



ORIGINAL

Percepción de profesionales sobre los circuitos asistenciales del paciente hipertenso o diabético entre la atención primaria y atención especializada



Francisco Javier Alonso-Moreno^{a,*}, Nieves Martell-Claros^b,
Mariano de la Figuera^c, Javier Escalada^d, Marta Rodríguez^e y Luisa Orera^e

^a Centro de Salud Sillería, Toledo, España

^b Unidad de Hipertensión, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c CAP Sardenya, Barcelona, España

^d Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Pamplona, Pamplona, España

^e Mylan EPD, Madrid, España

Recibido el 19 de junio de 2015; aceptado el 14 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 18 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Niveles de atención
de salud;
Hipertensión;
Diabetes mellitus
tipo 2

Resumen

Objetivo: Conocer el flujo de atención entre la atención primaria y la atención especializada (AE), así como los criterios usados para la derivación y posterior seguimiento, en relación con el paciente con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Diseño: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento: Se realizó un muestreo probabilístico, de conveniencia y estratificado por número de médicos en cada CCAA. Participaron 999 médicos, 78,1% (n = 780) especialistas en atención primaria (EAP), 11,9% (n = 119) especialistas en hipertensión y 10,0% (n = 100) especialistas en diabetes.

Mediciones principales: Se emplearon 2 formularios de recogida de datos, autoadministrados vía online.

Resultados: El 63,7% y el 55,5% de los EAP y el 79,8% y el 45,0% de la AE declararon la falta de un protocolo de coordinación entre los niveles para el manejo del paciente con HTA y DM2, respectivamente. El método de comunicación más frecuentemente usado entre los niveles asistenciales fue la hoja de derivación (94,6% en EAP y 92,4% en AE). Los principales criterios de derivación al médico de AE del paciente con HTA fueron la hipertensión resistente (80,9%) y la sospecha de hipertensión secundaria (75,6%), siendo la sospecha de DM específica (71,9%) y el embarazo (71,7%) en el paciente con DM2.

Conclusiones: Aunque se observaron coincidencias en algunos aspectos de la práctica clínica habitual entre ambos niveles asistenciales, las discrepancias evidenciadas mostraron una escasa coordinación entre EAP y AE.

© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEEN.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: falonsom@semergen.es (F.J. Alonso-Moreno).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2015.09.006>

1575-0922/© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEEN.

KEYWORDS

Primary care;
Health care levels;
Hypertension;
Type 2 diabetes
mellitus

Professionals' perception of circuits of care for hypertensive or diabetic patients between primary and secondary care

Abstract

Objective: To determine the flow of care for patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) and hypertension between primary care (PC) and specialized care (SC) in clinical practice, and the criteria used for referral and follow-up within the Spanish National Health System (NHS).

Design: A descriptive, cross-sectional, multicenter study.

Placement: A probability convenience sampling stratified by number of physicians participating in each Spanish autonomous community was performed. Nine hundred and ninety-nine physicians were surveyed, of whom 78.1% (n = 780) were primary care physicians (PCPs), while 11.9% (n = 119) and 10.0% (n = 100) respectively were specialists in hypertension and diabetes.

Key measurements: was conducted using two self administered online surveys.

Results: A majority of PCPs (63.7% and 55.5%) and specialists (79.8% and 45.0%) reported the lack of a protocol to coordinate the primary and specialized settings for both hypertension and T2DM respectively. The most widely used method for communication between specialists was the referral sheet (94.6% in PC and 92.4% in SC).

The main reasons for referral to a specialist were refractory hypertension (80.9%) and suspected secondary hypertension (75.6%) in hypertensive patients, and suspicion of a specific diabetes (71.9%) and pregnancy (71.7%) in T2DM patients.

Conclusions: Although results showed some common characteristics between PCPs and specialists in disease management procedures, the main finding was a poor coordination between PC and SC.

© 2015 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEEN.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) suponen cargas socioeconómicas y sanitarias importantes, siendo ambos factores de alto riesgo para las enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de HTA y DM2 se ha incrementado debido al envejecimiento progresivo de la población. Asimismo, factores como la obesidad, la falta de actividad física regular y la dieta poco equilibrada han contribuido al desarrollo de estas enfermedades¹⁻³.

En España la prevalencia de HTA oscila entre el 15-20% en la población de 15 años o más, incrementándose progresivamente hasta superar el 70% en la población > 65 años⁴. La DM2 representa el 90% de los casos de diabetes, con una prevalencia entre el 10-15% en población adulta^{5,6}. Estas enfermedades suponen considerables costes para el sistema sanitario español. El coste de un hipertenso comparado con un normotenso puede llegar a duplicarse, mientras que el coste anual de un paciente con DM2 es aproximadamente un 37% superior al de las personas sin diabetes^{7,8}.

Según la Sociedad Española de Hipertensión el 7% de los motivos de consulta a especialistas en atención primaria (EAP)⁹ están relacionados con la HTA, siendo este el principal motivo de consulta. Se estima que la DM2 es el problema de salud que genera más demanda y consume más tiempo, llegando a suponer el 29,1% de las consultas de enfermería en atención primaria (AP)¹⁰.

Para un eficiente control de estas enfermedades es necesario una óptima organización de la atención y una adecuada coordinación de los servicios sanitarios. En España la AP constituye el primer contacto del paciente con el sistema

sanitario, y su objetivo es conseguir una atención continuada, integrada, global e individualizada, siendo este nivel en el que se decide el acceso a la atención especializada (AE).

Si bien el sistema sanitario ha alcanzado un alto grado de desarrollo, tanto en AP como en AE, existe una deficiente relación entre los niveles asistenciales, debido principalmente al déficit de recursos, la sobrecarga asistencial, la competencia entre niveles, los fallos de comunicación y la información incompleta que a veces se transmite en los documentos de interconsulta¹¹.

Una coordinación deficiente entre los servicios de salud tiene consecuencias negativas, como la ineficaz gestión de recursos, la reducción de la calidad asistencial, las derivaciones innecesarias, la pérdida de la perspectiva global del paciente y el mal control de la enfermedad¹²⁻¹⁶. Todas estas consecuencias se traducen en términos monetarios, aumentando el coste de la enfermedad.

El objetivo principal de este trabajo es conocer el flujo de atención del paciente con HTA o DM2 entre el EAP y el médico de AE, y analizar los criterios usados para su derivación y su posterior seguimiento.

Materiales y métodos

Diseño

Estudio descriptivo, transversal, multicéntrico y aleatorizado simple mediante el empleo de 2 cuestionarios autoadministrados vía *online* a médicos EAP y AE de todo el territorio español.

Población de estudio

Se realizó una selección mediante muestreo aleatorizado simple, manteniendo una estratificación geográfica acorde a la distribución del territorio nacional para evaluar diferencias entre zonas geográficas.

Se incluyeron especialistas que ejerciesen su actividad asistencial en el territorio nacional, con responsabilidad asistencial sobre pacientes con HTA y DM2 y que desearan participar en el estudio.

Se estableció un grupo de coordinadores que, a partir de la recopilación de ítems en guías y en literatura especializada, ayudaron a desarrollar 2 formularios de recogida de datos, uno para EAP y otro para médicos de AE. Ambos formularios incluían 3 bloques: características sociodemográficas y laborales del médico, datos referentes al paciente con HTA y datos referentes al paciente con DM2. Los médicos cumplimentaron el formulario a través de una aplicación informática a la que se accedía mediante nombre de usuario y contraseña.

Análisis estadístico

Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza del 95%. Se estratificó la muestra de participantes según zonas geográficas (norte, centro y sur). Estas zonas geográficas se basaron en la agrupación de las distintas áreas Nielsen de España:

- Norte: área 1 (Barcelona, Gerona, Huesca, Islas Baleares, Lérida, Tarragona, Zaragoza), área 5 (La Coruña, Asturias, León, Lugo, Orense, Pontevedra) y Área 6 (Álava, Burgos, Cantabria, Guipúzcoa, La Rioja, Navarra, Palencia, Vizcaya).
- Centro: área 2 (Albacete, Alicante, Castellón, Murcia, Valencia) y área 4 (Ávila, Cáceres, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Madrid, Salamanca, Segovia, Soria, Teruel, Toledo, Zamora, Valladolid).
- Sur: área 3 (Almería, Badajoz, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Sevilla) y área 7 (Ceuta, Las Palmas, Melilla, Santa Cruz de Tenerife).

Se empleó la prueba del test de Fisher para comparar los porcentajes en función de la zona geográfica. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SAS versión 9.1.3 Service Pack 3. Se consideró estadísticamente significativo el valor de $p < 0,05$.

Resultados

Descripción de la muestra

En el estudio participaron 999 médicos de todo el territorio español. De estos 780 (78,1%) eran médicos EAP y 219 (21,9%) de AE, de los cuales 119 y 100 eran especialistas en HTA y en DM2, respectivamente. La muestra representaba el 2,7% y el 0,5% del total de profesionales para cada uno de los niveles asistenciales, respectivamente¹⁷. Los EAP provenían en un 30,9%, 34,6% y 34,5% de las zonas norte, centro y sur, respectivamente. Los médicos de AE en HTA provenían en

un 34,5%, 32,8% y en un 32,8% de las zonas norte, centro y sur, respectivamente. Por último, los médicos de AE en DM2 provenían en un 33,0%, 37,0% y 30,0% de las zonas norte, centro y sur, respectivamente.

Circuito de atención del paciente hipertenso

En el manejo del paciente con HTA el uso de guías era una práctica habitual tanto en AP como en AE, siendo la guía europea¹⁸ la más empleada, especialmente en AE (86,7%) (tabla 1).

El conocimiento por parte de los médicos de la existencia de un plan de cuidados específicos de enfermería era más frecuente en AP que en AE (82,8% vs. 35,3%). Asimismo, la mayoría de EAP (71%) indicaron que el seguimiento realizado por enfermería en pacientes bien controlados era como mínimo de 4 veces/año, mientras que el 77,3% de AE señalaron que dicho seguimiento era menos frecuente, entre 2-3 veces/año.

Según el 71,7% el seguimiento de HTA se realizaba siguiendo pautas o protocolos que existían en los centros de AP. El 74,6% de EAP valoraban el riesgo cardiovascular de cada paciente utilizando el *Systematic Coronary Risk Evaluation Project (SCORE)*^{19,20} y el 46,7% disponía de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA).

La mayoría de médicos EAP (63,7%) y AE (79,8%) consideraba que no existían protocolos comunes para el manejo del paciente hipertenso entre ambos niveles.

Los 2 criterios más habituales para la derivación del paciente con HTA al especialista fueron "hipertensión resistente" y "sospecha de hipertensión secundaria" (tabla 2). El 55,5% de EAP indicaron que planteaban la derivación cuando el paciente presentaba niveles de presión arterial (PA) > 180/110 mm Hg. En ambos niveles más del 90% indicaron que el modo de comunicación más utilizado era la hoja de derivación.

Una vez derivado el paciente a AE más de la mitad de los participantes señalaban que nefrología era el servicio responsable, tanto en el seguimiento (55,5%) como en el tratamiento (52,9%) de la hipertensión resistente. En relación con el seguimiento de los pacientes hipertensos mal controlados por el especialista solamente un 11,8% utilizaba la telemedicina, empleando el 57,1% plataformas propias de su área de salud.

Circuito de atención del paciente diabético

Un alto porcentaje de EAP y AE utilizaban guías sobre el manejo o tratamiento del paciente diabético, siendo la ADA-EASD²¹ la más utilizada, 58,1% para AP y 92,4% para AE (tabla 3). Igualmente, en HTA el 77,4% indicaba que el seguimiento del paciente diabético se hacía por medio de pautas o protocolos que existían en los centros de AP. El 88,9% de EAP y el 73% de AE indicaban la existencia de un plan de cuidados específicos de enfermería. El 77,7% de los EAP indicaron que el seguimiento por enfermería de los pacientes bien controlados se realizaba un mínimo de 4 veces al año. El 62% de AE indicaba que el seguimiento de los pacientes bien controlados se realizaba entre 2-3 veces al año, mientras que el 81% reveló que esta frecuencia se incrementaba hasta al menos 4 veces al año en pacientes con mal control metabólico.

Tabla 1 Circuito de atención del paciente hipertenso: especialista atención primaria (EAP) (n=780) y especializada (AE) (n=119)

	Especialista atención primaria		Atención especializada	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Manejo del paciente				
<i>Seguimiento de guía sobre el manejo o tratamiento del paciente</i>				
Sí	647	83,0 (80,2; 85,4)	105	88,2 (81,2; 92,9)
No	133	17,1 (14,6; 19,9)	14	11,8 (7,1; 18,8)
<i>Guía utilizada para el seguimiento del paciente^a</i>				
Europea	390	60,3 (56,5; 64,0)	91	86,7 (78,9; 91,9)
Americana	81	12,5 (10,2; 15,3)	18	17,1 (11,1; 25,5)
Nacional	182	28,1 (24,8; 31,7)	28	26,7 (19,1; 35,8)
Local	104	16,1 (13,5; 19,1)	0	0,0 (0,0; 3,5)
Guía NICE	136	21,0 (18,1; 24,3)	-	-
De su propio centro	70	10,8 (8,7; 13,5)	4	3,8 (1,5; 9,4)
<i>Existencia de un plan de cuidados específico de enfermería para el paciente</i>				
Sí	646	82,8 (80,0; 85,3)	42	35,3 (27,3; 44,2)
No	134	17,2 (14,7; 20,0)	77	64,7 (55,8; 72,7)
<i>Frecuencia de seguimiento del paciente controlado</i>				
Lo desconozco	37	4,7 (3,5; 6,5)	-	-
No hacen seguimiento regular	28	3,6 (2,5; 5,1)	-	-
2-3 veces al año	161	20,6 (18,0; 23,6)	92	77,3 (69,0; 83,9)
4 veces al año	233	29,9 (26,8; 33,2)	16	13,5 (8,5; 20,7)
Más de 4 veces al año	321	41,2 (41,2; 37,8)	11	9,2 (5,2; 15,8)
Derivación EAP-AE				
<i>Protocolos comunes para el manejo del paciente entre AP y AE</i>				
Sí	283	36,3 (33,0; 39,7)	24	20,2 (13,9; 28,3)
No	497	63,7 (60,3; 67,0)	95	79,8 (71,7; 86,1)
<i>Flujo de derivación entre EAP y AE^a</i>				
Email	47	6,0 (4,6; 7,9)	11	9,2 (5,2; 15,8)
Sesión presencial	48	6,2 (4,7; 8,1)	5	4,2 (1,8; 9,5)
Teléfono	81	10,4 (8,4; 12,7)	21	17,7 (11,8; 25,5)
Hoja de derivación	738	94,6 (92,8; 96,0)	110	92,4 (86,3; 96,0)

%; porcentaje; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; N: n.º de participantes.

^a Opción de respuesta múltiple.

Un porcentaje similar de EAP y AE informó de la no disponibilidad de protocolos comunes para el manejo del paciente diabético. El flujo de comunicación más frecuente fue la hoja de derivación (94,62% y 92,4%).

Los motivos de derivación más frecuentes del EAP a AE fueron «sospecha de DM específicas» (71,9%), «embarazo de mujer diabética» (71,7%), «pacientes menores de 40 años con posible DM1 en el momento del diagnóstico» (62,4%) y «mal control de la diabetes» (61,0%). Cabe señalar que cerca del 75% de los EAP indicaban que derivaría al especialista a un paciente diabético con HTA cuando su PA fuera > 150/100 mm Hg (tabla 2).

La mayoría de médicos de AE (82,0%) opinó que los pacientes con DM2 debían ser controlados por AE cuando hubiese un «mal control» y señalaron como criterios de derivación las hipoglucemias frecuentes (26,0%) o graves (29,0%). Al contrario que los EAP, los médicos especialistas apenas consideraban como criterio de derivación la «sospecha de DM específica» (3,0%), «embarazo de mujer diabética» (8,0%) o «menores de 40 años con posible DM1 en

el momento del diagnóstico» (8,0%). Cerca del 90% indicaba que el servicio responsable del paciente con difícil control de DM2 era endocrinología.

Un 5,0% de médicos de AE utilizaba telemedicina para el seguimiento de los pacientes con DM2 mal controlados, empleando el 60,0% plataformas propias de su área de salud.

Diferencias por zonas geográficas

En la tabla 4 se muestran las diferencias geográficas en relación con el manejo del paciente hipertenso y diabético. Para ambos casos, el sur era la zona donde menos protocolos existían para el control de los pacientes en AP.

En todo el territorio el flujo de comunicación entre EAP y AE se realizó mayoritariamente a través de las hojas de derivación. Aunque el correo electrónico fue poco utilizado en comparación con los otros canales de comunicación, fue el único en el que se obtuvo diferencias estadísticamente

Tabla 2 Criterios para derivar a un paciente hipertenso y a un paciente diabético al especialista según el médico de EAP (n = 780) y el de AE (n = 100)

Criterios de derivación paciente hipertenso ^a	Médico EAP	
	N	% (IC 95%)
Mal control	232	29,7 (26,6; 33,0)
Hipertensión resistente	631	80,9 (78,0; 83,5)
Afectación orgánica	349	44,7 (41,3; 48,3)
Posibilidad de tratamiento hospitalario	293	37,6 (34,2; 41,0)
Presencia de 2 factores de riesgo cardiovascular	45	5,8 (4,3; 7,6)
Hipertensión de grado 3	159	20,4 (17,7; 23,4)
Sospecha de hipertensión secundaria	590	75,6 (72,5; 78,5)

Criterios de derivación paciente diabético ^a	Médico EAP		Médico AE	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Mal control	476	61,0 (57,6; 64,4)	82	82,0 (73,3; 88,3)
Pautas de tratamiento complejas	242	31,0 (27,9; 34,4)	17	17,0 (10,9; 25,6)
Hipoglucemias frecuentes	266	34,1 (30,9; 37,5)	26	26,0 (18,4; 35,4)
Hipoglucemia grave	291	37,3 (34,0; 40,8)	29	29,0 (21,0; 38,5)
Cuándo inicio tratamiento con AO con presencia de IR	62	8,0 (6,3; 10,1)	20	20,0 (13,3; 28,9)
Inicio del tratamiento con insulina	76	9,7 (7,9; 12,0)	5	5,0 (2,2; 11,2)
Sospecha de DM específicas	561	71,9 (68,7; 75,0)	3	3,0 (1,0; 8,5)
Embarazo de mujer diabética	559	71,7 (68,4; 74,7)	8	8,0 (4,1; 15,0)
Pacientes menores de 40 años con posible DM1 al diagnóstico	487	62,4 (59,0; 65,8)	8	8,0 (4,1; 15,0)
Al diagnóstico para definir una pauta de actuación conjunta	35	4,5 (3,2; 6,2)	1	1,0 (0,2; 5,5)

AE: atención especializada; AO: antidiabéticos orales; DM: diabetes mellitus; EAP: especialista atención primaria; N: frecuencias; %: porcentaje; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

^a Opción de respuesta múltiple.

significativas entre las zonas geográficas, tanto para el paciente hipertenso ($p < 0,001$), como para el diabético ($p < 0,001$), siendo en el norte donde más se utilizaba.

Al analizar las respuestas de los EAP referentes al manejo del paciente con HTA, no se detectaron diferencias en cuanto al uso de guías en la práctica habitual del profesional, pero sí en referencia a la guía específica utilizada. Así, la guía Europea¹⁸ se empleaba mayoritariamente en el centro (66,7%), la NICE²² en el sur (26,7%) y la guía local en el norte (20,8%; $p < 0,05$).

En referencia al método de estratificación, también se hallaron diferencias, siendo las tablas SCORE^{19,20} las utilizadas mayoritariamente en el centro (86,7%; $p < 0,001$), Framingham^{23,24} en el sur (39,0%; $p < 0,05$) y REGICOR^{23,25} en el norte (29,5%; $p < 0,001$). El norte fue la zona donde había más posibilidad de realizar una MAPA (62,7%; $p < 0,001$).

Una mayor proporción de médicos de AE del centro señalaron los servicios de cardiología (10,8%) y nefrología (13,5%) como los responsables del tratamiento y seguimiento del paciente con mal control de la HTA ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente).

Al analizar las respuestas de los EAP referentes al paciente diabético, se observaron diferencias en cuanto a la guía específica empleada en la práctica habitual. El sur fue la zona donde menos se empleaba la guía red GDPS²⁶ (21,8%; $p < 0,01$).

En cuanto al criterio de derivación del paciente con DM2 de AP a AE, solo se mostraron diferencias significativas en los criterios «embarazo de mujer diabética» ($p < 0,01$),

«hipoglucemia grave» ($p < 0,05$) y «pautas de tratamiento complejas» ($p < 0,05$). Estos 3 criterios fueron citados menos frecuentemente en el sur (63,6%, 31,6% y 27,5%, respectivamente).

Discusión

Los resultados de este estudio reflejan la percepción de los circuitos de atención de los pacientes hipertensos y diabéticos dentro del Sistema Nacional de Salud, mostrando los puntos comunes entre ambos niveles asistenciales, así como sus discrepancias en relación con el manejo de estos pacientes.

En AP habitualmente se realiza una estratificación en la que se valora el riesgo individual, lo que ayuda a la toma de decisiones lógicas del manejo de la enfermedad y evitar los tratamientos deficientes o excesivos. En línea con las sugerencias de la guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica, el método más frecuentemente empleado en España por los EAP para la estratificación del paciente con HTA son las tablas SCORE^{19,20,27,28}, especialmente en la región norte.

Entre el personal integrante de los equipos de AP y AE se encuentra enfermería, cuyas funciones engloban, entre otras, el seguimiento de los pacientes²⁹. Se observa que la protocolización del papel de enfermería era más habitual en AP que en AE, con la existencia de un plan de cuidados específico para el seguimiento del paciente.

Tabla 3 Circuito de atención del paciente diabético: especialidad atención primaria (n = 780) y especializada (n = 100)

	Especialidad atención primaria		Atención especializada	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Manejo del paciente				
<i>Seguimiento de guía sobre el manejo o tratamiento del paciente</i>				
Sí	633	81,2 (78,3; 83,8)	92	92,0 (85,0; 95,9)
No	147	18,9 (16,3; 21,7)	8	8,0 (4,1; 15,0)
<i>Guía utilizada para el seguimiento del paciente^a</i>				
ADA-EASD	368	58,1 (54,3; 61,9)	85	92,4 (85,1; 96,3)
AACE	17	2,7 (1,7; 4,3)	26	28,3 (20,1; 38,2)
SED	131	20,7 (17,7; 24,0)	36	39,1 (29,8; 49,4)
RedGedaps	187	29,5 (26,1; 33,2)	5	5,4 (2,3; 12,1)
NICE	125	19,8 (16,8; 23,0)	10	10,9 (6,0; 18,9)
De su propio centro	145	22,9 (19,8; 26,3)	12	13,0 (7,6; 21,4)
<i>Existencia de un plan de cuidados específico de enfermería para el paciente</i>				
Sí	693	88,9 (86,4; 90,9)	73	73,0 (63,6; 80,7)
No	87	11,1 (9,1; 13,6)	27	27,0 (19,3; 36,4)
Derivación EAP-AE				
<i>Protocolos comunes para el manejo del paciente entre EAP y AE</i>				
Sí	347	44,5 (41,0; 48,0)	55	55,0 (45,2; 64,4)
No	433	55,5 (52,0; 59,0)	45	45,0 (35,6; 54,8)
<i>Flujo de derivación entre EAP y AE^c</i>				
Correo electrónico	73	9,4 (7,5; 11,6)	11	11,0 (6,3; 18,6)
Sesión presencial	67	8,6 (6,8; 10,8)	15	15,0 (9,3; 23,3)
Teléfono	120	15,4 (13,0; 18,1)	27	27,0 (19,3; 36,4)
Hoja de derivación	731	93,7 (91,8; 95,2)	93	93,0 (86,3; 96,6)

%; porcentaje; AE: atención especializada; EAP: especialista atención primaria; IC 95%: intervalo de confianza al 95%; n: frecuencias.

^a Opción de respuesta múltiple.

La periodicidad del seguimiento del paciente por parte de enfermería debe ser flexible, pues puede variar entre pacientes e incluso en un mismo paciente. En este estudio, la frecuencia mayoritaria de seguimiento en AP por parte de enfermería en los pacientes con HTA y DM2 era como mínimo 4 veces/año en pacientes bien controlados, coincidiendo con la argumentada por Sampedro (2006)³⁰. Por su parte, los médicos especialistas encuestados de este estudio argumentaron que el seguimiento en AE era mayoritariamente de 2-3 veces/año en pacientes bien controlados.

Si bien la existencia de protocolos comunes que incluyan los criterios de derivación y los canales de comunicación son factores que contribuyen a una buena coordinación entre AP y AE, favoreciendo la obtención de una atención global, individualizada, integrada, continuada y eficaz, los resultados muestran la ausencia o desconocimiento de la existencia de estos protocolos comunes en el sistema sanitario español, especialmente en la región sur. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios, donde el 68,2% de EAP declararon la no existencia de un protocolo de coordinación con AE para la derivación de pacientes con DM2³¹.

Establecer unos criterios comunes de derivación al médico de AE es fundamental para la continuidad de la asistencia sanitaria, permitiendo optimizar el tratamiento y control de las enfermedades. Se calcula que entre el 4-6% de los pacientes atendidos por EAP son derivados^{11,32,33}. Diversos trabajos han evaluado las especialidades a las que se realizan más asiduamente derivaciones. En el estudio

de Franquelo-Morales (2008)³⁴ estas especialidades fueron traumatología, oftalmología, ginecología y dermatología, coincidiendo con Arribas (2000)³⁵. Resaltar que la HTA y la DM2, siendo enfermedades con una importante prevalencia, no coinciden con las especialidades a las que con más frecuencia se realiza interconsulta. Arribas (2000)³⁵ señaló que este hecho puede deberse a que no siempre la complejidad del proceso es lo que indica la derivación, sino más bien el nivel de formación en una u otra especialidad, o la voluntad de asumir más o menos cargas de trabajo. En sintonía con trabajos anteriores, los principales criterios para derivar a un paciente con HTA citados en el presente trabajo fueron la hipertensión resistente y la sospecha de hipertensión secundaria, principalmente por la gravedad que conlleva, o las dificultades en su diagnóstico y tratamiento³². En relación con las derivaciones de retorno, en línea con nuestros resultados, otros trabajos muestran que el criterio de derivación más frecuente fue haber logrado el objetivo³¹.

Por otro lado, es fundamental el funcionamiento correcto de los canales de comunicación para conseguir una coordinación correcta entre los médicos EAP y AE. En el presente estudio la hoja de derivación fue el principal medio de comunicación entre EAP y médicos de AE, tanto en el paciente con HTA como con DM2. Otros trabajos también señalan el documento como el principal medio utilizado^{11,31,35}.

Las guías de práctica clínica son un instrumento cuyo uso reporta numerosos beneficios. En estas guías se recopilan evidencias y recomendaciones con el objetivo de conseguir

Tabla 4 Diferencias entre zonas geográficas en especialidad atención primaria

	Paciente hipertenso			p	Paciente diabético			p
	Norte	Centro	Sur		Norte	Centro	Sur	
<i>Existencia de protocolos para seguimiento del paciente</i>								
Sí	74,3 (68,4; 79,4)	78,5 (73,2; 83,0)	62,5 (56,5; 68,0)	< 0,001	77,2 (71,5; 82,0)	83,0 (78,0; 87,0)	72,1 (66,5; 77,1)	< 0,05
No	25,7 (20,6; 31,6)	21,5 (17,0; 26,8)	37,6 (32,0; 43,5)		22,8 (18,0; 28,5)	17,0 (13,0; 22,0)	27,9 (22,9; 33,5)	
<i>Existencia de protocolos comunes entre EAP y AE</i>								
Sí	44,0 (37,9; 50,3)	33,3 (28,0; 39,2)	32,3 (27,0; 38,2)	< 0,05	49,0 (42,7; 55,2)	43,0 (37,2; 48,9)	42,0 (36,3; 48,0)	NS
No	56,0 (49,7; 62,1)	66,7 (60,8; 72,0)	67,7 (61,9; 73,0)		51,0 (44,8; 57,3)	57,0 (51,1; 62,8)	58,0 (52,0; 63,7)	
<i>Flujo de derivación^a</i>								
Correo electrónico	10,0 (6,8; 14,4)	6,3 (4,0; 9,9)	2,2 (1,0; 4,8)	< 0,001	16,2 (12,1; 21,4)	5,6 (3,4; 9,0)	7,1 (4,6; 10,8)	< 0,001
Hoja de derivación	94,6 (91,0; 96,8)	94,1 (90,6; 96,3)	95,2 (91,9; 97,2)	NS	93,0 (89,0; 95,6)	94,8 (91,5; 96,9)	93,3 (89,7; 95,7)	NS
Sesión presencial	5,8 (3,5; 9,5)	5,9 (3,7; 9,4)	6,7 (4,3; 10,3)	NS	8,7 (5,8; 13,0)	6,3 (4,0; 9,9)	10,8 (7,6; 15,1)	NS
Teléfono	13,7 (9,9; 18,6)	7,8 (5,1; 11,6)	10,0 (7,0; 14,2)	NS	17,0 (12,8; 22,3)	14,1 (10,4; 18,7)	15,2 (11,4; 20,0)	NS
<i>Frecuencia de seguimiento del paciente</i>								
Lo desconozco	4,6 (2,6; 8,0)	3,7 (2,0; 6,7)	6,0 (3,7; 9,4)	< 0,05	2,9 (1,4; 5,9)	4,1 (2,3; 7,2)	6,3 (4,0; 9,9)	< 0,001
No seguimiento regular	5,4 (3,2; 9,0)	2,2 (1,0; 4,8)	3,4 (1,8; 6,2)		5,4 (3,2; 9,0)	1,9 (0,8; 4,3)	2,2 (1,0; 4,8)	
2-3 veces al año	25,3 (20,2; 31,2)	15,6 (11,7; 20,4)	21,6 (17,1; 26,9)		19,5 (15,0; 25,0)	11,5 (8,2; 15,3)	13,8 (10,2; 18,4)	
4 veces al año	30,3 (24,8; 36,4)	31,5 (26,2; 37,3)	27,9 (22,9; 33,5)		25,3 (20,2; 31,2)	21,1 (16,7; 26,4)	21,6 (17,1; 26,9)	
Más de 4 veces al año	34,4 (28,7; 40,6)	47,0 (41,2; 53,0)	41,3 (35,5; 47,2)		46,9 (40,7; 53,2)	61,5 (55,6; 67,1)	56,1 (50,2; 61,9)	

NS: No diferencias estadísticamente significativas. Todos los resultados se muestran como porcentaje (intervalo de confianza al 95%).

^a Opción de respuesta múltiple.

un diagnóstico, una clasificación y un tratamiento adecuado de los pacientes, optimizando la eficiencia del sistema. Además, el estudio realizado por Saéz (2012)⁷ estimó que la falta de control de la HTA incrementaba en un 13,0% el coste unitario. En los casos con DM2 mal controlada los costes pueden ser hasta 3 veces superiores⁸.

Diversos estudios desarrollados en nuestro país han señalado que los médicos conocen las recomendaciones de las guías y están de acuerdo con ellas, pero a pesar de ello no las aplican. El estudio PRETEND³⁶ mostró que un 30-40% de los médicos aplican las guías ocasionalmente o casi nunca. En el trabajo de González-Juanatey (2006)³⁷ el porcentaje de EAP que empleaban las guías fue del 10-15%. En el presente estudio, los médicos, tanto EAP como de AE, seguían una guía sobre el manejo o tratamiento del paciente con HTA y DM2 en porcentajes muy elevados, si bien existen diferencias entre las guías aplicadas en función de la distribución geográfica. En el estudio realizado por Gómez (2006)³⁸ se demostró que la implementación de las guías mejoró el riesgo cardiovascular de los pacientes.

Por último, cabe señalar que menos de la mitad de EAP indicaron disponer en su centro de la posibilidad de realizar MAPA, a excepción del norte, donde superaba el 60%. La MAPA es una técnica muy apropiada para el correcto manejo de la HTA, ya que permite identificar parámetros de PA en distintos períodos de monitorización, mostrando la necesidad de incrementar su disponibilidad¹. En cuanto al manejo de PA, se ha observado que aproximadamente un 75% de EAP derivaría a un paciente diabético con HTA a AE si su PA > 150/100 mm Hg, mientras que una cuarta parte derivaría con valores entre 140/90-149/99.

Entre las limitaciones del estudio se puede incluir el muestreo probabilístico de conveniencia utilizado, el cual puede dar lugar a resultados sesgados, lo que podría dificultar su generalización. Sin embargo, cabe destacar que la tasa de respuesta ha sido del 100%, lo cual otorga mayor robustez a las conclusiones debido al elevado tamaño de la muestra. Así mismo, señalar que no todas las comparaciones realizadas en el presente estudio fueron mediante pruebas estadísticas, y no tienen un valor de significación asignado, si bien se pueden hacer cautas interpretaciones mediante los intervalos de confianza de los distintos porcentajes.

Los resultados ponen de manifiesto que el sistema sanitario ha mejorado considerablemente en los últimos años, alcanzando un elevado nivel de desarrollo, pero la comunicación entre niveles asistenciales continúa siendo pobre. Se debe establecer como objetivo principal conseguir un grado excelente de coordinación entre los EAP y la AE por las numerosas ventajas que supondría, como la disminución del impacto social y económico de la enfermedad. La relación entre los médicos de ambos niveles asistenciales debe ser periódica y horizontal, dejando atrás la tradicional idea de jerarquización que se ha asociado con la relación entre niveles e imponiendo el concepto de continuidad entre ambos. Han de realizarse futuros estudios centrados en los métodos de mejora de los circuitos de atención entre ambos niveles, así como en la implantación de las nuevas tecnologías de comunicación. Las actividades para conseguir los objetivos de buena relación entre niveles asistenciales deben basarse en acciones organizativas llevadas a cabo por todos los profesionales implicados en dicha relación.

Responsabilidades éticas

Los procedimientos seguidos durante la investigación se han realizado conforme a las normas éticas del CEIC del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, y de acuerdo con el Council for International Organizations of Medical Sciences y la declaración de Helsinki.

Autoría

Todos los autores han participado de manera sustancial y equitativa en el diseño del estudio y la escritura del artículo, aprobando todos ellos la versión final del manuscrito.

Financiación

El presente estudio ha sido financiado por Abbott.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no existe ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Outcomes'10 su colaboración durante el desarrollo del proyecto y el apoyo en la revisión crítica del manuscrito.

Bibliografía

1. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:104-16.
2. Guidelines Subcommittee WHO. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *Hypertension*. 1999;17:151-83.
3. Eumann-Mesas A, Guallar-Castillon P, Leon-Muñoz MP, Graciani A, Lopez-García E, Gutierrez-Fisac JL, et al. Obesity-related eating behaviors are associated with low physical activity and poor diet quality in Spain. *J Nutr*. 2012;142:1321-8.
4. Gutiérrez-Misis A, Sánchez-Santos MT, Banegas JR, Zunzunegui MV, Castell MV, Otero A. Prevalence and incidence of hypertension in a population cohort of people aged 65 years or older in Spain. *J Hypertens*. 2011;29:1863-70.
5. Valdés S, Rojo-Martínez G, Soriguer F. Evaluación de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:352-5.
6. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet es Study. *Diabetol*. 2012;55:88-93.
7. Saez M, Barcelo MA. Coste de la hipertensión arterial en España. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2012;29:145-51.
8. Vinagre Torres I, Conget Donlo I. Situación actual del control de la diabetes mellitus tipo 2 en España. Identificación de las principales barreras en la práctica clínica habitual. *Med Clin (Barc)*. 2013;141 Supl 2:3-6.
9. Lombera-Romero F, Barrios-Alonso V, Soria-Arcos F, Placer-Peralta L, Cruz-Fernández JMA, Tomás-Abadal L, et al. Guías

- de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:66–90.
10. Isla P, Castella E, Insa R, Lopez M, Icart T, Blanco M, et al. Proporción de carga asistencial generada por la diabetes mellitus en las consultas de enfermería de atención primaria de salud. *Endocrinol Nutr*. 2007;54:2–9.
 11. Moreno-Martínez F, Casals-Sánchez JL, Sánchez-Rivasa JM, Rivera-Irigoina R, Vázquez Sánchez MÁ. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre atención primaria y especializada. *SEMERGEN*. 2008;34:218–23.
 12. Morell-Bernabé JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV curso de Pediatría en AP; 2003 enero; Madrid, España.
 13. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:159–66.
 14. Alonso-Fernández M, Ayala S, Buitrago F, Estremera V, García L, Molina MA, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2002.
 15. Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria*. 2002;29:502–6.
 16. Terraza-Nuñez R, Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20:485–95.
 17. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [consultado 19 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.mssi.gov.es/>.
 18. Mancía G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2013;31:1281–357.
 19. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: The SCORE project. *Eur Heart J*. 2003;24:987–1003.
 20. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:937.e1-e66.
 21. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. *Diabetes Care*. 2012;35:1364–79.
 22. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. 2011 [consultado 19 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg127>.
 23. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*. 1998;97:1837–47.
 24. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovás J, et al. An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:634–8.
 25. Marrugat J, Subirana I, Comin E, Cabezas C, Vila J, Elosua R, et al. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: The VERIFICA study. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:40–7.
 26. redGDPS. Práctica clínica en la DM2. 2011 [consultado 19 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=526>
 27. Marín R, de la Sierra A, Armario P, Campo C, Banegas JR, Gorostidi M. Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2005. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:24–34.
 28. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur Heart J*. 2003;24:1601–10.
 29. Dalfo Baqué A, Gibert Llorach E, Vila Coll MA, Sabartés Saperas T. Diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial: ¿es relevante el papel del personal de enfermería? *Aten Primaria*. 2000;26:180–3.
 30. Zapata MA. El paciente hipertenso en la consulta de enfermería. *The hypertensive patient at the nurses consult*. *Enfermería global*. 2006;9:1–6.
 31. Escalada FJ, Ezkurra P, Ferrer JC, Ortega C, Roldán C, Font B. Análisis sobre los motivos de derivación de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 entre atención primaria y atención especializada. *Estudio Pathways*. *Av Diabetol*. 2013;29:60–7.
 32. Roldán-Suárez C, Fernández-López L, Guerrero-Llamas L, Alcázar de la Ossa JM. Criterios de derivación de pacientes hipertensos a una unidad de hipertensión arterial. *Hipertensión*. 2003;20:354–60.
 33. Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, Álvarez-Álvarez B, García-Donaire JA, Galgo-Nafria A. Evaluation of referral process of the hypertensive patient in Spain: DERIVA study. *Aten Primaria*. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.001>
 34. Franquelo-Morales P, García Mateosa D, Moya Martínez P, Lema-Bartolomé J, Buendía-Bermejod J, Sáiz-Santos S. Tasa de derivación y factores asociados a la calidad de la hoja de derivación en atención primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2008;2:199–205.
 35. Rubio-Arribas ML, Rodríguez-Ibáñez E, Sampedro-Martínez C, Victores Benavente C, Alechiguerra-García A, Barrio Gamarra JL. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento interconsulta V. *Aten Primaria*. 2000;26:681–4.
 36. Divisón JA, Barrios V, Medialdea F, Escobar C, en nombre de los investigadores del estudio PRETEND. Grado de conocimiento y aplicación en Atención Primaria de las guías de práctica clínica de hipertensión Estudio PRETEND. *Hipertensión*. 2007;24:194–200.
 37. González-Juanatey JR, Alegría-Ezquerria E, Aznar-Costa J, Bertomeu-Martínez V, Franch-Nadal J, Palma-Gámiz JL. Conocimiento y aplicación de las guías de práctica clínica sobre riesgo cardiovascular en las consultas generales y especializadas. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:801–6.
 38. Gómez Marcos MA, García Ortiz L, González Elena LJ, Sánchez Rodríguez A. Efectividad de una intervención para mejorar la calidad de los cuidados en reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes. *Aten Primaria*. 2006;37:498–503.