Rev Clin Esp. 2018;218(Espec Congr):1295

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-090 - ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA EN MEDICINA INTERNA. ESTUDIO COMPARATIVO 2010-2017. ADECUACIÓN AL CONSENSO

F. Moreno Martínez[1], I. Palomino Cobo[2], V. Augustin Bandera[1], V. Núñez Rodríguez[1], P. Macias Avila[1], R. Malvárez Mañas[1], R. Quirós López[1] y J. García Alegría[1]

[1]Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). [2]Atención Primaria. Centro de Salud Las Lagunas. Distrito Sanitario Costa del Sol. Mijas-Costa (Málaga).

Resumen

Objetivos: Valorar la calidad actual de los informes de alta hospitalaria (IAH) de un servicio de Medicina Interna (MI) en el año 2017 según las recomendaciones del Consenso. Comparar los resultados con estudio previo de 2010.

Material y métodos: Estudio trasversal. Análisis de 100 IAH de MI consecutivos desde el 1/03/17 en el Hospital Costa del Sol. Se comparan con estudio de 2010, previo a la difusión del Consenso para la elaboración del IAH en especialidades médicas. [Med Clin (Barc). 2010;134(11):505).

Resultados: El estudio analizó 50 variables categóricas: 15 de datos administrativos/demográficos y 35 de información clínica. Tuvieron una cumplimentación superior al 90%: variables administrativas (apellidos y nombre, edad o fecha de nacimiento, domicilio, teléfono, nombre del Servicio, del hospital, nº de historia clínica, identificación de la Seg. Social o DNI, fecha de ingreso y médico de plantilla responsable); de la información clínica (motivo del ingreso, antecedentes relevantes, medicación previa, alergias, enfermedad actual, exploración descrita, presión arterial, datos analíticos básicos, radiografía de tórax, evolución clínica, otros procedimientos, diagnóstico principal, diagnóstico sustentado en información ofrecida, tratamiento completo, fármacos (nombre/principio), dosis/horarios correctos de los nuevos, duración de los transitorios, indicación de nuevos tratamientos, seguimiento al alta, y referencia para posible contacto. El peso y la talla se recogieron en menos de un 25% de los informes. La comparación con el estudio realizado en 2010 muestran, en general, un nivel de cumplimentación similar respecto al estudio actual, con mejora en la recogida de fecha de alta (51% al 73%) motivo de alta (25% al 53%), destino al alta: (6% al 26%) y cargo del médico de plantilla (1% al 45%), figura de un diagnóstico principal (33% al 99%), diagnósticos secundarios (10% al 86,5%) referencia a actividad física (11% al 48%), indicación de nuevos tratamientos (41% al 89%) y referencia para contacto (3% al 100%). Se mantiene el uso de siglas/acrónimos en el diagnóstico en un 43%.

CUMPLIMENTACIÓN DE DATOS DEL INFORME DE ALTA HOSPITALARIA (%) % EN AÑO 2017 - % EN AÑO 2010			
	SI 2017 - 2010	NO 2017 - 2010	NO PROCEDE
Datos de identificación			
1. Apellido y nombre	100 - 100	0 – 0	
2.Edad o fecha de nacimiento	100 - 100	0 – 0	
3.Domicilio	100 - 97	0 – 3	
4. Teléfono	100 - 96	0 – 4	
5. Servicio	100 – 100	0 – 0	
6. Hospital	100 - 100	0 – 0	
7. Número de historia clínica	100 – 100	0 - 0	
8. Número de identificación SS/DNI	90 - 92	10 - 8	
9. Fecha de ingreso	95 – 99	5 – 1	
10. Fecha de alta	73 – 51	27 - 49	
11. Fecha informe (coincidente con alta)	47 – 42	39 – 9	14 – 49
12. Circunstancias de alta (motivo)	53 – 25	47 -75	
13. Destino al alta	26 – 6	74 – 94	
14. Médico de plantilla responsable, código o nº colegiado	100 – 100	0 – 0	
15. Médico de plantilla: cargo (Adjunto o FEA)	45 – 1	55 - 99	
Información clínica	SI 2017 – 2010	NO 2017 – 2010	NO PROCEDE 2017 - 2010
1. Motivo del ingreso	96 – 96	4 - 4	
2. Antecedentes relevantes	100 – 98	0 – 2	
3. Medicación previa	96 – 96	4- 4	
4. Alergias	96 – 96	4 -4	
5. Tabaco (cualquier referencia)	68 – 69	32 – 31	
6. Alcohol (cualquier referencia)	52 – 54	48 – 46	
7. En caso de mayores (>70) o polipatología calidad de vida previa o situación funcional	54 – 42 85,7%- 72,4%	9 – 16	37 - 42
8.. Enfermedad actual (descrita)	98 – 99	2 – 1	
9. Exploración descrita	97 – 98	3 – 2	
10. Peso	10 – 2	90 – 98	

Tabla 1.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

11. Talla	5 – 0	95 – 100	
12. Presión Arterial	90 – 95	10 – 5	
13. Datos analíticos básicos Hb	98 – 92	2 - 3	0 – 5
14. Datos analíticos básicos Cr	98 – 94	2 – 3	0 – 3
15. Datos analíticos básicos glucosa	99 – 94	1 – 2	0 – 4
16. Datos analíticos básicos iones (Na,K)	98 – 91	2 – 3	0 – 6
17. ECG	89 – 80	11 – 20	
18, Rx torax	98 – 96	2 – 4	
19. Evolución clínica	99 – 96	1 – 4	
20. Otros Procedimientos relevantes (eco, endoscopias, TC..)	84 – 71	3 – 0	13 – 29
21.Diagnóstico principal (tras estudio causa del ingreso)	99 – 33	1 – 67	
22. Diagnósticos secundarios	77 – 10	12 – 83	11 – 7
23. Diag. sustentado en información ofrecida (justificado)	98 – 100	2 – 0	
24. Uso Siglas / Acrónimos en Diagnóstico	43 – 43	57 – 57	
25. Situación funcional al alta (>70 años)	51 – 27	12 – 31	37 – 42
26. Dieta (cualquier referencia)	71 – 80	29 – 20	
27. Actividad física (referencia)	48 – 11	52 – 89	
28. Tratamiento completo (o si está descrito previamente)	93 – 94	7 - 6	
29. Fármaco (nombre / principio)	94 – 97	6 – 3	
30. Dosis/horarios correctos (nuevos)	91 -95	6 – 0	3 - 5
31. Duración fármacos transitorios	67 – 53	5 – 2	28 – 45
32. Indicación de nuevos tratamientos	89 – 41	8 – 54	3 – 5
33. Seguimiento tras el alta (referencia al profesional)	96 – 95	4 – 5	
34.Plazo, prioridad y fecha de revisión	44 – 41	20 – 8	36 – 51
35. Referencia para posible contacto	100 – 3	3 - 97	

Tabla 2.

Discusión: De las 50 variables analizadas, 32 ellas presentan una cumplimentación mayor al 90% y sólo 2 inferior a un 25%. No obstante, existe margen de mejoría en la recogida de información. En nuestro hospital se realizó en 2010 un estudio, donde se valoró la calidad de los informes, se difundió el Consenso y se realizaron cambios en la plantilla de los IAH del servicio de Medicina Interna para adecuarse a estas recomendaciones (de ahí el aumento de la figura de diagnóstico principal y secundarios). Estas medidas pueden permitir homogeneizar la elaboración del IAH.

Conclusiones: 1. Existe un alto grado de calidad y homogeneidad en los IAH analizados. 2. Respecto a los datos de identificación existe un elevado grado de cumplimentación, con posibilidad de mejora en lo que respecta a fecha de alta, motivo de alta, destino y cargo de médico responsable en el servicio. 3. Respecto a la información clínica existe un elevado grado de cumplimentación, con posibilidad de mejora en lo que se refiere a los hábitos tóxicos, peso, talla y actividad física. 4. Existe un elevado uso de siglas o acrónimos en el diagnóstico 5. Modificar el formato del IAH y la realización de sesiones periódicas informativas podrían mejorar los resultados.

0014-2565 / © 2018, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.