



1558 - EVALUACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Álvaro González-Blanch Rodríguez, Sara Uceda Pescador, Rosa María Fariña García, Ana Villanueva Fernández-Ardavín, David José Martín García, Ana Yi-Shi Wu Yang, Juan Gabriel Sánchez Cano e Isabel González Anglada

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar la calidad de los informes de alta hospitalaria (IAH) de Medicina Interna valorando las variables establecidas en el consenso para la elaboración de los informes de alta de especialidades médicas y el Real Decreto 1093/2010, imprescindibles en un informe de calidad. Además, se comparó con un estudio previo realizado en el mismo servicio hace 6 años

Métodos: Estudio retrospectivo en el servicio de Medicina Interna de un hospital universitario de tercer nivel y complejidad intermedia. Se revisaron 178 informes de alta de historia clínica electrónica de pacientes ingresados de forma consecutiva del 15/1 al 15/2/2020. Recopilamos variables demográficas, motivo ingreso, antecedentes personales, situación basal, enfermedad actual, exploración física, pruebas complementarias, evolución, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos, alergias, tratamiento y su conciliación, médicos firmantes y si era especialista o residente. Análisis estadístico realizado con SPSS 22,0, descriptivo con frecuencias e inferencial con chi cuadrado.

Resultados: De 178 informes revisados, el 98,9% incluían de forma completa: motivo de consulta, antecedentes personales, tratamiento previo a ingreso, enfermedad actual, exploración física, resumen de pruebas complementarias, comentario de evolución y diagnóstico. Sin embargo, el 79,8% carecían de al menos uno de los ítems considerados como imprescindibles en un informe de alta hospitalaria de calidad: ausencia de situación basal 25,3%, no se desglosa procedimientos 66,3%, no especifica especialidad médica 52,8%, categoría adecuada del médico en 91,6. Solo el 34,3% realizaban correctamente la distinción entre diagnóstico principal y diagnósticos secundarios. En el 100% había prescripción en informe de alta pero solo estaba conciliada en el 30,3%, encontramos asociación entre la calidad del informe y la conciliación de la mediación $p = 0,014$. En comparación con el estudio realizado hace 6 años, se observaron mejoras en la recopilación de datos de la situación basal (35,2% de 91 informes totales), la inclusión de procedimientos en apartado separado (5,5% en estudio previo), y distinción entre diagnóstico principal y diagnósticos secundarios (34% frente 17% anterior).

Discusión: Aunque existe un alto porcentaje de informes que no recogen todos los ítems

considerados, el número de errores graves que pueden poner en riesgo la salud del paciente es escaso. Se resalta la importancia de la calidad de los informes para fomentar una mejor conciliación de la medicación al alta.

Conclusiones: Los informes de alta hospitalaria deben cumplir un estándar de calidad definido para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Aunque se han observado mejoras en comparación con el estudio anterior, aún queda margen de mejora. Se plantea la necesidad de rediseñar los formatos informáticos de los informes y difundir el estándar actual de calidad para alcanzar un mayor cumplimiento en los distintos puntos del informe.