

# LA CONTINUIDAD INTEREPISODIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: PROPUESTA DE UN INDICADOR

Rafael Rodríguez-Contreras,<sup>1</sup> Rosa M. López Gigosos,<sup>1</sup>  
Antonio Aguado Mingorance,<sup>2</sup> J. Luis Gastón Morata,<sup>2</sup>  
Aurora Bueno Cavanillas,<sup>1</sup> Pablo Lardelli Claret<sup>1</sup>  
y Ramón Gálvez Vargas<sup>1</sup>

El objetivo del trabajo fue valorar la calidad de los registros incluidos en la historia personal y elaborar un indicador de continuidad interepisodios basado en la información de esos registros. El estudio fue descriptivo. En su diseño y análisis participaron especialistas de salud pública del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Granada, España, y en el trabajo de campo, especialistas de medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud Zaidín-Sur de Granada, lugar donde se llevó a cabo la investigación entre abril y diciembre de 1989. Para efectuar el estudio, se analizaron 1 581 historias personales. El registro mejor cumplimentado fue el de los antecedentes personales (37% de las historias personales evaluadas) y las historias mejor cumplimentadas, las pediátricas, las de las mujeres y las de las personas que participaron en programas organizados por el centro de salud. El grado de cumplimentación de los registros fue bajo. Según el indicador elaborado, solo 16% de las historias del Centro contienen información suficiente que permita la continuidad asistencial. Se recomienda crear sistemas de registros de datos sencillos y educar a los médicos de atención primaria en la recogida de datos esenciales.

La continuidad en la atención sanitaria puede definirse como el seguimiento de la historia natural de una persona, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia, con el fin de conocer la información esencial para prestarle una atención médica correcta. A su vez, la continuidad se puede subdividir en *continuidad intraepisodios*, cuando

el seguimiento de los pacientes se circunscribe al tiempo de evolución de una enfermedad, y en *continuidad interepisodios*, cuando la información de interés se limita a los intervalos entre enfermedades.

La continuidad es una cualidad importante de la atención sanitaria y cobra especial interés en el nivel de atención primaria de salud, donde se convierte en una característica fundamental (1, 2). Su mantenimiento requiere un esfuerzo sostenido en el tiempo, lo cual la hace susceptible de ser interrumpida con cierta frecuencia. Dicha vulnerabilidad puede compensarse mediante la elaboración de una historia personal (HP) adecuada, uno de los pilares de la atención continuada. La HP reúne toda la información de la historia de salud y enfermedad de una persona, recogida por el médico generalista,

<sup>1</sup> Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Dirección postal: Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Avenida de Madrid No. 11, 18012 Granada, España

<sup>2</sup> Centro de Salud Zaidín-Sur de Granada, Granada, España

por el especialista o por otros miembros del equipo asistencial. La existencia de datos esenciales y fácilmente accesibles en la historia de cada miembro de la población atendida transforma a la HP en un instrumento útil para compensar las posibles distorsiones de la continuidad (3).

La medición de la continuidad puede llevarse a cabo sobre el proceso asistencial (lo cual puede ser difícil) o sobre los registros de las historias personales (2, 4), quizá más limitados, pero mucho más accesibles. Este último procedimiento implica una suposición: que los datos esenciales de la historia clínica completos y correctos traducen una atención continuada.

El presente estudio pretende evaluar la continuidad a través de los registros de la historia personal en un centro de atención primaria. Para ello, se formularon dos objetivos: valorar la calidad —definida como el grado de cumplimentación y certeza de la información de los registros de la HP (antecedentes personales, antecedentes familiares, hábitos de riesgo, datos laborales y nivel de instrucción)— y elaborar un indicador de continuidad, concretamente de continuidad interepisodios, sobre la base de los registros.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Durante 1989, se estudió una muestra de 1 581 HP contenidas en 606 historias familiares (HF) del centro de salud Zaidín-Sur de Granada, España. Las HP se seleccionaron al azar de un total de 5 733 HF mediante una tabla de números aleatorios. Para calcular el tamaño muestral, se supuso un error tolerable de 2,5% y un nivel de significación estadística (alfa) igual a 0,001. El cálculo se realizó a partir de los resultados obtenidos en una pequeña experiencia piloto

en la que se observó que 16% de las HP eran completas y correctas. Asimismo, se estimó que la media del número de personas que constaban en cada HF era de 2,4. El tamaño de la muestra del estudio fue de 1 454.<sup>3</sup> En total, se estudiaron  $1\,454/2,4 = 606$  HF y las 1 581 HP que contenían.

Cada HP (se utilizó el modelo estandarizado de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de la Comunidad Autónoma de Andalucía) se revisó para comprobar la cumplimentación —completa o no— de los siguientes registros: antecedentes personales, antecedentes familiares, hábitos de riesgo, datos laborales y nivel de instrucción. Los tres primeros se consideraron registros esenciales y su contenido se detalla a continuación.

**Antecedentes personales.** Comprende la historia de las vacunaciones, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, traumatismos, diabetes, hipertensión arterial, bronquitis, tuberculosis y otros antecedentes de interés.

**Antecedentes familiares.** Incluyen la descripción de la composición familiar (gráfica) y los antecedentes patológicos familiares, diabetes, hipertensión arterial, tuberculosis, neoplasias, enfermedades cardiovasculares, psiquiátricas, hereditarias, obesidad y otros antecedentes de interés.

**Hábitos de riesgo.** Este apartado abarca tabaco (cigarrillos/día), alcohol (g/día), otros hábitos tóxicos, hábitos nutricionales y actividad física.

Para comprobar el grado de corrección y la vigencia actual de los registros esenciales, se realizó un estudio complementario, a modo de validación, que consistió en entrevistar personalmente a 55% de las personas con registros esenciales completos (189 usuarios del centro). Dicha selección se realizó al azar utilizando una tabla de números aleatorios. Cuando la persona elegida era menor de 15 años, se entrevistó a un familiar

<sup>3</sup> Para calcular el tamaño muestral, se utilizó la siguiente fórmula:  $n = z_{\alpha}^2 \times (p \times q) / e^2$ , donde  $n$  es el tamaño muestral,  $p$ , la proporción de HP completas y correctas,  $q = 1 - p$ , y  $e$ , el error tolerable. Por consiguiente,  $n = 2,6^2 \times (0,16 \times 0,84) / (0,025)^2$ .

**CUADRO 1. Grado de cumplimentación de los registros de las historias personales. Centro de salud Zaidín-Sur, Granada, España, 1989**

Registros	Completos		Incompletos	
	No.	%	No.	%
Antecedentes personales (AP)	595	37,6	986	62,4
Antecedentes familiares (AF)	376	23,8	1 205	76,2
Hábitos de riesgo (HR)	417	26,4	1 164	73,6
Datos laborales	197	12,5	1 384	87,5
Nivel de instrucción	132	8,3	1 449	91,7
AP + AF + HR	343	21,7	1 238	78,3

próximo. El número de pérdidas en esta submuestra fue solamente de 15 personas (atribuibles a cambios de domicilio y a otras razones), que fueron substituidas por otras 15. La selección de estas últimas se realizó al azar entre las restantes HP con registros esenciales completos ( $n = 154$ ). En la entrevista se comprobó si los datos registrados en la HP eran correctos y vigentes o si habían sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo. Solo se consideró que existía concordancia cuando todos los epígrafes de cada registro coincidían con lo referido en la entrevista. Dado el carácter esencial de los registros evaluados —que reúnen información cotidiana y fácil de recordar—, no se tuvieron en cuenta los sesgos de memoria, porque se consideró que el efecto de dichos sesgos es mínimo.

Para comparar las proporciones observadas en distintos subgrupos de la muestra, se utilizó el paquete estadístico SIGMA. Además, se calcularon los intervalos de confianza de 95% (IC95%) de las diferencias entre proporciones. Para estimar la concordancia entre la información contenida en el registro y la obtenida en la entrevista se empleó el estadístico *kappa*, que tiene en cuenta la concordancia debida exclusivamente al azar.

## RESULTADOS

Las HP de la muestra se distribuyeron, en función del año de apertura de la HF, del siguiente modo: 1 075 en 1986 (primer año de funcionamiento del centro), 313 en

1987, y 193 en 1988. Dichas historias correspondían a mujeres en 57,7% de los casos y a hombres en 42,3%. El 20,4% eran pacientes pediátricos y el resto, de medicina general.

El grado de cumplimentación de los registros fue más elevado en el caso de los antecedentes personales (37,6%), seguidos por los hábitos de riesgo y por los antecedentes familiares (cuadro 1). La proporción de HP con registros completos sobre datos laborales y nivel de instrucción fue bastante más baja. Los tres registros esenciales se encontraron simultáneamente completos en 21,7% (IC95%: 19,7%–23,7%) de las HP.

No se observaron diferencias significativas por sexos en la cumplimentación de los antecedentes personales ( $p_1 - p_2 = 0,021$ ; IC95%: 0,027–0,069), ni en los factores de riesgo ( $p_1 - p_2 = 0,013$ ; IC95%: 0,030–0,056). Sin embargo, sí las hubo, siempre a favor de las mujeres, en el caso de los antecedentes familiares ( $p_1 - p_2 = 0,056$ ; IC95%: 0,013–0,099), datos laborales ( $p_1 - p_2 = 0,104$ ; IC95%: 0,069–0,139) y nivel de instrucción ( $p_1 - p_2 = 0,088$ ; IC95%: 0,061–0,115).

La proporción de registros completos (AP + AF + HR) fue más alta en las historias pediátricas que en las de medicina general ( $p_1 - p_2 = 0,092$ ; IC95%: 0,037–0,147). Del mismo modo, se observaron diferencias

**CUADRO 2. Número y porcentaje de historias con información concordante con la entrevista. Centro de salud Zaidín-Sur, Granada, España, 1989**

Registros	Historias		Kappa	IC95%
	No.	%		
Antecedentes personales	173	91,5	0,887	0,777-0,997
Antecedentes familiares	184	97,3	0,924	0,850-0,998
Hábito de riesgo	167	88,3	0,836	0,672-1,000
Conjunto de los tres registros	142	75,1	0,746	0,554-0,938
Total	189	100,0		

IC95% = Intervalo de confianza de 95% de Kappa.

entre los cinco registros estudiados cuando la muestra se subdividió en dos grupos: los que habían y los que no habían participado en algún programa del centro, de forma que, invariablemente, los registros eran más completos cuando existía participación (AP:  $p_1 - p_2 = 0,126$ ; IC95%: 0,045-0,207; AF:  $p_1 - p_2 = 0,098$ ; IC95%: 0,029-0,167; HR:  $p_1 - p_2 = 0,197$ ; IC95%: 0,136-0,258; datos laborales:  $p_1 - p_2 = 0,203$ ; IC95%: 0,156-0,250, y nivel de instrucción:  $p_1 - p_2 = 0,072$ ; IC95%: 0,011-0,133).

La realización de entrevistas dentro del subgrupo de personas cuya HP contenía los registros esenciales completos permitió conocer el grado de concordancia entre los datos registrados y lo relatado en la entrevista. Como muestra el cuadro 2, la concordancia fue más elevada para los antecedentes familiares (97,3%; kappa = 0,92). El registro que más difirió en el momento del estudio con lo anotado en la historia fue el de los hábitos de riesgo, ya que alguno de los epígrafes del registro fue distinto en 11,6% de los casos (kappa = 0,84). El 75,1% de los entrevistados indicó que los datos contenidos en los tres registros de la HP coincidían por completo con su situación en el momento de la entrevista (kappa = 0,746), es decir, que se habían recogido en la historia y no se habían modificado en el transcurso del tiempo. Por tanto, se puede suponer que, en este estudio, la probabilidad de que un registro completo sea correcto (incluso que esté actualmente vigente) es de 0,75.

Para poder evaluar la continuidad interepisodios, y a la vista de los resul-

tados descritos, proponemos el siguiente indicador de continuidad interepisodios (ICI):

$$\frac{\text{No. de HP con registros esenciales completos}}{\text{No. total de HP}} \times K \times 100$$

en el cual los registros esenciales son los anteriormente mencionados y  $K$  es un factor de corrección que se expresa como la probabilidad de que los registros esenciales, siendo completos, sean correctos, ciertos y vigentes. De este modo, el indicador propuesto conduce, en el presente caso, al siguiente resultado:

$$\begin{aligned} \text{ICI} &= \frac{343}{1581} \times 0,7 \times 100 \\ &= 16,3\% \text{ (IC95\%: 14,5-18,1)} \end{aligned}$$

Esta cifra significa que solo 16 historias de cada 100 contienen información suficiente que permita la continuidad asistencial en el centro estudiado.

## DISCUSIÓN

Aunque la relación entre la calidad de la documentación y la asistencia prestada no es lineal, la primera refleja el grado de cumplimiento práctico de conductas previamente protocolizadas, lo cual constituye un

pilar básico de la continuidad en la asistencia (5, 6). El bajo grado de cumplimentación de los epígrafes de las HP observado en este estudio y señalado también por otros autores (7) puede atribuirse, básicamente, a la excesiva burocratización (sobre todo en medicina general) y a cierta falta de motivación de los profesionales de la medicina.

En varios estudios (8), la falta de cumplimentación de los antecedentes familiares se ha estimado en 52% de las historias clínicas en 1982 y en 19% en 1987, siendo esta diferencia atribuible a la introducción, en 1984, de un formato de historia semicerrado (9). Asimismo, los antecedentes patológicos no constaban en 14% de las historias en 1987, en las cuales la proporción de epígrafes incompletos era desconocida, lo cual es comparable a los datos obtenidos en el presente estudio.

La conjugación de los antecedentes personales, antecedentes familiares y hábitos de riesgo para la elaboración del indicador propuesto deriva no solo de su importancia intrínseca, sino del grado de cumplimentación de dichos registros observado en este y otros estudios (7-9). Parece obvio que la proporción de HP cuyos registros esenciales sean completos debe traducir indirectamente una atención continuada. No obstante, este hecho deberá relativizarse en función de la fiabilidad de dichos registros. En un intento de compensar esta limitación, hemos incorporado un factor de corrección  $K$  al indicador, que incluye en su cálculo la probabilidad de que el registro, siendo completo, sea correcto.

Dos factores pueden modificar este factor: la anotación errónea en el momento de registrar los datos y la modificación de los registrados con el transcurso del tiempo. Sin duda alguna, este último es el componente más importante que debe valorarse mediante el factor  $K$ . En el presente estudio, la antigüedad máxima de las HP fue de tres años y la mínima, de un mes. Ello determina el valor del factor de corrección, puesto que la probabilidad de que los datos registrados en

un momento concreto se modifiquen aumenta con el tiempo transcurrido desde el registro. Por consiguiente, la antigüedad del centro (o de la muestra de historias estudiadas) repercute en el valor de  $K$ , siendo la probabilidad de que existan registros incorrectos en el momento del análisis mucho más elevada cuando la HP se abrió hace bastantes años (más de tres o cuatro) que cuando es reciente. La relativamente breve existencia de nuestro centro y el bajo grado de continuidad observado han impedido valorar anualmente la continuidad interepisodios y, por tanto, corregir de forma consecuente el indicador. Instamos a esta tarea a los posibles lectores interesados.

Habida cuenta del escaso número de trabajos publicados sobre los indicadores de continuidad interepisodios, no se realizó ningún estudio de la validez del índice elaborado en este trabajo. No obstante, de acuerdo con las fuentes consultadas (10, 11), se considera que el ICI es un indicador indirecto y sencillo de calcular, en el que debe tenerse en cuenta que el factor de corrección es propio de cada centro y dinámico como el propio proceso asistencial. Además, si bien no se ha evaluado su validez, dado el bajo número de estudios realizados hasta el momento sobre indicadores de la continuidad en atención primaria de salud, todo parece indicar que el indicador propuesto tiene validez de apariencia (*face validity*). Es preciso destacar que cuanto más antiguo sea un centro, más alta es la probabilidad de que disminuya el grado de continuidad, a causa de que una proporción creciente de historias antiguas no se actualizan.

## REFERENCIAS

1. Kleczkowsski BM, Elling RH, Smith DL. *El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1984. Cuadernos de Salud Pública.
2. Rodríguez-Contreras R. *El farmacéutico en la atención primaria de salud*. Granada: Colegio Oficial de Farmacéuticos; 1985.

3. Equipo Ceska. *Los sistemas de registros en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.; 1987.
4. Rodríguez M, Sagrista M. *Manual de normas para la utilización de la historia de atención primaria de salud*. Sevilla: Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía; 1986.
5. Gervás JJ, Pérez M. El tiempo de registro médico. *Atención Primaria*. 1987;4:330–332.
6. Gené J, Bosch I. Control de calidad de los tratamientos prolongados en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*. 1985;4:67–73.
7. Borrell F, Núñez B, Guerrero J, et al. Análisis de la calidad de la historia clínica en APS. *Atención Primaria*. 1985;2:11–15.
8. Borrell F, Núñez B, Guerrero J, et al. Auditoría de historias clínicas en APS: 6 años de experiencia. *Gaceta Sanitaria*. 1988;6:144–149.
9. García Culebras C, González Sánchez M, Montero Núñez M, Pérez-Crespo G, Olivares Escribano JJ. Evaluación del grado de cumplimiento y accesibilidad de los datos en la historia clínica en asistencia primaria. *Atención Primaria*. 1988;5:186–190.
10. Organización Mundial de la Salud. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS; 1981. (Serie "Salud para todos" No. 4).
11. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales*. Ginebra: OMS; 1981. (Serie "Salud para todos" No. 6).

## SUMMARY

### INTEREPISODIC CONTINUITY IN PRIMARY HEALTH CARE: PROPOSAL FOR AN INDICATOR

The objective of this study was to assess the quality of the data included in patients' personal histories and to prepare an indicator of the continuity of health care between episodes of illness based on the information contained in these records. The study was descriptive. Public health specialists from the Department of Preventive Medicine of the University of Granada, Spain, participated in the design and analysis, and the field work was carried out by specialists from family and community medicine from the Zaidín-Sur Health Center of Granada, where the research was conducted in April to December

1989. For the study, 1581 personal histories were analyzed. The most complete records were those having to do with personal background (37% of the personal histories evaluated) and the most complete histories were those of pediatric patients, women, and persons who participated in programs organized by the health center. The degree of completeness of the records was low. Based on the indicator developed, only 16% of the histories at the Center contained sufficient information to allow continuity of care. It is recommended that simple records systems be created and that primary care physicians be educated in the collection of essential data.