

---

### **Coordinación internivel: proceso clave para la calidad asistencial**

**Sr. Director:** Habitualmente las vías de comunicación entre atención primaria y atención especializada son los informes de alta, las hojas de interconsulta, la comunicación «informal» entre profesionales y la poco recomendable utilización del paciente como transmisor de la información<sup>1,2</sup>. La descoordinación entre niveles asistenciales supone molestias para el paciente, desmotivación de los profesionales, un uso inadecuado de los recursos y, sobre todo, una merma de la continuidad y de la calidad asistencial<sup>3,4</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 66 años de edad con pluripatología atendida por atención primaria y por distintos facultativos de atención especializada. Dada la incapacidad de clarificar la medicación, a petición del médico de atención primaria

procedimos a conciliar el tratamiento de la paciente mediante la revisión de la historia clínica de atención especializada y de atención primaria. La evolución temporal del tratamiento se expone en la tabla en versión electrónica, en la que no se han incluido los tratamientos puntuales.

Constatamos que no existe un sistema adecuado de comunicación entre las consultas externas de atención especializada y el médico de atención primaria. Muchas veces o no existe comunicación o la responsabilidad de la misma recae sobre el paciente, que generalmente transmite la información por vía oral.

En este caso muchos de los cambios de medicación que se reflejan en la historia de atención primaria se deben a la demanda de la paciente, que alega que ha sido una modificación realizada en atención especializada o en urgencias, información de difícil verificación por los profesionales de atención primaria. Tampoco la vía de comunicación por escrito al alta hospitalaria ha sido suficiente para evitar errores en la actualización farmacológica. No sólo la falta de coordinación internivel origina problemas, también se constata descoordinación dentro del «microequipo» de atención primaria (médico-enfermera), pese a disponer de la misma historia clínica. Detectamos también que, en el momento de pasar el tratamiento al nuevo sistema de receta electrónica dentro de la misma historia de atención primaria, se produce la omisión de una prescripción importante. Todo lo anterior ha generado multitud de errores de medicación, como duplicidades, medicamentos omitidos o incorrectos, dosis o intervalos posológicos erróneos, duraciones inadecuadas de tratamientos y retrasos en la actualización de la historia farmacoterapéutica del paciente.

La comunicación interniveles a través del paciente, a menudo por vía oral, provoca errores que comprometen, sobre todo, su seguridad y abren la puerta a la autoprescripción. Existen diversos estudios que demuestran que la mitad de los errores de medicación se producen en procesos relacionados con la transición asistencial<sup>5</sup>. Una de las soluciones que se ha propuesto para evitar esta situación es la creación de profesionales de «enlace» que encauzan y aseguran la comunicación entre niveles<sup>2</sup>, que en

**Palabras clave:** Continuidad asistencial. Atención farmacéutica. Errores de medicación. Coordinación interniveles.

lo referente a medicamentos son los farmacéuticos en nuestra área de salud.

Las administraciones competentes deberían priorizar la utilización de una única historia de salud electrónica<sup>6</sup>. En su defecto alertamos sobre la importancia de que la información clínica y terapéutica relevante se transmita en ambos sentidos mediante la correspondiente hoja de interconsulta (o método similar) correctamente cumplimentada<sup>3</sup>, en lugar de utilizar al paciente como vehículo comunicador.

**Laura Anoz Jiménez<sup>a</sup>  
y Rafael M. Torres García<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia. Hospital Can Misses. Ibiza. Islas Baleares. España.

<sup>b</sup>Coordinador Farmacéutico de Atención Primaria. Área de Salud Ibiza-Formentera. Islas Baleares. España.

1. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuad Gest Prof Aten Prim.* 2002;8:159-66.
2. Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20:485-95.
3. Alfaro M, Etreros J, Terol E, Rico F. Coordinación entre niveles asistenciales. En: Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, Custodi J, Guerra J, Ichaso MS, et al, editores. *Atención primaria en el INSALUD. Diecisiete años de experiencia.* Madrid: Instituto Nacional de Salud, 2002. p. 240-60.
4. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales [editorial]. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:232-3.
5. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med.* 2005;165:424-9.
6. Fernández E, Luque FJ. Revisión sistemática sobre coordinación terapéutica entre atención primaria y atención especializada. *Aten Primaria.* 2007;39:15-21.

**TABLA  
1**

**Comparativa de tratamiento  
según la fuente consultada**

Indicación	Ingreso 1 (referido por la paciente)	Evolución del tratamiento en HC. A. especializada					Observaciones
		Alta 1 (15/12/06)	Alta 2 (19/01/07)	Alta 3 (20/02/07)	C. externas Última visita (13/09/07)	HC. A. primaria (21/09/07)	
CV	-	Torasemida, 5 mg/24 h	Torasemida, 10 mg/24 h	Torasemida, 10 mg/24 h	Torasemida, 10 mg/24 h	Clortalidona, 50 mg/12 h	El MAP intercambia torasemida por clortalidona <sup>a</sup> el 13/06/2007. En AE no se constata el cambio a clortalidona
	Enalapril, 20 mg/24 h + candesartán/ HCT 16/12,5 mg/24 h	Enalapril, 20 mg/24 h	Enalapril, 10 mg/24 h	Enalapril, 5 mg/24 h	Enalapril, 5 mg/24 h	Enalapril, 20 mg/12 h	En distintos ingresos la paciente presentó hipotensión y bradicardia que requirió ajuste del tratamiento antihipertensivo. El 20/02/2007 el MAP recibe el informe de alta 3, pero la primera prescripción 8 días tras el alta es de enalapril, 20 mg/24 h <sup>b</sup> . El 04/04/2007 el MAP prescribió candesartán/HCT, el 05/09/2007 prescribió enalapril, 20 mg/12 h. No se especifica el motivo de ninguno de los cambios <sup>c</sup>
	Bisoprolol, 5 mg/24 h	Bisoprolol, 5 mg/24 h	Bisoprolol, 2,5 mg/24 h	Bisoprolol, 2,5 mg/24 h	Bisoprolol, 2,5 mg/24 h	Bisoprolol, 5 mg/24 h	En distintos ingresos la paciente presentó hipotensión y bradicardia que requirió ajuste del tratamiento antihipertensivo. El 20/02/2007 el MAP recibe el informe de alta 3 y 8 días más tarde la enfermera imprime la primera receta de bisoprolol sin actualizar dosis <sup>b</sup>
	-	Flecainida, 50 mg/12 h	Flecainida, 100 mg/12 h	Flecainida, 50 mg/12 h	Flecainida, 50 mg/12 h	-	Prescrito por MAP desde el 28/02/2007 al 28/06/2007. No se receta desde la inclusión del tratamiento en receta electrónica <sup>d</sup>
	-	-	Digoxina, 0,25 mg 5 días por semana	-	-	-	La bradicardia que presenta la paciente al ingreso 3 motiva la suspensión del tratamiento
	AAS, 100 mg/24 h	Acenocumarol, 4 mg según pauta	Acenocumarol, 4 mg según pauta	Clopidogrel, 75 mg/24 h	Clopidogrel, 75 mg/24 h	Acenocumarol, 3 mg/24 h	En el ingreso 3 se identifica un proceso de anemización con sangre oculta en heces. La paciente se niega a pruebas diagnósticas invasivas y se decidió suspender el acenocumarol e iniciar clopidogrel hasta estudio por hematología. El 20/02/2007 el MAP recibe el informe de alta 3 y prescribe por primera vez clopidogrel el 02/03/2007. No obstante, el 27/03/2007 la enfermera imprime una receta de acenocumarol; el 04/04/2007 el MAP prescribe AAS atendiendo a la demanda de la paciente <sup>e</sup> y el 02/05/2007 la enfermera imprime recetas de clopidogrel y acenocumarol simultáneamente <sup>e</sup> . Posteriormente a esta fecha, se introduce el tratamiento en receta electrónica y sólo se hacen recetas de acenocumarol
Simvastatina, 20 mg/24 h	Simvastatina, 20 mg/24 h	Atorvastatina, 20 mg/24 h	Atorvastatina, 20 mg/24 h	Atorvastatina, 40 mg/24 h	Atorvastatina, 20 mg/24 h	Tras el alta 3 la paciente acude a consulta externa de medicina interna donde, basándose en los resultados analíticos, se decide modificar el tratamiento hipocolesterolemiante (08/03/2007). La primera receta tras la modificación (27/03/2007) la imprime la enfermera sin actualizar la dosis de atorvastatina. En esta fecha se imprime una receta de gemfibrozilo <sup>a</sup> . El 04/04/2007 el MAP prescribe simvastatina, 60 mg/24h <sup>c</sup> . En las siguientes prescripciones se mantiene la atorvastatina, 20 mg/24 h. No se vuelven a prescribir gemfibrozilo ni ezetimiba	
Endocrino	Insulina NPH, 18-0-16 U	Insulina NPH, 18-0-16 U	Gliclazida, 60 mg/24 h	Gliclazida, 30 mg/24 h	Insulina NPH, 10-0-20 U	Insulina NPH, 20-0-4 U	Tras el alta 3, la paciente acude a la consulta externa de endocrino (18/07/2007) donde, basándose en el resultado analítico, se decide cambiar la gliclazida por insulina asociada a metformina y reducir la dosis de levotiroxina. El 01/08/2007 el MAP realiza la primera receta tras la modificación sin hacer mención a los cambios indicados y sólo se prescribe insulina <sup>a</sup> . El 05/09/2007 la paciente avisa al MAP de que se ha modificado la levotiroxina a 50 µg/12 h <sup>a</sup> . El MAP modifica la prescripción tal y como le informa la paciente
		Levotiroxina, 50 µg/24 h	Levotiroxina, 50 µg/24 h	Levotiroxina, 50 µg/24 h	Levotiroxina, 25 µg/24 h	Levotiroxina, 50 µg/12 h	
H. bronquial	-	-	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg: 2 inh/8 h	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg: 2 inh/8 h	Salbutamol/ ipratropio, 100/20 µg: 2 inh/8 h	-	Eventualmente, aparecen en su HC. A. primaria: prescripciones de salmeterol/fluticasona. No se han identificado prescripciones de salbutamol/ipratropio <sup>b</sup>
Síndrome ansioso- depresivo	-	Lorazepam, 1 mg 0,5-0-1 mg	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Gabapentina, 300 mg/24 h (noche)	Según la HC. A. primaria: no se ha dejado de prescribir bromazepam en toda la evolución, pese a que en el ingreso 2 se suspendió el tratamiento con benzodiazepinas y se inició tratamiento con gabapentina <sup>b</sup> . Tampoco hay referencias a la prescripción de escitalopram <sup>b</sup> , pero el 02/05/2007 la enfermera realiza la primera receta de sertralina (en el 2003 en consultas externas de medicina interna se intercambia la sertralina por citalopram por aparente falta de eficacia) y continúa hasta la actualidad <sup>d</sup>
	-	-	-	-	-	Bromazepam, 3 mg/8 h	
	-	Escitalopram, 20 mg/24 h	Escitalopram, 20 mg/24 h	Escitalopram, 20 mg/24 h	Escitalopram, 20 mg/24 h	Sertralina, 50 mg/24 h	

A: atención; HC: historia clínica; MAP: médico de atención primaria; C: consulta.

<sup>a</sup>No existe comunicación internivel; <sup>b</sup>La comunicación recae sobre el paciente; <sup>c</sup>Comunicación al alta hospitalaria no efectiva; <sup>d</sup>Comunicación entre el equipo de atención primaria no efectiva; <sup>e</sup>Error al incluir al paciente en el programa de receta electrónica.