Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):44

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-029 - ¿CUMPLEN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD LOS INFORMES DE ALTA DE PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS? ANÁLISIS INTERNO EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA

S. García Morillo, V. Sandez Montagut, P. García Ocaña, M. Perez Quintana, J. Alarcón, E. Pamies Andreu, A. Camacho Carrasco, S. Rodríguez Suárez

Unidad de Atención Médica Integral. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: El informe de alta hospitalaria debe tener unos contenidos mínimos en base a la legislación vigente. 1) Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. 2) Ley 14/1986 General de Sanidad. 3) Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. 4) Orden Ministerial 6 de septiembre de 1984 reguladora del Informe de Alta. 5) Ley 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Se realizó un consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas (Med Clín. 2010;134:505-10).

Métodos: Se realizó un estudio para ver el grado de adecuación al consenso referido. Estudio descriptivo retrospectivo corte transversal. Se seleccionan de forma aleatoria 300 informes de alta hospitalaria (IAH) de la historia clínica digital (HCD) de la estación clínica SIDCA (se producen 40 pérdidas por tratarse de informes de consulta). Se analiza el grado de adecuación de los informes al alta de los pacientes pluripatológicos.

Resultados: El informe es preciso en el 85,6%. El plan es claro en el 79,9%. Se hace referencia a las antecedentes familiares en el 56,1%. Se recoge el motivo de ingreso en el 92,1%. Se hace referencia a los antecedentes personales en el 95,7%. Se recoge el diagnóstico principal en el 100% de los casos y el secundario en el 63,3% de éstos. Se recogen los procedimientos realizados durante el ingreso en el 56,1%. Se explican las complicaciones sufridas durante la estancia en el 56,8%. Se incluye el destino al alta en el 94,2%. Recoge la funcionalidad un 56,8%. Recoge la valoración cognitiva 76,2%. Recoge la valoración social 43,2%. Incluye el tratamiento completo explícito 77%. Se detalla la dosis y hora de la toma de fármacos 75,9%. Prescripción principio activo (o se incluye en paréntesis al lado de la marca) 38,7%. Se evitan siglas 44,6%. Se incluyen los valores analíticos alterados 94,2%. Se incluyen los razonamientos clínicos 59,7%. En caso de no prescribirse fármaco indicado se justifica la no prescripción 26,6%.

Discusión: Aunque en líneas generales nuestros informes de alta hospitalaria se adecuan a las recomendaciones, hay bastantes áreas de mejora. En nuestro estudio los resultados son similares, con algunas diferencias, a los escasos estudios de misma índole publicados por otros compañeros en otros centros (Zambrana García et al. Gac Sanit. 2013;27:450-3).

Conclusiones: Un análisis sobre la repercusión de esta falta de cumplimentación/calidad de apartados del informe de alta hospitalaria sobre la evolución en términos de tasa de reingresos, descompensaciones o mortalidad a corto-medio plazo sería pertinente.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.