Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):577

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-57. - CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA MÉDICA DESDE LA IMPLANTACIÓN DE DAE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Menduiña Guillén, P. Alaminos García, I. Aomar Millán, F. Pérez Blanco

UGC de Medicina Interna. Hospital San Cecilio. Granada.

Resumen

Objetivos: Diraya Atención Especializada (DAE) se implantó en nuestro hospital el 21 de marzo de 2013. La información de nuestro Sistema de Información Hospitalario desde el 1 de enero al 21 de marzo tanto de episodios de hospitalización como de Hospital de día médico y quirúrgico, se puso en marcha a partir de esta estableciendo un nuevo modelo de historia clínica, que incluye además nuevas versiones de informes de alta médica y de enfermería. El objetivo principal de nuestro trabajo es la evaluación de la calidad del contenido de la información del informe de alta médica de una muestra aleatoria de registros de pacientes ingresados en una Unidad de Gestión clínica de Medicina Interna de una Hospital de 3er Nivel. En nuestro caso el Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

Métodos: Se obtuvieron de forma aleatoria 313 registros de paciente ingresados en una Unidad de Gestión clínica de Medicina Interna de una Hospital de 3er Nivel, de una población total de 9.944 registros; en nuestro caso el Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Tres vocales de médicos de la comisión de historias clínicas de dicho Hospital, analizaron la información recogida en los informes de alta médica medica de los pacientes que fueron dados de alta de estos 313 registros, excluyendo aquellos que habían fallecido durante el ingreso. De ellos 23 episodios carecían de información por lo que finalmente fueron analizados 290. Se analizaron: datos de identificación del paciente, motivo de alta, información y mención de los procedimientos médico y/o quirúrgicos o intervencionistas llevados a cabo durante el ingreso, diagnósticos primarios y/o secundarios, existencia de informe de alta enfermería adjunto al de alta médica, evolución médica del paciente y si existían o no copias de las notas de evolución en el apartado de Evolución del Informe, y si el informe de alta nos permite conocer con claridad lo que le pasó al paciente en el episodio.

Resultados: El informe de alta médica está presente en el 92% de los episodios analizados. El informe de alta de enfermería tan solo está presente en 115 de los 290 registros válidos (40%). El Informe de Alta no existe y se ha sustituido por un informe de traslado interservicios (solo refleja unos días de la estancia del paciente en el hospital): 2 (2,8%). Los datos de filiación del paciente, incluyendo nombre y apellidos, nº de historia clínica, edad, dirección, así como NUHSA están presentes en el 100% de los registros. En cuanto a la calidad del informe de alta: la información que aparece en dicho informe (a juicio de los observadores) es suficiente para entender que le pasó al paciente en el episodio en 223 registros (84%), no es suficiente en 43 de ellos (24%). El motivo del alta está presente en 147 (55%). Los diagnósticos y procedimientos diagnósticos están en 201

informes de alta (76%). La información de los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas realizados es insuficiente en 5 (7%). El diagnóstico principal es ininteligible por las siglas o tecnicismos que contiene: 4 (5,7%). Información excesivamente escueta en 5 (7%). Evolución clínica presente en todos los episodios. Faltan datos significativos de la evolución del paciente: 7 (10%). Falta estado del paciente al alta en 15 (21,7%). Informe elaborado por "corta y pega" de las notas de evolución sin ninguna otra redacción 4 (5,7%).

Conclusiones: La calidad de la información del informe de alta de los episodios de medicina interna en identificación de Diagnósticos y procedimientos así como motivo de alta del paciente es deficiente. El alta de enfermería se cumplimenta todavía en un bajo porcentaje de pacientes; y cuando se hace no aparece como parte del informe de alta médico. Es fundamental la formación continuada de los profesionales en el manejo de DAE y la participación de estos de forma ágil y significativa en los grupos funcionales. La comisión de historias clínicas del centro debe de tener un papel clave en el desarrollo de estos procesos.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.