



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

V-111. - EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DOCENTE

Y. Alvarado, Z. Salinas, R. Hernández-Del Rey

Servicio de Medicina Interna. Centre Sociosanitari de l' Hospitalet-Consorci Sanitari Integral. L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Determinar la calidad de los IAH realizados durante el año 2011, a los 2 años de la informatización de la historia clínica, por el servicio de Medicina Interna del Hospital General de l' Hospitalet del Llobregat.

Métodos: Se diseñó una encuesta con 35 preguntas dicotómicas (consensuadas con los adjuntos del servicio) sobre los diferentes componentes del IAH. Se calculó el tamaño muestral aceptando un riesgo alfa del 5%, para estimar con una precisión de 7% en un contraste bilateral una proporción esperada del 50%, resultando 169 IAH, que se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple sobre un total de 940 altas, excluidas las de Ortopediatria y los exitus. La revisión se realizó por 7 equipos (adjunto y residente, excluyendo los de primer año), se les instruyó en la parte teórica para homogenizar la valoración de las variables. Ningún equipo revisó sus propios informes.

Resultados: De los 169 IAH analizados en 35 (21%) no hubo coincidencia en la identificación del médico responsable entre el encabezamiento y la firma. No figuraba el motivo de consulta en 35 (21%), ni si había o no hábitos tóxicos en 36 (21%). Los antecedentes laborales y familiares deberían constar y no constaban en 42 (65%) y 38 (72%) respectivamente. En los mayores de 65 años no constaba la valoración del estado funcional en 63 (50%), el estado cognitivo en 78 (62%) y la valoración social en 63 (50%). Las constantes vitales no estaban en 29 (17%). Se transcribieron de forma literal la analítica en 71 (43%), las ecografías en 37 (56%) y las tomografías computarizadas en 29 (54%). La evolución clínica no constaba en 22 (13%), ni el estado del paciente al alta en 48 (28%), ni si se había dado información al paciente y familiares en 69 (73%), el pronóstico al alta no estaba y debería constar (por la gravedad de la enfermedad) en 57 (65%). No constaba el régimen de vida a seguir en 70 (59%) ni el tratamiento previo con las dosis en 30 (18%), la pauta terapéutica completa (con vía de administración y frecuencia) faltaba en 70 (41%) y de los 59 pacientes a los que se les retiró medicación domiciliaria no constaba la justificación de dicha supresión en 25 (42%). Los aspectos mejor cumplimentados fueron las alergias 159 (94%), la exploración física completa 154 (91%) el juicio clínico actualizado y la actitud a seguir en 154 (91%), 162 (96%) respectivamente, así como el seguimiento que debía realizar el paciente. Por último se encontraron faltas de ortografía o tipográficas en 139 (82%) y la extensión media del informe fue de 2,1 (\pm 0,6) páginas.

Conclusiones: Los IAH a pesar de reflejar en un porcentaje elevado un razonamiento clínico actualizado, deben mejorar en aspectos relacionados con la recogida de datos de la historia clínica y en aquellos más

dependientes del mismo proceso de informatización.