

Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista?

B. Reig Mollá^a, E. Bisbal Andrés^b, J. Sanfélix Genovés^c, I. Pereiró Berenguer^d, M.J. Esparza Pedrol^c y R.M. Martín González^c

Objetivo. Analizar la cumplimentación de la hoja de interconsulta (HI) en un centro de especialidades y valorar si su adecuada cumplimentación por parte de atención primaria (AP) puede influir en la respuesta de la especializada.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Área de Salud de AP de la Comunidad Valenciana.

Participantes. Muestra aleatoria de HI de pacientes remitidos desde AP a especializada como primera visita.

Mediciones principales. Los criterios de evaluación se reagruparon en 2 grupos: se consideraron HI aceptables aquellas en las que el médico de familia incluía el motivo de consulta o impresión diagnóstica y, además, al menos uno de los siguientes: anamnesis, antecedentes personales, exploración física, pruebas complementarias o medicación actual. Se consideraron HI no aceptablemente cumplimentadas el resto.

Resultados. La muestra analizada para la auditoría de la HI del centro de especialidades fue de 392. El resultado de la auditoría de especializada fue que 243 HI estaban en blanco (62,0%), el facultativo especialista se identificó en el 19% de los casos, el diagnóstico constaba en el 23,5%, el tratamiento en el 21% y el plan de seguimiento en el 20%. En la evaluación de atención primaria, no hubo ninguna HI en blanco, la anamnesis constaba en el 41,8%, el motivo de consulta en el 73%, el diagnóstico de sospecha en el 58,2% y el tratamiento en el 11,5%. La muestra para analizar las diferencias en la cumplimentación de especializada según la calidad de cumplimentación por AP fue de 529 HI. En el 56,3% de las HI la cumplimentación fue aceptable. No se encontraron diferencias con significación estadística en la cumplimentación de ninguno de los criterios de evaluación analizados en el médico especialista entre las HI de calidad aceptable y no aceptable cumplimentadas por el facultativo de AP, salvo en la especificación del tratamiento.

Conclusiones. No encontramos relación entre la calidad en la cumplimentación de la HI de AP y la respuesta de especializada. En la actualidad la cumplimentación de la HI sigue siendo deficitaria.

Palabras clave: Auditoría. Atención primaria. Comunicación entre atención primaria y especializada. Evaluación. Interconsulta. Atención integrada.

EVALUATION OF THE QUALITY OF INTER-CLINIC DOCUMENTS. DOES THEIR PROPER FILLING OUT BY THE FAMILY DOCTOR AFFECT THE REPLY OBTAINED FROM THE SPECIALIST?

Objective. To analyse the filling out of the inter-clinic form (IF) at a centre with special fields of care (CS) and to assess whether its proper filling out in primary care (PC) affects the reply from specialist care.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Primary health care area in the Community of Valencia.

Participants. Randomised sample of IFs of patients referred for the first time from PC to specialists.

Main measurements. Evaluation criteria were grouped in two: those IFs were considered acceptable (IFCA) in which the family doctor included the reason for consultation or his/her diagnostic impression, as well at least one of the following: anamnesis, personal background, physical examination, further tests or current medication. The remaining IFs were considered inadequately filled out (IFCI).

Results. The sample analysed for the IF audit of the CS was 392 people. The result of the audit in the specialist clinics was that 243 IFs were blank (62.0%); the specialist doctor was identified in 19% of cases; the diagnosis was given in 23.5%; treatment, in 21%, and the follow-up plan, in 20%. In the PC evaluation, there were no blank IFs; anamnesis was recorded in 41.8%; reason for consultation in 73%; suspected diagnosis in 58.2%, and treatment in 11.5%. The sample to analyse the differences in the filling of the form in specialist care according to the quality of the PC filling out was 529 IFs. 56.3% of the IFs were considered acceptable. No statistically significant differences were found in the filling of any of the criteria of evaluation by the specialist doctor between the IFs from PC of acceptable and inadequate quality, except on the question of specifying treatment.

Conclusions. We found no relationship between the quality of the IF from PC and the reply from specialist care. Currently, the filling out of IFs continues to be deficient.

Key words: Audit. Primary care. Communication between primary and specialist care. Evaluation. Inter-clinic. Integrated care.

^aCS Villamarchante. Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunitat Valenciana. Valencia. España.

^bCS Liria. Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunitat Valenciana. Valencia. España.

^cCS Nazaret. Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunitat Valenciana. Valencia. España.

^dCS Trafalgar. Conselleria de Sanitat i Consum de la Comunitat Valenciana. Valencia. España.

Correspondencia:
J. Sanfélix Genovés.
Centro de Salud Nazaret.
Parque de Nazaret, 7. 46024
Valencia. España.
Correo electrónico:
jsanfeligx@telefonica.net

Manuscrito recibido el 15 de abril de 2004.
Manuscrito aceptado para su publicación el 10 de mayo de 2004.

Introducción

La atención primaria (AP) representa el primer punto de contacto del paciente con el sistema sanitario y su objetivo principal es proporcionar una asistencia personal, integrada y continuada a los pacientes. Para lograr este objetivo son necesarias una buena comunicación y colaboración entre los diferentes niveles asistenciales¹.

En nuestro medio, la hoja de interconsulta (HI) representa el documento escrito a través del cual se realiza el proceso de derivación del paciente desde la AP a la especializada (AE). En otras comunidades existe un documento similar con denominaciones diferentes pero cuya finalidad es la misma.

Diversos estudios evidencian que existe un déficit de información entre niveles que se puede manifestar en la deficiente cumplimentación de la HI, la gran mayoría de ellos realizados hace más de 8 años²⁻¹⁰.

Tan sólo se han encontrado en la bibliografía revisada 2 estudios publicados en los últimos 5 años^{11,12} en los que se hace una evaluación de la calidad en la cumplimentación de la HI;

ambos se efectuaron con poblaciones pequeñas.

Existe la hipótesis de que la calidad de cumplimentación de la HI en un nivel asistencial podría influir en la calidad de cumplimentación del otro^{8,11}. No hemos encontrado ningún estudio que concluya que una mayor calidad de solicitud por parte de la AP se relacione con una mejor respuesta por parte de la AE.

El objetivo del presente estudio es analizar la cumplimentación de la HI en un área de salud y valorar si la adecuada cumplimentación de la HI por parte de la AP puede influir en la respuesta que se obtiene de la AE.

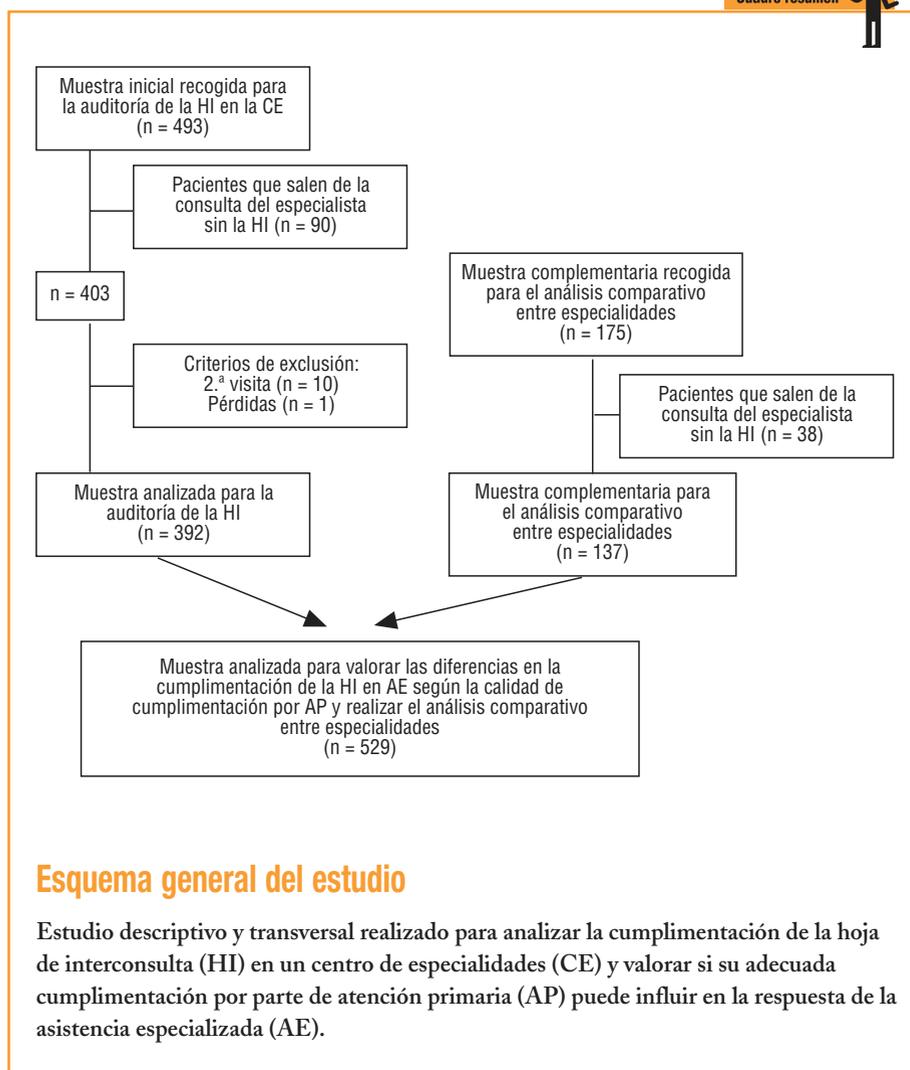
Material y métodos

El estudio se realizó en un área de salud de AP de la Comunidad Valenciana con una cobertura poblacional de 310.000 habitantes, correspondientes a 16 zonas básicas de salud, en las que hay 14 centros de salud y 16 centros auxiliares, y que tienen como referencia un centro de especialidades. La cobertura por el modelo de 7 h es del 79%.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal en el que la unidad de análisis es la HI. El tamaño muestral para la auditoría fue de 403 HI, calculado para un valor de p de 0,5, una precisión de 0,5 y un riesgo α de 0,05. Se estimó un 5% de pérdidas. La muestra se ha estratificado por especialidad en función del número de visitas realizadas en los primeros 5 meses de 2002, de forma que se vieran más representadas las especialidades con mayor número de visitas. Se ha distribuido entre los 5 días hábiles de la semana y entre los médicos de cada especialidad para evitar el sesgo del profesional y día de la semana, y se ha recogido por muestreo consecutivo.

Se amplió posteriormente el tamaño muestral hasta 540 forzando la ampliación muestral en las especialidades menos representadas, con el fin de obtener una muestra suficiente para analizar si la mejor cumplimentación de la HI de AP condicionaría una mejora en la calidad de la cumplimentación de AE y poder comparar entre especialidades.

Se analizaron las HI en las que el paciente era remitido desde AP como primera visita, excluidas aquellas que quedaran pendientes de algún tipo de exploración complementaria. El trabajo de campo se realizó en el centro de especialidades y lo llevaron a cabo 3



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo y transversal realizado para analizar la cumplimentación de la hoja de interconsulta (HI) en un centro de especialidades (CE) y valorar si su adecuada cumplimentación por parte de atención primaria (AP) puede influir en la respuesta de la asistencia especializada (AE).

TABLA 1 Definición de los criterios de evaluación en atención primaria y asistencia especializada

Evaluación de atención primaria

1. Legibilidad

La hoja de interconsulta deberá ser legible para el evaluador en más del 50% del texto (1). Si no es así, constará como ilegible (0)

2. Centro de origen

Debe constar el nombre del centro de atención primaria desde donde se realiza la petición (1). Si no aparece, se considerará ausente (0)

3. Identificación del facultativo consultor

Deberán aparecer claramente el nombre y apellido(s) del facultativo de medicina general que realiza la interconsulta (1). Si no es así, se considerará ausencia de criterio (0)

4. Especialidad a la que se deriva

Asimismo, deberá constar la especialidad a la que se deriva al paciente (1). Si no consta, se valorará como ausente (0)

5. Datos de filiación del paciente

Deben constar al menos nombre y apellido(s) del paciente que se deriva (1). Si falta algún dato, se considerará criterio ausente (0)

6. Anamnesis

Debe constar una breve historia clínica que justifique la derivación (1). Cuando en la hoja de interconsulta sólo ponga «Revisión» o «APP» (a petición propia), el criterio se considerará ausente (0)

7. Antecedentes personales^a

Deben hacerse constar los antecedentes personales del paciente (1). Si no aparecen, se considerará ausencia de criterio (0)

8. Exploración física

Debe constar algún dato de la exploración física realizada (1). Si no aparece, se considerará criterio ausente (0)

9. Diagnóstico de sospecha

Deberá aparecer alguna orientación o juicio diagnóstico por el que se remita al paciente al especialista (1). Si no aparece ninguna orientación diagnóstica, se considerará criterio ausente (0)

En caso de envío para la práctica de una prueba diagnóstica por un programa de salud, constará como tal tanto en este apartado como en el siguiente (motivo de consulta)

10. Motivo de consulta

Se explicará claramente el motivo de la consulta (1). Si no aparece, se considerará ausencia de criterio (0)

11. Pruebas complementarias^a

Debe constar alguna exploración o prueba complementaria realizada (1). Si no aparece, se considerará ausencia de criterio (0)

12. Tratamiento actual^a

Debe constar alguna referencia a la medicación que toma el paciente (1). Si no aparece, se considerará criterio ausente (0)

Evaluación de asistencia especializada

1. Legibilidad

Lo mismo que en la auditoría 1

2. Identificación del facultativo especialista^b

Deberá constar al menos el/los apellido del facultativo que recibe la interconsulta (1). Si no aparece, se considerará ausencia de criterio (0)

3. Diagnóstico de especialista

Deberá constar el diagnóstico emitido por el especialista (1). Si no aparece, se considerará ausencia de criterio (0)

4. Tratamiento

Debe haber constancia de las medidas terapéuticas adoptadas. Si se trata de un tratamiento farmacológico, deberán constar fármaco prescrito, dosis y pauta (1). Si falta algo, el criterio se considerará ausente (0)

5. Plan de seguimiento^b

Siempre que proceda. Si se trata de un tratamiento farmacológico, deberán constar la duración del tratamiento y el alta o la recomendación de la periodicidad de las visitas posteriores (1). Si se trata de especialidades medicoquirúrgicas o quirúrgicas, habrá de reseñarse la pauta de seguimiento tras la intervención farmacológica o no, si ha lugar, y alta o recomendación de la periodicidad de las visitas posteriores (1)

^aSe han añadido los criterios 11 y 12 y se ha modificado el criterio 7 (excluyéndose los «antecedentes positivos y negativos») respecto del estudio de Rodríguez et al².

^bSe ha excluido la situación laboral del especialista en el criterio 7 y se ha especificado en el criterio 5 si al paciente se le da de alta o la indicación de la periodicidad de visitas posteriores, respecto del estudio de Rodríguez et al².

médicos de familia y 5 auxiliares administrativos previamente entrenados que, con consentimiento del paciente, fotocopiaron la HI a la salida de la consulta del especialista, para su posterior análisis. Se informó al paciente de la absoluta confidencialidad de los datos y del objetivo del estudio.

Los criterios de evaluación empleados en esta auditoría fueron similares a los utilizados por Rodríguez et al² en un estudio previo, con algunas variaciones (tabla 1).

Para analizar si la mejor cumplimentación de AP podría condicionar una mejora en la calidad de la cumplimentación de la HI de AE y poder comparar entre especialidades, se ha procedido a la reagrupación de los criterios de evaluación de la auditoría 1 (AP) en 2 grandes grupos de HI: aceptable y no aceptablemente cumplimentada. Se han considerado aceptablemente cumplimentadas aquellas HI en las que el médico de familia incluyó el motivo de consulta o impresión diagnóstica y, además, al menos uno de los siguientes: anamnesis, antecedentes personales, exploración física, pruebas complementarias o medicación actual. El resto se ha considerado HI no aceptablemente cumplimentadas. También se analizaron las diferencias de cumplimentación de cada especialidad con respecto al conjunto de todas ellas.

La recogida de datos, a partir de la HI, la realizaron 2 médicos de familia. Si había desacuerdo en la evaluación de la HI, se consultaba con un tercero que era el que decidía.

Para el análisis estadístico se ha utilizado Microsoft Access 2000 y el paquete estadístico SPSS 11.0.

TABLA 2 Resultados de los criterios de evaluación en atención primaria y asistencia especializada

	N.º de casos*	Porcentaje	IC del 95%
Evaluación de atención primaria			
Legibilidad	386	98,5	96,7-99,4
Centro de origen	333	84,9	81,4-88,5
Identificación del facultativo consultor	378	96,4	94,1-98,0
Especialidad a la que se deriva	391	99,7	98,6-100
Datos de filiación del paciente	386	98,5	96,7-99,4
Anamnesis	164	41,8	37,0-46,7
Antecedentes personales	126	32,1	27,5-36,8
Exploración física	71	18,1	14,3-21,9
Pruebas complementarias	50	12,8	9,45-16,1
Motivo de consulta	286	73,0	68,6-77,4
Diagnóstico de sospecha	228	58,2	53,3-63,0
Medicación actual	45	11,5	8,3-14,6
En blanco	0	0	
Evaluación de asistencia especializada			
Legibilidad (sobre 149)	143	96,0	91,4-98,5
Identificación del facultativo especialista	75	19,1	15,2-23,0
Diagnóstico de especialista	92	23,5	19,3-27,7
Tratamiento	82	20,9	16,9-24,9
Plan de seguimiento	75	19,1	15,2-23,0
En blanco	243	62,0	57,2-66,8

IC: intervalo de confianza.

*Se refiere al número de casos que cumplen el criterio.

Resultados

La muestra total corresponde a 540 HI de un total de 668 pacientes –128 pacientes (19,1%) salieron de la consulta del especialista sin HI–. El 46,9% de ellas correspondía a 2 especialidades (el 29,7 y el 17,2%, respectivamente). De las 540 se rechazaron 11 (1 por pérdida y las otras 10 por corresponder a segundas visitas), con lo que la muestra final fue de 529.

La muestra analizada para la auditoría de la HI del centro de especialidades fue de 392. Las 4 especialidades más representadas fueron traumatología (24,0%), otorrinolaringología (13,4%), dermatología (12,9%) y oftalmología (11,4%). Los resultados de la auditoría de AP (auditoría 1) y de AE (auditoría 2) se reflejan en la tabla 2.

La muestra para analizar las diferencias en la cumplimentación de AE según la calidad de cumplimentación por AP fue de 529 HI. El 56,3% de ellas fueron cumplimentadas de forma aceptable por el médico de familia. No se encontraron diferencias con significación estadística en la cumplimentación de ninguno de los criterios de evaluación analizados en el médico especialista entre las HI de calidad aceptable y no aceptable cumplimentadas por el facultativo de primaria, salvo en la especificación del tratamiento (tabla 3).

Al analizar por especialidades, en traumatología y urología se encontraron un 86 y un 96% de HI en blanco, respectivamente. La especialidad de oftalmología presentó un porcentaje de cumplimentación de los criterios valorados (un 75% de los criterios) significativamente inferior al resto de las especialidades. Por otro lado, en las especialidades de neumología y neurología estaban cumplimentadas el 100 y el 67% de las HI, respectivamente. En estas mismas especialidades el 100 y el 75%, respectivamente, de los criterios analizados estaban por encima (diferencias significativas) del conjunto del resto de las especialidades.

TABLA 3 Valoración de los criterios de evaluación de la hoja de interconsulta en asistencia especializada (AE) en relación con el nivel de cumplimentación en atención primaria (AP)

Valoración de los criterios de evaluación en AE	Nivel de cumplimentación de la hoja de interconsulta en AP		Significación estadística de la diferencia
	Aceptable (n = 298)	No aceptable (n = 231)	
Buena legibilidad	101 (95,3) [sobre 106]	70 (94,6) [sobre 74]	NS
El médico se identifica	50 (16,8)	44 (19,0)	NS
Consta el diagnóstico	63 (21,1)	42 (18,2)	NS
Consta el tratamiento	47 (15,8)	21 (9,1)	p < 0,05
Consta el plan de seguimiento	65 (21,8)	45 (19,5)	NS
Contestación en blanco	192 (64,4)	157 (68,0)	NS

Entre paréntesis se indica el porcentaje del total por columna.

NS: no significativo.

TABLA 4 Evaluación por especialidades agrupadas en aquellos criterios en los que existen diferencias significativas ($p < 0,05$)

Criterios de evaluación	HI que cumplen el criterio (%)	
	EM	EMQ
Identificación del facultativo especialista	31,1	15,0
Diagnóstico del especialista	37,8	16,2
Tratamiento	38,9	7,5
Plan de seguimiento	41,1	16,6
En blanco	38,9	71,5

EM: especialidades médicas; EMQ: especialidades medicoquirúrgicas; HI: hoja de interconsulta.

Agrupadas las especialidades en 2 grupos (médicas y medicoquirúrgicas), las especialidades médicas mostraron mayor nivel de cumplimentación (tabla 4), con diferencias significativas, en todos los criterios analizados.

Discusión

El presente estudio confirma que en la actualidad la cumplimentación de la HI sigue siendo deficiente en ambos niveles asistenciales, resultado que coincide con los obtenidos por otros autores²⁻¹².

Por otra parte, no encontramos relación entre calidad en la cumplimentación de la HI por parte de la AP y la respuesta que se obtiene de la AE. Así pues, el presente estudio no confirma la hipótesis mantenida por otros autores^{8,11} de que la calidad de cumplimentación de la HI en un nivel asistencial podría influir en la calidad de cumplimentación del otro, si bien estos estudios están realizados con poblaciones pequeñas y tal hipótesis no parece poder extraerse de sus resultados.

Los autores de este estudio son médicos de AP y de ello podría desprenderse un sesgo de información no diferencial, de tal forma que la medición de la parte del médico de AP estuviera mejor evaluada que la parte de AE. Se ha pretendido utilizar criterios de evaluación fáciles de medir, con la intención de evitar la subjetividad; además de ello, la evaluación por pares junto con la resolución de las discrepancias por un tercero ha permitido resolver de forma importante los posibles sesgos ya mencionados.

Nuestro estudio coincide con el de Jiménez Marín et al¹² en que se obtienen documentos de mejor calidad por parte de las especialidades médicas que de las medicoquirúrgicas. Encontramos un alto porcentaje de HI en blanco (62,0%), cifra que se aproxima a la hallada en otros estudios^{2,8,9,11,12} y que se considera la causa más relevante de pérdida de información.

En la muestra utilizada para la evaluación de la HI, estarán más representados aquellos médicos de AP que deri-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Existe un déficit de información entre niveles que se manifiesta, entre otros aspectos, en la deficiente cumplimentación de la hoja de interconsulta.
- Los médicos de atención primaria derivamos mejor a nuestros pacientes a las especialidades médicas que a las medicoquirúrgicas.
- El alto porcentaje de hojas de interconsulta en blanco continúa siendo la causa más relevante de la pérdida de información.

Qué aporta este estudio

- No encontramos relación entre la calidad en la cumplimentación de la hoja de interconsulta de atención primaria y la respuesta que se obtiene de la atención especializada.
- La presión asistencial en atención especializada no es causa de la mala cumplimentación.
- En la actualidad la cumplimentación de la hoja de interconsulta sigue siendo deficitaria.

ven en mayor cantidad a AE. Se podría pensar que aquel que más deriva tiene más pacientes, cuenta con menos tiempo y/o menos cualificación, y cualquiera de estas situaciones podría predisponer a cumplimentar con menor calidad la HI. Esto podría significar que la realidad en AP podría ser algo mejor de lo que aparece en este estudio.

La muestra de la evaluación de AE representa de forma proporcional a todos los especialistas en función de la demanda y a todos los días de la semana, con lo que refleja la realidad del producto de las HI que salen de AE. Evidentemente, esto significa que los especialistas que más demanda tienen están más representados y que, teóricamente, deberían ser los peores cumplimentadores. Este hecho se confirma en nuestro estudio con especialidades como traumatología, pero no en especialidades, como urología, de demanda muy inferior. Por lo tanto, deben de existir otros factores independientes del exceso de demanda y de la adecuada cumplimentación de la HI por parte de la AP que condicionen la deficiente cumplimentación por parte de la AE.

Las posibles causas de una deficiente cumplimentación podrían ser: presión ejercida sobre el médico, características del circuito de derivación, competencia por algunas pa-

tologías entre niveles asistenciales, falta de cualificación y/o motivación, determinados hábitos independientes de la organización, que dentro tanto de la AP como de la AE condicionen prácticas y actitudes que se mimeticen entre unos compañeros y otros.

Estudios posteriores deberán contribuir a clarificar cuáles son las causas más relevantes que influyen en que la cumplimentación de la HI sea deficitaria en ambos niveles asistenciales, de forma que se faciliten intervenciones para mejorarla; todo ello con independencia de que cambios en la organización, como la informatización, contribuyan de forma independiente a la mejora de la comunicación entre AP y AE .

Agradecimiento

A la Dirección del Área de Atención Primaria y a la Dirección del Centro de Especialidades, por autorizar la realización del trabajo, por facilitar los datos necesarios para efectuar el muestreo y por el apoyo administrativo. A las 5 auxiliares administrativas de la Dirección del Área de Atención Primaria, por su colaboración en el trabajo de campo.

Bibliografía

1. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
2. Rodríguez R, Pereiró I, Sanfélix J. Valoración de la cumplimentación de la hoja de interconsulta entre los niveles de atención primaria y asistencia especializada. *Rev Calidad Asistencial* 1995;3:105-10.
3. Huertas Zarco I, Pereiró Berenguer I, Sanfélix Genovés J. Comunicación atención primaria/especializada. *Cuadernos de Gestión* 1996;2:182-92.
4. Huertas Zarco I, Pereiró Berenguer I, Sanfélix Genovés J, Rodríguez Moya R. Mejora de la calidad de la hoja de interconsulta a través de la información. *Aten Primaria* 1996;17:317-20.
5. García JJ, Montero FJ, Martínez de la Iglesia J, Jiménez J. Análisis cualitativo de la derivación al segundo nivel [carta]. *Aten Primaria* 1990;7:73-4.
6. Velasco V, Otero A. Evaluación de la calidad de la información médica entre los niveles de atención primaria y especializada. *Aten Primaria* 1993;11:406-11.
7. Mimbela MM, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. *Aten Primaria* 1993;12:65-70.
8. Irazabal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria* 1996;17:376-81.
9. Morera J, Custodi J, Perroca L, Midja F. Análisis de la calidad de la información transmitida entre atención primaria y atención especializada. *Medifam* 1991;1:132-40.
10. Caballero A, Bonal P, De Cea C, Buzón E. Comunicación entre atención primaria y atención especializada: análisis de los contenidos de los documentos de derivación y retorno de enfermos reumatológicos. *Aten Primaria* 1993;5:260-3.
11. Rubio V, Rodríguez ML, Sampedro E, Victores C, Alechiguerra A, Barrio JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el de documento interconsulta. *Aten Primaria* 2000;26:681-4.
12. Jiménez Marín A, Bellón Rodríguez J, Cordobés López J, Domínguez Palomo S, Martín Pérez F, Nieto Vizcaíno D. Valoración de los informes médicos recibidos del segundo nivel. *Aten Primaria* 2001;27:403-7.