetros como motivo de envío, diagnóstico final o nombre de quien envía, un alto porcentaje de notas incluían la información correspondiente, independientemente de que existiera o no un espacio para tal información. En otros parámetros como nombre de familiar responsable, institución a donde se envía y nombre de quien acepta, pudo demostrarse una diferencia estadísticamente significativa entre las notas que incluyen un espacio para ese tipo de información y aquéllas que no lo incluyen.

Cuadro 3 Evaluación de la frecuencia con que se incluye un apartado para manejar cada tipo de información y la frecuencia con que dicha información se agrega en las notas de envío, incluyendo únicamente las 62 notas elaboradas en un formato.

Tipo de información	Num. de notas de envío con un espacio destinado para ese tipo de información (%)	Num. De notas incluyendo ese tipo de información (%)	Valor de P
Nombre de quien envía	54	56	<0.001
Nombre del familiar responsable	10	10	<0.001
Institución a donde se envía	52	52	<0.001
Domicilio a donde se envía	27	15	NS
Nombre de quien acepta*	3	6	NS
Diagnostico inicial*	15	21	NS
Tratamiento inicial	13	18	NS
Evolución*	8	18	NS
Estudios para clínicos*	6	10	NS
Condición previa a su envío*	3	14	NS
Motivo de envío	34	45	<0.001
Diagnóstico final	53	59	<0.001
Total	62(100)	62(100)	

Este parámetro es únicamente evaluado en las 22 notas de traslado elaboradas en un formato

NS: No significativo

Al analizar únicamente las 62 notas elaboradas en un formato específico (Cuadro 3), solo pudo demostrarse diferencia estadísticamente significativa entre las notas, incluyendo el apartado y las notas, sin abarcarlo en 5 de los parámetros.

Al comparar la información incluida en notas elaboradas con un formato específico con aquellas elaboradas sin éste (Cuadro 4), en la mayoría de los parámetros evaluados no se mostró diferencia estadísticamente significativa entre uno y otro grupo de notas. La excepción fue en el parámetro "institución a donde se envía".

Cuadro 4 Comparación de la información incluida en notas elaboradas con formato y notas elaboradas sin formato.

Tipo de información	Num. de notas de envío elaboradas sin formato incluyendo ese tipo de información (%)	Num de notas de envío elaboradas con formato incluyendo ese tipo de información (%)	Valor de P
Nombre de quien envía	34 (89)	56 (90.3)	NS
Nombre del familiar responsable	4 (10.5)	10 (16.1)	NS
Institución a donde se envía	13 (34.2)	52 (83.9)	<0.001
Domicilio a donde se envía	2 (5.3)	15 (24.2)	NS
Nombre de quien acepta*	7 (24.1)	6 (27.3)	NS
Diagnóstico inicial*	25 (89.3)	21(95.5)	NS
Tratamiento inicial	24 (85.7)	18 (81.8)	NS
Evolución*	23(82.1)	18(81.8)	NS
Estudios para clínicos*	19(67.9)	10 (45.5)	NS
Condición previa a su envío*	17 (60.7)	14 (63.6)	NS
Motivo de envío	30 (78.9)	45 (72.6)	NS
Diagnóstico final	33 (86.8)	59 (95.2)	NS
Total	38 (100)	62 (100)	

*Únicamente evaluado en las 28 notas de traslado elaboradas sin formato y en 22 notas de traslado elaboradas con formato

NS: no significativo.

Discusión

Trasladar a un paciente al sitio donde debe recibir la atención definitiva ha sido un procedimiento ancestral; en la Biblia se cita la movilización de un enfermo sobre la espalda de un hombre.¹⁰ La creación de los primeros hospitales implicó la movilización de pacientes hacia estos sitios. Conforme los sistemas de salud crecieron en complejidad se crearon diferentes tipos de hospitales con diferentes grados de equipamiento y desde entonces se hizo evidente la necesidad de trasladar pacientes entre los diferentes hospitales.

En nuestro sistema de salud las unidades médicas se dividen en tres niveles de acuerdo a su capacidad resolutive y el tipo de recursos con que se cuenta. Cada tipo de unidad médica tiene capacidad para resolver un grupo específico de problemas de salud.⁹ En nuestro medio la población tiene escasa información sobre este sistema de organización por lo que la decisión sobre a qué tipo de unidad médica acudir de primera instancia se basa más en otros factores como son: cercanía, accesibilidad, expectativas sobre el tipo de atención que recibirá o bien su capacidad para pagar por la atención médica.

Diariamente se reciben en las unidades médicas del Sector Salud múltiples pacientes cuya atención puede y debe darse en otro nivel de atención; frecuentemente el médico se ve en la necesidad de enviar a un paciente a otro nivel de atención de acuerdo a la enfermedad que presenta. Este procedimiento permite ahorrar recursos y redistribuir equitativamente las cargas de trabajo entre las unidades médicas.

Ante la necesidad de enviar a un paciente a otra unidad puede ponerse en juego la continuidad que es uno de los atributos de la atención médica de calidad.¹¹ En estos casos la nota de envío representa la vía de enlace y permite la comunicación entre médicos de diferentes unidades.¹² La comunicación es un factor vital en la integración entre los niveles de atención y de gran influencia en la calidad de la atención.¹³⁻¹⁵ Inclusive la misma nota de envío ha sido considerada como de utilidad en la evaluación de la calidad de atención médica.¹⁶

En el presente estudio fueron evaluadas notas de las instituciones más importantes que brindan atención a la población pediátrica, predominando aquéllas que atienden a población abierta. La distribución entre instituciones mostrada en el Cuadro 1 es un reflejo de la proporción de pacientes que habitualmente son recibidos en nuestra institución enviados desde otras instituciones médicas.

Estudios semejantes a éste, han sido publicados previamente en diversas partes del mundo evaluando notas de envío, y muestran que

éstas frecuentemente están incompletas o mal elaboradas¹⁷⁻¹⁹. La presencia de mucha información irrelevante en lugar de los datos más importantes es una queja común entre quienes reciben al paciente.⁴

Los resultados de este trabajo son comparables a los reportados en estudios previos semejantes¹⁷⁻¹⁹; se hace evidente que es muy frecuente que las notas de envío no cumplan con las expectativas de quien recibe al paciente. González-Grajera y col.¹⁷ Mostraron que solo 23% de las notas de envío evaluadas cumplían con la información considerada como indispensable. En este estudio ninguna de las notas evaluadas contenía el total de rubros considerados como ideal.⁹

Aunque no estaban contemplados en los objetivos iniciales pudieron detectarse algunos aspectos que vale la pena mencionar: lo primero que llamó la atención es la heterogeneidad que se presentó en la realización de notas de envío, una de las notas se constituía de cuatro cuartillas escritas a máquina mientras que otra de ellas, elaborada en una receta, incluía sólo unos cuantos renglones escritos a mano y muy poco legible; aún dentro de la misma institución son utilizados diferentes tipos de formatos y las diferencias entre ellos fueron muy marcadas (Cuadro 1). A pesar de contarse con uno o más formatos disponibles para elaborar la nota de envío frecuentemente se utiliza una hoja en blanco o un formato diseñado para otro fin; comúnmente la nota de envío se realiza a mano, lo cual dificulta entender la información contenida. Esto evidencia la poca importancia que las autoridades u personal operativo le dan a un procedimiento que es vital para proporcionar atención médica de calidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos se ha detectado que las notas de envío se alejan mucho de lo ideal; existen graves y frecuentes errores en el llenado del formato. En algunos de los rubros más importantes como son "domicilio de la unidad médica a donde se envía", "nombre del familiar responsable", "nombre del médico que acepta al paciente" o "condición previa a su envío" en pocas ocasiones se incluye esta información (Cuadro 2).

En el caso de pacientes trasladados con manejo previo en la unidad de envío la situación se complica aún más. Menos de la mitad de las notas de traslado evaluadas incluyen "tratamiento inicial", "diagnóstico inicial" y/o "evolución". Generalmente los familiares del paciente pueden proporcionar información adecuada sobre antecedentes y padecimiento actual, pero es muy frecuente que desconozcan una buena parte o todo lo sucedido durante la estancia en la unidad de primer contacto ya sea porque la información se les proporcionó en forma incompleta o porque ésta no fue entendida. La falta de esta información pone en peligro la calidad de atención médica al provocar discontinuidad en el manejo, iatrogenia y confusión de médicos tratantes y familiares.

El rubro "condición previa a su envío" es también motivo de gran problemática. Alrededor de la mitad de las notas no incluyen esta información y sólo el 6% de los formatos solicitan que se incluya ésta. Quienes trabajan en áreas donde se reciben pacientes provenientes de otras unidades médicas frecuentemente viven la experiencia de recibir pacientes en condiciones muy distintas a las descritas cuando el traslado fue solicitado por vía telefónica. El motivo de esta diferencia probablemente radica en que la nota de traslado es elaborada a una hora muy diferente a la del momento del traslado, durante ese lapso de tiempo la condición del paciente puede cambiar radicalmente. También puede ser que el paciente se haya deteriorado durante el traslado, y ante la ausencia de información, el médico que recibe al paciente sólo puede inferir sobre lo que pudo haber sucedido. Ante esta circunstancia, las posibilidades de iatrogenia son múltiples.

Una parte del problema radica en que quien elabora la nota de envío no es el médico responsable del paciente sino un médico becario con poco criterio para decidir qué información es la más importante. Pocas veces el personal que elabora la nota piensa en las necesidades de información del médico que va a recibir al paciente. La carga de trabajo explica parcialmente la mala calidad de las notas pero no la justifica.

En éste estudio se evaluó también con qué frecuencia el formato que es utilizado para la realización de las notas de envío incluye los apartados ideales y cómo influye el hecho de contar con un apartado en el formato para que el médico que la elabora decida registrar dicha información. Sólo en pocos de los apartados se mostró una diferencia estadísticamente significativa entre notas, incluyendo un espacio específico y la inclusión de dicha información.

Aún cuando se evaluó esta asociación analizando únicamente las notas elaboradas en un formato prediseñado tampoco pudo comprobarse la hipótesis en su totalidad (Cuadro 3), de hecho en éste análisis sólo se demostró diferencia estadísticamente significativa en uno de los apartados. Explicación de este último fenómeno posiblemente radica en que la muestra se redujo haciendo menos posible la detección de diferencias estadísticas. Es probable que incrementando la muestra se podrían demostrar diferencias estadísticamente significativas en más de los apartados.

La hipótesis planteada en este estudio sobre la influencia del formato utilizado para elaborar la nota de envío en la integridad de la información incluida pudo comprobarse parcialmente, ya que solo en cuatro de las categorías de información evaluada se mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las notas conteniendo el apartado correspondiente y aquéllas que no lo contenían. Al analizar la integridad

de la información en cada apartado, comparando notas elaboradas en un formato y notas elaboradas sin éste, solo pudo demostrarse diferencia estadísticamente significativa en cinco rubros (Cuadro 3); esto último sugiere que el criterio de muchos de los médicos que envían pacientes no consideran relevantes algunos de los rubros por lo que sólo los incluyen cuando el formato así lo solicita.

De acuerdo a estos resultados es evidente que el juicio y sentido común de quien elabora la nota de envío no son suficientes para que la calidad de la nota sea adecuada. Otros autores dan importancia a las actitudes negativas como causa de notas mal elaboradas.²⁰ Un estudio previo demostró que el uso de formatos bien estructurados puede modificar la calidad de las notas de envío.²¹ De hecho se ha demostrado que los médicos que refieren pacientes frecuentemente, prefieren formas estructuradas para elaborar sus notas de envío.^{6,22}

Algunas de las principales consecuencias de una nota de envío de mala calidad van desde el dispendio de recursos por duplicidad de realización de estudios paraclínicos¹⁵ hasta la dificultad para abordar a un paciente del cual parte de la información requerida se desconoce. Esto último aumenta más la posibilidad de iatrogenia.²³

Para solucionar el problema se ha propuesto dar mayor preferencia a la comunicación verbal o nuevas estrategias de educación médica.^{24,25} Estas propuestas no son factibles en todos los medios y están sujetas frecuentemente a la disponibilidad de recursos.

Notas de envío más estructuradas pueden mejorar la comunicación.^{14,18} El uso de un formato que incluya todos los apartados considerados importantes pudiera mejorar la calidad de nuestras notas de envío. Con esta idea se ha elaborado un formato que incluye todos los apartados requeridos (Fig.1).

Médicos de otras instituciones que han revisado este formato han opinado y sugerido modificaciones; de esta manera el formato se ha ido enriqueciendo. La elaboración de formatos es un procedimiento complejo que comienza en la recopilación de la información sobre los datos requeridos y que termina con la retroalimentación que permita mejorarlo. El formato que se ha integrado es pues, susceptible de ser perfeccionado pero sólo la experiencia al utilizarlo y las evaluaciones posteriores permitirán en un futuro llevar al cabo modificaciones. Este formato ha sido aceptado por las autoridades de la Secretaría de Salud para ser utilizado como formato único dentro del Programa de Referencia-Contrarreferencia, que a su vez forma parte del Programa de Regionalización de la Atención Pediátrica de la Ciudad de México y próximamente será utilizado por todas las instituciones gubernamentales

que atienden a población abierta dentro del Distrito Federal y área metropolitana.

No se calificó la calidad o veracidad de la información contenida en cada apartado ya que el diseño de este estudio no tiene alcance para ello; tampoco se pretendió evaluar el impacto de una nota de envío en la atención clínica del paciente.

Se concluye que en nuestro medio las notas de envío son muy deficientes en su elaboración y frecuentemente no incluyen información respecto a los puntos que se consideran relevantes, con lo que se pone en peligro la continuidad de la atención médica de pacientes movilizados entre instituciones. El uso de un formato que contenga todos los apartados requeridos pudiera mejorar la calidad de las notas de envío y por tanto la calidad de la atención.

HOJA DE REFERENCIA

Español para legítimos de la unidad y asistencia

I No. de Control: _____ Clasificación socioeconómica: _____ Urgencia: Si ___ No ___ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre años meses días
Familiar responsable: Nombre: _____ Parentesco: _____

II

Médico que envía: _____ Unidad que envía: _____
Médico que recibe: _____ Unidad receptora: _____
Domicilio de unidad receptora: _____ Servicios al que se envía: _____

III El paciente ha sido manejado previamente en unidad que envía: Si ___ No ___

Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios paraclínicos: _____

Diagnóstico Inicial: _____

Condición clínica previa a su envío: Peso _____ Talla _____ Temperatura _____ FC _____ FR _____ TA _____

Escala Glasgow: _____ Silverman: _____ Llenado capilar: _____

Examen clínico: _____

IV

Diagnóstico Final o de Envío: _____

Motivo de Envío: _____

en caso de negativo pase a sección siguiente

Firma de médico que envía: _____

Figura 1. Formato propuesto para ser utilizado en referencia y contrareferencia de pacientes

CONTRARREFERENCIA

I

Fecha de envío: _____ Hospital al que se envía: _____
Médico que envía: _____ Cargo: _____

II

Padecimiento actual: _____

Evolución: _____

Estudios paraclínicos: _____

Diagnóstico Inicial: _____

Condición clínica previa a su envío: Peso _____ Talla _____ Temperatura _____ FC _____ FR _____ TA _____

Escala Glasgow: _____ Silverman: _____ Llenado capilar: _____

Examen clínico: _____

Diagnóstico final: _____

III

Recomendación para su manejo: _____

Debe regresar: Si _____ No _____ Fecha: _____

En caso de dudas comunicarse con: _____ Tel. _____ Ext. _____

Firma de médico que envía: _____

Figura 1. Formato propuesto para ser utilizado en referencia y contrarreferencia de pacientes.

EVALUATION OF REFERRAL LETTERS

Introduction. Overcrowding of health services has increased the need of patient referral. A referral letter (RL) is usually the communication tool between medical units. The aim of this work was to evaluate completeness and content of RL received in our hospital.

Material and methods. This is a prospective, observational study performed in a third level hospital; 100 consecutive RL were collected. According to the Secretaría de Salud (Ministry of Health) recommendation, 12 items were evaluated to each RL; if a standardized format (SF) was used, was also considered. A descriptive analysis for each variable, and a chi-square test were used in the statistical analysis.

Results. None of the RL were complete; in 92 RL, the motive of referral was established, a SF was used in 62 cases, a statistical difference was found in 7 items in the content, when RL with or without SF were compared.

Conclusions. Data of RL studied were incomplete in all cases; the information contained in the RL analyzed was insufficient; the use of a standard SF should be encouraged.

Key words. Referral letters; hospital referral; health services; medical records.

REFERENCIAS

1. Andrulis DP. Emergency departments and crowding in the United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20:980-6
2. Hoobs R Rising emergency admissions. *BMJ* 1995; 310: 207-8
3. Seeney B. The referral system. Prevents over-medicalization and keeps cost down. *BMJ* 1994; 309:1 180-l.
4. Mc Conell D Butow PN, Tattersall MH. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer* 1999; 80: 427-37.
5. Cristesen KA, Main J, Kristesen E. Communication between primary and secondary sector and significance for patient care (Medline Abstract). *Ugeskrift Laeger* 1997; 159; 7141-5
6. Ramal J, Barnet P, Lloyd BW. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. *BMJ* 1993; 307: 1044.
7. Jenkins S Referral letters: are form letters better. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 107_8.
8. Forre S. Testing a Standard referral form in sor-trondelag (Medline Abstract). *Tid Den Nor Laeg* 1999; 119; 2201-3
9. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, Secretaría de Salud. Programa de Referencia-Contrarreferencia para Unidades Médicas de la Ciudad de México y área Metropolitana que Atienden a Población Abierta. México, DF: Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, SS; 1999.
10. Evangelio de San Lucas 10:33-34. Sagradas Escrituras.
11. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. 3th ed. México: Ed Siglo XXI; 1998. p152.
12. Zakrzewska JM. Referral lettersohow to improve them. *Br Dent J* 1995; 178: 180.
13. McCormick IR, Boyd MA. Primary and secondary care integration. *NZ Med J* 1994; 107: 425-7