Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):330

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-023 - EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

S. Mendoza Lizardo, S. Tabares Rodríguez, M. Pérez Figueras, N. Mayoral Canalejas, S. Bellón Vallinot, J. Collado Álvarez, H. Martín Álvarez y M. González Anglada.

Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer la calidad de los informes de alta hospitalaria (IAH) del servicio de medicina interna de un hospital universitario de tercer nivel en la comunidad de Madrid. Se evaluaron las variables estipuladas en el consenso para la elaboración de los informes de alta de especialidades médicas y el Real Decreto 1093/2010 que han sido consideradas como imprescindibles en un informe de alta hospitalaria de calidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el servicio de medicina interna de un hospital universitario de tercer nivel con historia clínica electrónica. Se revisaron un total de 91 informes de alta en la historia clínica electrónica, escogidos de manera aleatoria, durante los meses de abril a junio de 2017. Se recogieron las variables de nombre del paciente, edad, número de historia clínica, sexo, número de seguridad social, domicilio, teléfono, fecha de ingreso, fecha de alta, tipo de documento, servicio, nombre del facultativo responsable, categoría profesional, tipo de ingreso, motivo de ingreso, antecedentes personales, situación basal, enfermedad actual, exploración física, pruebas complementarias, evolución, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, tratamiento al ingreso y al alta, y datos del centro hospitalario. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS, describiéndose las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar.

Resultados: Se revisaron 91 informes y en el 100% se especifican los datos del centro hospitalario y de filiación personal del paciente, el motivo de ingreso, tipo de ingreso, antecedentes personales, tratamiento previo a ingreso, enfermedad actual, exploración física, resumen de pruebas complementarias, comentario de evolución y diagnóstico. En un 35,2% (n = 32) no consta la situación basal previa a ingreso. Se documentaron de forma separada los procedimientos realizados al paciente en el 5,5% (n = 5), aunque sí se describen en el comentario de evolución en 100% de los informes. No se especificó el tratamiento al alta en un 5,5% (n = 5). En el 100% de los casos aunque aparece el nombre del facultativo que firma el informe no se especifica la categoría profesional del mismo (médico adjunto vs médico residente). Se realizó una división entre el diagnóstico principal y diagnósticos secundarios del paciente en el 17% (n = 17).

Discusión: El IAH es un documento fundamental de la historia clínica que facilita la continuidad

asistencial. Con los datos que hemos analizado observamos que los IAH cumplen los parámetros recomendados en la elaboración de un informe de alta de calidad; sin embargo hemos encontrado varias áreas a mejorar. En nuestro hospital debido a un ajuste informático en la elaboración final del documento en ningún caso está reflejado en el informe si el médico firmante es médico especialista o residente y su respectiva especialidad. Además no hay un apartado en el que se especifiquen los distintos procedimientos realizados durante el ingreso hospitalario al paciente, (transfusiones, colocación de sonda vesical, nasogástrica, vías centrales o periféricas, realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas invasivas); aunque si son mencionados en el comentario de evolución en la mayoría de los informes. En cuanto a la parte asistencial, se debe hacer énfasis en datos fundamentales como la situación basal del paciente previo a ingreso, de cara a la toma de decisiones en beneficio del paciente.

Conclusiones: En nuestro hospital los informes de alta cumplen los criterios de calidad mencionados en el consenso para la realización de IAH en la mayor parte de los ítems. Podemos mejorar añadiendo nuevos campos en el informe generado automáticamente por la historia clínica electrónica como “situación basal”, “procedimientos”, especialidad y cargo del médico que genera y firma el informe.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.