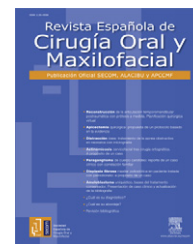




Revista Española de  
**Cirugía Oral y  
Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



## Original

# Modelo y cumplimentación de alta hospitalaria de la unidad de gestión clínica de cirugía oral y maxilofacial. Cómo mejorarlo

María José Delgado Sánchez\*, Ángel Rollón-Mayordomo, Clara I Salazar-Fernández, Joel Joshi-Otero y José Antonio Coello-Suances

UGC de Cirugía Oral y Maxilofacial-Estomatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 31 de mayo de 2011

Aceptado el 3 de octubre de 2011

On-line el 13 de abril de 2012

#### Palabras clave:

Informe de alta hospitalaria

Auditoría médica

Evaluación de proceso

Calidad asistencial

Cirugía

### R E S U M E N

**Objetivos:** Conocer la calidad y grado de cumplimentación de la información recogida en las altas hospitalarias (IAH) del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de nuestro hospital.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal de 152 altas hospitalarias. Incluye un total de 35 ítems agrupados. Para la evaluación del IAH valoramos la ausencia y el déficit de información. El criterio de adecuación se fijó por consenso en la cumplimentación del 90% de los ítems de forma correcta. Con el fin de conocer la fiabilidad de los resultados obtenidos se realizó la evaluación por dos revisores de forma independiente y en caso de discordancia se tomó la decisión por consenso tras revisar la historia clínica.

**Resultados:** El 53,94% de los IAH disponen del 90% de los ítems completos y correctos del modelo de alta de nuestro Servicio. El 10,74% presentan alguna ausencia y el 65,79% de IAH presentan algún déficit de información. Se observa una variabilidad importante en la cumplimentación según el tipo de ítem analizado.

**Conclusiones:** Nuestro trabajo valora la calidad de un modelo específico de IAH con ítems previamente seleccionados, considerados útiles y adecuados para reflejar de forma completa, exacta y precisa el proceso asistencial que recibe el paciente y detecta que los ítems: teléfono, residente, fechas de consulta, biopsia y de informe de biopsia, cirugía mayor ambulatoria e intervención urgente deben mejorarse.

© 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Filling in the hospital discharge report in an oral and maxillofacial surgery clinical management unit. how to improve it

#### A B S T R A C T

**Objectives:** To determine the quality and compliance to the information contained in the hospital discharge registry (HDR) issued by the Department of Oral and Maxillofacial Surgery in our hospital.

#### Keywords:

Hospital discharge records

Medical audits

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdelgados@medynet.com (M.J. Delgado Sánchez).

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.10.002

Process evaluation  
Quality of the care  
Surgery

**Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted to evaluate 152 HDR reports. These reports included a total of 35 items. We observed that there was a lack of information and some mistakes when filling the HDR boxes. Suitability criteria were set up by consensus as the completion of 90% of the items examined. To evaluate the reliability of the results, an assessment was performed by two reviewers independently, and in case of disagreement the decision was made by consensus after reviewing the medical record.

**Results:** Only 53.94% of the HDR had 90% of the items completed appropriately; 10.74% had some items missing when filling in the form, and 65.79% lacked some information. Depending on the type of item there was a significant variation in the completion of the form.

**Conclusions:** In the present work, we assess the quality of a specific hospital discharge form in our hospital, with items previously selected as useful and appropriate to reflect a complete, accurate and precise view of the care process of the patient, and improvements were needed in items such as, telephone, home address, date of consultation, biopsy report and the date it was performed, ambulatory surgery and emergency response.

© 2011 SECOM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El informe clínico de alta hospitalaria (IAH) constituye un documento de importancia en el conjunto de información que se genera a partir del ingreso de un paciente en un hospital. Sirve de conexión entre el hospital y atención primaria (AP) reduciendo la pérdida de tiempo en la búsqueda de información, repetición de pruebas diagnósticas, visitas innecesarias y errores de medicación<sup>1</sup>. Asimismo, es útil para la investigación, la gestión y el análisis de la calidad de la asistencia<sup>2</sup>. La información que debe recoger esta regulada por varias normas<sup>3-5</sup>, pero difiere entre hospitales y servicios médicos y el grado de cumplimentación también es variable. Idealmente debe ser elaborado mediante una aplicación informática que evite errores de transcripción, permita la explotación de datos y su transmisión a otros centros asistenciales<sup>6</sup>. Además, la cuestión sobre si el IAH refleja la calidad de la asistencia prestada al paciente es discutida y depende de los ítems recogidos y su grado de cumplimentación<sup>7-9</sup>.

Desde hace 6 años, nuestro servicio dispone de un documento normalizado de IAH basado en la normativa existente y en la revisión de artículos publicados sobre evaluación de modelos de alta hospitalaria<sup>6,7,10</sup>, que mediante diferentes ítems trata de recoger toda la información necesaria para reflejar la calidad de la asistencia recibida por el paciente durante todo el proceso clínico<sup>11</sup>.

El objetivo de este trabajo es analizar la información recogida en las altas hospitalarias emitidas por el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de nuestro hospital. Realizamos una reflexión de sus implicaciones y proponemos mejoras orientadas a garantizar la máxima calidad del informe.

## Material y método

Estudio descriptivo transversal en el que se evalúan los IAH del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial durante un periodo comprendido entre 1 enero a 31 junio de 2009. Todo el proceso de registro de la información y de la auditoría se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los informes se rellenan en un

formulario diseñado en programa Access 2003. Incluye un total de 35 ítems con espacio en blanco donde escribir y agrupados en cinco apartados: datos del paciente, médico responsable, proceso asistencial, accesibilidad y gestión. La tabla 1 muestra todos los campos y su definición.

Para la evaluación del IAH valoramos la ausencia y los déficits de información. Definimos como ausencia, aquellos ítems donde no existe ninguna anotación y como déficit, aquellos ítems cuya información se considere deficiente o errónea a partir de la revisión de la historia. Los resultados se presentan en números absolutos y en % respecto del total de IAH cuando son ítems obligados en todos los IAH o en % respecto a los IAH donde deben ser cumplimentados. Para conocer la fiabilidad de los resultados se realizó la evaluación por dos revisores de forma independiente y en caso de discordancia se tomó la decisión por consenso tras revisar la historia clínica. Se calculó el índice de concordancia kappa considerando que valores superiores a 0,6 indican buena concordancia<sup>12</sup>. El tamaño de muestra calculado, considerando que el nivel adecuado de cumplimentación de ítems de un IAH debe ser un 90% con un intervalo de confianza del 5% con un nivel de significación de  $p < 0,05$ , resultó de 139 informes de alta.

## Resultados

Se han revisado 154 altas consecutivas correspondientes a la totalidad de pacientes ingresados desde el 1 enero a 31 junio 2009 de las que excluimos 2 por suspensión de intervención. Un 40,65% correspondían a mujeres y 59,35% a hombres con una media de edad de 42,02 años (7-84) y desviación estándar 19,16. El tiempo medio de la revisión de cada alta fue de 20 minutos. Los ingresos fueron programados en 84 (55,26%), preferentes en 20 (13,15%) y urgentes en 48 (31,57%) pacientes, respectivamente. Durante el periodo evaluado se han realizado 140 intervenciones (92,1%) de las cuales corresponden 112 (80%), cirugía reglada con anestesia general, de las cuales 33 son de cirugía mayor ambulatoria (CMA), 10 (7,14%) a cirugía urgente con anestesia general y 18 (12,85%) a cirugía con anestesia local.

**Tabla 1 – Ítems recogidos en el informe de alta hospitalaria**

<b>DATOS PACIENTE</b>	
Número de historia	Corresponde al número de historia clínica adjudicado por el hospital para identificar unívocamente a cada paciente
Nombre	
Apellido 1.º	
Apellido 2.º	
Edad	Se registra en 8 posiciones, las dos primeras corresponden al día, las dos siguientes al mes y las cuatro últimas al año
Teléfono	
<b>DATOS MÉDICO RESPONSABLE</b>	
Cirujano	Profesional que ha realizado la intervención quirúrgica y tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente
Residente	Médico interno residente quien junto al cirujano responsable ha realizado la intervención quirúrgica, o realizó el ingreso del paciente.
Firmado doctores	Identifica el autor o autores que realiza el informe de alta
Otros cirujanos	Profesionales que han colaborado en la actividad quirúrgica
<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	
Antecedentes	Recopila información acerca de la salud de una persona. Puede incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y tratamientos previos
ASA	Clasificación utilizada por la Academia americana de anestesia que valora riesgo anestésico en una escala sobre 5.
Registro tumor	Se marca en los pacientes con oncología maligna
TNM preoperatorio (tumor-nódulos-metástasis)	Valoración del estadio tumoral previo a la cirugía según la clasificación internacional TNM de la UICC
Historia	Incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento y actualizado del estado de salud del paciente
Consentimiento	Campo dicotómico que confirma la existencia del documento de aceptación del plan de tratamiento
Diagnósticos	Registra la patología que motivó su ingreso o las que se desarrollan a lo largo de su estancia hospitalaria
Exploraciones complementarias	Realizadas para el diagnóstico inicial y aquellas necesarias por nuevos diagnósticos o patologías
Tratamientos	Toda actuación realizada con fines terapéuticos
Complicación	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento
Complicación mayor	Resalta aquellas complicaciones de envergadura que implique riesgo vital o necesidad de reintervención en el postoperatorio inmediato
Evolución	Secuencia de acontecimientos que ocurren en el paciente tras su ingreso y/o intervención hacia la mejora, curación o secuelas
Consejo terapéutico	Informa y concreta el tratamiento y las recomendaciones de estilo de vida al alta de manera que no haya lugar a posibles interpretaciones o errores. También indica revisiones por otros profesionales si los precisara
<b>ACCESIBILIDAD</b>	
Fecha de consulta	Fecha en que al paciente se le presta atención médica por un cirujano oral y maxilofacial de forma ambulatoria
Fecha de biopsia	Se cumplimenta cuando al paciente se le realiza la primera extracción de una muestra de tejido sospechosa
Fecha informe biopsia	Fecha en que se emite la descripción de las características anatomopatológicas de la biopsia realizada
Fecha lista de espera	Fecha en que el médico firma la solicitud del paciente que se encuentra pendiente de una intervención quirúrgica programada
Fecha de ingreso	Fecha en que el paciente es admitido en el hospital para recibir tratamiento
Fecha de operación	Fecha en que al paciente se le ha practicado una intervención quirúrgica. En el caso de que se haya realizado más de una intervención se registrará la fecha de la primera
Fecha de alta	Fecha en que el paciente ha terminado el proceso que motivó su ingreso la Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial
Fecha revisión en consultas	Fecha de seguimiento, en caso de que sea necesario, en consultas externas por el profesional responsable
<b>GESTIÓN</b>	
Cirugía mayor ambulatoria	Señala cuando el paciente es dado de alta el mismo día de la cirugía
Tipo de ingreso	Se codifica en urgente, preferente y normal en función de la necesidad de respuesta inmediata por su patología
Intervención urgente	Indica cuando se ha realizado la cirugía de forma imperativa
Material protésico	Detalla el material no autólogo que se ha usado en la cirugía y la casa comercial

**Tabla 2 – Distribución número de ausencia / déficit según los ítems recogidos en el informe de alta hospitalaria**

	ÍTEMES AUSENTES		ÍTEMES DEFICITARIOS	
	N.º IAH FALTAN	% IAH FALTAN	N.º IAH ERRORES	% IAH ERRORES
<b>DATOS PACIENTE</b>				
Número de historia	0	0	0	0
Nombre y apellidos	0	0	3	1,97
Edad	5	3,28	0	0
Teléfono	138	90,78	0	0
<b>DATOS MÉDICO RESPONSABLE</b>				
Cirujano	0	0	0	0
Residente	59	48,36	0	0
Otros cirujanos	12	9,83	0	0
Firmado doctores	12	7,89	0	0
<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>				
Antecedentes	1	0,65	18	11,84
ASA	47	41,96 <sup>a</sup>	0	0
Registro tumor	1	9,09 <sup>a</sup>	0	0
TNM preoperatorio	5	45,45 <sup>a</sup>	0	0
Historia	0	0	0	0
Consentimiento	36	25,71 <sup>a</sup>	0	0
Diagnósticos	1	0,65	1	0,65
Exploraciones complementarias	2	1,31	46	30,26
Tratamientos	1	0,65	1	0,65
Complicación	0	0	1	0,65
Complicación mayor	2	1,31 <sup>a</sup>	0	0
Evolución	10	6,57	1	0,65
Consejo terapéutico	3	1,97	66	43,42
<b>ACCESIBILIDAD</b>				
Fecha de consulta	64	61,53 <sup>a</sup>	0	0
Fecha de biopsia	45	69,23 <sup>a</sup>	0	0
Fecha informe biopsia	40	61,53 <sup>a</sup>	0	0
Fecha lista de espera	37	35,57 <sup>a</sup>	0	0
Fecha de ingreso	0	0	0	0
Fecha de operación	7	4,92 <sup>a</sup>	2	1,42
Fecha de alta	3	1,97	0	0
Fecha Revisión en consultas	3	2,6	0	0
<b>GESTIÓN</b>				
Cirugía mayor ambulatoria	32	96,96 <sup>a</sup>	0	0
Tipo de ingreso	0	0	0	0
Intervención urgente	8	80 <sup>a</sup>	0	0
Material específico	8	33,33 <sup>a</sup>	4	21,73

IAH: informe de alta hospitalaria.

<sup>a</sup> La % se haya entre los IAH que precisan rellenar dicho ítem.

El 53,94% de los IAH (82) disponen del 90% de los ítems completos y correctos cumpliendo el estándar de calidad establecido y el 93,42% (142) de los informes tienen correctamente al menos el 80% de los datos requeridos. El 65,79% (100) presentan algún déficit de información, aunque el 100% de los IAH tienen correctamente rellenos el 90% de los ítems. Los ítems con déficit oscilan entre 0 y 3 por cada IAH, con una media de 1,08 (3,08% de ítems de cada IAH) y con una desviación estándar de 0,99. Los ítems en blanco oscilan entre 0 y 11 por cada IAH, con una media de 3,76 (10,74% de los ítems de cada IAH) y desviación estándar de 2,2. La ausencia y déficit de los ítems por grupos se puede ver en la *tabla 2*. Destacar la ausencia de cumplimentación de los ítems: teléfono (90,78%), residente (48,36%), ASA (41,96%), TNM preoperatorio (45,45%), todas las fechas de accesibilidad (35,57–69,23%) excepto las de ingreso, alta y revisión, CMA (96,96%), inter-

vención urgente (80%), material específico (34,78%). Dentro del porcentaje de déficits resaltamos por su trascendencia en la calidad de la asistencia prestada los déficits en el consejo terapéutico (43,42%) y las exploraciones complementarias (30,26%). La concordancia entre los dos revisores en la ausencia de información fue del 100% ya que los campos en blanco no genera dudas y en los déficit fue del 80% con un índice kappa de 0,78 ( $p < 0,05$ ).

## Discusión

El IAH constituye un resumen de todo el proceso asistencial del paciente durante su ingreso. La cuestión de si existe relación directa entre la calidad del informe de alta y la asistencia prestada es un debate abierto. Algunos autores opinan que

el IAH refleja y permite evaluar externa e internamente esta asistencia<sup>13</sup>. Para servir a este fin, el informe debe contemplar todos los aspectos de interés y ser fiable en sus contenidos. Sin embargo, son pocos los trabajos que valoren la concordancia del IAH con la historia clínica. Flores et al<sup>7</sup> lo realizan en un servicio de cirugía general manejando variables de comorbilidad y complicaciones postoperatorias obteniendo correlaciones superiores al 85%. Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> estudian pacientes con cardiopatía isquémica concluyendo que la cantidad y exactitud de la información de los IAH, respecto a la historia clínica, pudiera ser insuficiente para evaluar la calidad de la práctica clínica.

Los artículos publicados en España sobre la calidad de los IAH son escasos. Los diseños y los criterios sobre el grado de cumplimentación o adecuación no están definidos o son variables. El n.º de ítems que componen los IAH varía entre 9 y 20<sup>8,9,11</sup>. Sobre el estándar adecuado del IAH, algunos autores consideran necesario la cumplimentación de al menos el 50% de los ítems<sup>8</sup> obteniendo un 58%, mientras que otros más estrictos consideran necesario al menos el 80% de los ítems<sup>9</sup> reduciéndose al 2,8%. Galindo et al<sup>14</sup> valoran la calidad de IAH quirúrgicos diferenciando completo e incompleto sin explicitar el método de asignación. Sardá et al<sup>11</sup> observan que los apartados más cumplimentados son diagnóstico (97%) y motivo de ingreso (91%) y los que menos plan de seguimiento y tratamiento con un 50%. Zambrana et al<sup>8</sup> valoran los IAH de los servicios de Medicina Interna de 24 hospitales públicos de Andalucía encontrando que solo un 58% eran de calidad adecuada, con un 97-99% de cumplimentación, en lo relativo a datos básicos clínicos pero debía mejorar notablemente el contenido administrativo y de carácter demográfico. La calidad de los informes era mayor en los hospitales más pequeños. Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> fijan el criterio de adecuación en el 80% de 15 ítems que han seleccionado previamente por consenso y los compara con el estándar de la historia clínica. Solo el 2,8% son completos y tan solo el 45,8% tenían la mitad. Nuestro IAH comprende un número de ítems superior al de los estudios revisados pero que consideramos útiles y adecuados para reflejar de forma completa, exacta y precisa el proceso hospitalario del paciente, y de los que se pueden obtener datos que justifiquen la toma de decisiones, resultados obtenidos y por tanto la calidad de la asistencia. Hemos considerado como estándar adecuado de un IAH la cumplimentación correcta de al menos el 90% de los ítems que lo componen. Según este estándar, solo el 53,94% de nuestros IAH son correctos, similar a Zambrana et al<sup>8</sup>, pero somos más exigentes. Si reducimos el estándar al 80% de los ítems, la cifra de IAH correctos asciende al 93,42%,

No valoramos ítems referentes al hospital ya que al igual que Galindo et al<sup>14</sup> todos nuestros IAH incluyen estos datos en el membrete. Zambrana et al<sup>8</sup> encuentran que la dirección postal y el teléfono del hospital está ausente en un 54 y 65%, respectivamente. Los ítems referidos a identificación del paciente lo consignamos en el 100% aunque existen 3 errores al alterarse el orden de nombre y apellido. Respecto a la edad, que falta en el 3,28%, planteamos como mejora incluirla como fecha de nacimiento que es el lo aconsejado<sup>4</sup>. La recogida del número de teléfono se realiza en menos del 10% y creemos que es importante para el seguimiento de los pacientes con objetivos clínicos o de investigación. Actualmente, tanto la fecha

de nacimiento como el teléfono estamos intentando exportarlos de forma automatizada desde los sistemas de información oficiales del hospital (HIS o Diraya). En el trabajo de Zambrana et al<sup>8</sup> el sexo y la fecha de nacimiento están ausentes en más del 60%. Ellos recogen el domicilio habitual (47%). Nosotros no incluimos el sexo como ítem aislado, aunque lo proponemos como mejora. La identificación del cirujano responsable es del 100%. Este ítem contribuye a garantizar la continuidad asistencial y permite la cuantificación de la actividad individualizada por facultativo. El ítem otros cirujanos (más de 90%) y residente (48,36%) son útiles como certificación de su actividad asistencial y formativa.

Los antecedentes recogen información sobre alergias, enfermedades, cirugías y tratamientos previos. Su utilidad radica en el registro de comorbilidades, variables críticas para el ajuste de riesgos. Está ausente en un IAH, aunque en el 11,84% detectamos déficit por la falta de registro de ausencias de alergias medicamentosas conocidas de forma expresa. Consideramos necesario que explícitamente quede esto reflejado en el IAH por los riesgos que supone para el paciente y ser un requisito contemplado en el modelo de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Proponemos como mejora incluir una casilla específica, de carácter dicotómico, para su registro. Flores et al<sup>7</sup> refieren una cumplimentación superior al 93% respecto a 6 variables predefinidas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad) y respecto a alergias se alcanza el 100% (no especificando si recogen la no existencia). Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> observan que mientras los antecedentes médicos están bien recogidos (91,6%), tanto la medicación previa como la situación basal del paciente solo se recogen en el 20,3 y 33,6%, respectivamente. Esto impide que a partir del IAH se pueda ajustar la calidad o los desenlaces en los pacientes por gravedad, así como juzgar la adecuación de la asistencia a la situación funcional inicial de los pacientes. Sardá et al<sup>11</sup> observan diferencia en la cumplimentación de este apartado siendo del 95,5% en servicios médicos y disminuyendo a un 58,4% en los quirúrgicos.

Nuestro informe incluye el ítem ASA (excluyendo las intervenciones urgentes en que por su carácter propio no puede emitirse) porque como factor de comorbilidad puede explicar posteriores complicaciones y estancias más prolongadas. Podríamos mejorar su recogida (58%) consiguiendo un link con preanestesia dado que emite un informe informatizado. Este registro no aparece en ningún trabajo. Aunque en la historia clínica siempre existe el consentimiento quirúrgico firmado, en el 25,71% de los IAH no lo cumplimentamos, lo que evidenciaría erróneamente falta de calidad de la asistencia prestada. Para pacientes afectos de patología oncológica maligna disponemos de dos campos: registro de tumores y TNM preoperatorio. El primero solo falta en un paciente; sin embargo, el TNM preoperatorio falta en 5 de 11. Proponemos como mejora incluir la clasificación TNM como formulario adjunto que se pueda consultar y revisar al alta por parte del adjunto responsable.

Los ítems historia clínica, diagnóstico, exploraciones complementarias y tratamiento sirven de base para la confección de indicadores hospitalarios, codificación y consumo de recursos. Su extensión se relaciona de forma inversa con la



posibilidad de que sea leído por los demás facultativos de manera completa, pero debe sintetizar toda la información relevante<sup>7</sup>. Sardá et al<sup>11</sup> tras realizar una encuesta anónima a médicos de AP y de hospital sobre el grado de extensión, el 68% preferían un informe corto y esquemático. Los encuestados opinaban (79%) que la principal utilidad del IAH era registrar el diagnóstico, tratamiento y plan seguimiento del paciente. En nuestro IAH son casillas de escritura libre y aunque el grado de cumplimentación es muy aceptable, sí hemos detectado déficit. En las exploraciones deben quedar recogidas todas las pruebas complementarias realizadas durante la estancia hospitalaria y cuando falta alguna (según protocolo) lo consideramos como error, lo que nos hace bajar el grado de cumplimentación adecuada hasta un 68,43%, aunque algo superior al resultado de Sardá et al<sup>11</sup> respecto a exploración física (63,8%) y pruebas complementarias (65,6%). Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> informan que la especificación de las pruebas diagnósticas oscilan entre un 12,3% de las clínicas y un 74,5% de las complementarias, lo que interpreta como una infravaloración de la anamnesis y exploración clínica en detrimento de las pruebas complementarias. Zambrana et al<sup>8</sup> reportan la cumplimentación de causa inmediata de ingreso en el 98% y el diagnóstico principal en el 99% aunque no entran a valorar exploraciones complementarias y evolución. Sardá et al<sup>11</sup> y nosotros obtenemos similar porcentaje de IAH con juicios clínicos o diagnósticos completos (97 y 98,7%, respectivamente). Es llamativo el hallazgo de Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> que solo el 71,4% de los informes presentan un juicio clínico correcto que justifican por la exclusión de los diagnósticos mal definidos. La cumplimentación del tratamiento en nuestros IAH es del 99,35%. Sardá et al<sup>11</sup> recogen un 54,7%, siendo muy amplia la diferencia entre servicios médicos (75,6%) y quirúrgicos (42,4%). Más superior es la reflejada por Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> (82,9%). El registro de las complicaciones es una información trascendental como indicador de seguridad del paciente, la codificación del índice de complejidad y evita outliers por desconocimiento. Aunque todas quedan reflejadas en la evolución postoperatoria y en el ítem de complicación, ha habido dos complicaciones mayores no consideradas como tal. Flores et al<sup>7</sup> encuentran una correlación entre las complicaciones reflejadas en el IAH y las historias clínicas del  $88 \pm 12\%$  con un IC del 95%.

Zambrana et al<sup>8</sup> recogen el motivo del alta (26% completos) distinguiendo entre curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento o traslado a otro hospital. Nosotros reportamos dicha información en el ítem evolución que se rellena en el 93,43%. El consejo terapéutico falta en 3 de nuestros casos (1,97%), aunque tiene déficit en el 43,42% debido a no indicar la vía administración del medicamento y dónde retirar los puntos de la herida quirúrgica en 8 casos, aunque sí se indica en qué tiempo realizarlo. El plan de seguimiento está presente en el 24,2% de las altas revisadas por Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> y el 50,9% por Sardá et al<sup>11</sup>. En la encuesta realizada por este<sup>11</sup> los apartados más valorados fueron diagnóstico (4,9), tratamiento y plan de seguimiento (3,8) y el motivo de ingreso (3,7). Proponemos como mejora la inclusión de un ítem específico de plan de seguimiento donde se informe al médico de AP sobre el protocolo de revisiones y forma de hacerlas.

Nuestro IAH incluye una serie de ítems de fechas que nos permiten obtener información sobre la demora y accesibilidad

de la asistencia realizada al paciente. No lo hemos encontrado en ninguno de los trabajos revisados. La fecha en que el paciente es atendido por primera vez en las consultas externas solo se cumplimenta en el 38,47%. Reyes Domínguez et al<sup>9</sup> valoran el tiempo de evolución (47,2%) como reflejo de la correcta adaptación de la respuesta asistencial, sin embargo, es un valor subjetivo que puede depender del propio paciente y no de la asistencia recibida. Nosotros preferimos registrar fechas objetivas que describen todo el proceso. La fecha de realización de biopsia la rellenos en el 30% y nos permite información sobre la demora diagnóstica desde la consulta primera y de la demora de tratamiento de los pacientes con tumores malignos. La fecha en que el paciente se incluye en la lista de espera quirúrgica lo cumplimentamos en el 64,43% de las altas. La diferencia entre esta fecha y la de ingreso nos da una idea del tiempo de respuesta en la intervención quirúrgica. La fecha de la operación se completa en el 95% de los IAH. La fecha de alta no se registra en 3 casos. La diferencia entre ingreso y operación (estancia preoperatoria) informa sobre la gestión de camas. Es importante insistir en la recogida adecuada de todas estas fechas porque son útiles para la organización de la unidad, conocer necesidades, demanda, demoras y para la creación de estrategias de mejora. La fecha de revisión, fundamental para la continuidad, se ha olvidado reseñarla en tres ocasiones.

Hemos elegido varios ítems para evaluar la gestión. La casilla dicotómica CMA no se rellena en 32 de las 33 altas que se dan en el mismo día de la intervención. De esta forma es difícil valorar nuestra eficiencia con altas precoces, por lo que haremos hincapié en su cumplimentación. Se valorará el uso de otra casilla de características similares que recoja las intervenciones realizadas en jornada de tarde como fuente de información para la gestión de recursos humanos y la organización de turnos. El tipo de ingreso lo recogemos correctamente en el 100% que contrasta con la cifra de Zambrana et al<sup>8</sup> que es del 52%. El apartado intervención urgente no se cumplimenta en 8 de las 10 celulitis que precisaron intervención de urgencia. Si no se rellena, tampoco podremos conocer nuestra actividad realizada en horas de guardias médicas. En 24 intervenciones se precisó el uso de material no autólogo. Debe quedar recogidos en la hoja operatoria y creemos que también en el alta, que la hará accesible para verificar posibles complicaciones, comunicación de lote a Salud Pública (trazabilidad) y como control interno de consumo de recursos. En el 33,3% de los IAH que los precisan, no se ha recogido ninguna información, en tres falta el fabricante y en uno el material implantado. Estos ítems de accesibilidad y gestión son los que presentan mayor ausencia de cumplimentación y creemos que puede deberse a que los propios médicos consideran la información de poca utilidad, aunque nos permite la disponibilidad de indicadores propios de forma inmediata.

---

## Conclusiones

El informe de alta hospitalaria es el documento básico de información sobre el proceso hospitalario para el paciente, familia y para los profesionales de los distintos niveles asistenciales. El uso de un IAH correcto permite acceder a un resumen de la información de la historia clínica manteniendo

todas las garantías de calidad y completitud de la información. Nuestro trabajo valora un modelo específico de alta quirúrgica hospitalaria con ítems, previamente seleccionados, que consideramos útiles y adecuados para reflejar de forma completa, exacta y precisa el proceso asistencial que recibe el paciente. Un informe que debemos mejorar en la cumplimentación de los ítems: teléfono, residente, fechas de consulta, biopsia y de informe de biopsia, cirugía mayor ambulatoria, intervención urgente y material específico; en la corrección de algunos déficits en el consejo terapéutico y en la inclusión de los campos sexo y plan de seguimiento, con el fin de que rellenando el 90% de los ítems considerados, facilite la continuidad asistencial, reduzca el tiempo de búsqueda de información y se puedan obtener datos que justifiquen la toma de decisiones, y resultados obtenidos.

---

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

### Agradecimientos

A la Dra. Marta del Nozal, subdirectora de calidad del Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla, por sus correcciones.

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
2. Alemán Lage MC, Ríos Massabot NE, Hernández Romero F. El doble propósito del informe de alta en el hospital Hermanos Ameijeiras. *Rev Cub Salud Publica*. 2009;35:1-7.
3. Orden de 6 de Septiembre de 1984 sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios. BOE 221 (14/9/1984). p. 26685-6.
4. Resolución de 4 de Junio de 1993 del Servicio Andaluz de Salud (14/1993) sobre la regulación del informe clínico de alta hospitalaria y del conjunto mínimo básico del alta hospitalaria.
5. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre de 2001, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 (15/11/2002). p. 40126-132.
6. Bolant A, Gonzalbo M, Pérez I, Renal J. Generación del informe de alta: aplicación informática. *Gestión Hospitalaria*. 1999;10:103-13.
7. Flores B, Andrés B, Campillo A, Soria V, Candel MF, Miquel J, et al. Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general. *Rev Cal Asist*. 2004;19:443-5.
8. Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Cal Asist*. 2002;17:609-12.
9. Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves G, Marín León I, Lacalle Remigio JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp*. 2001;201:685-9.
10. García-Alegría J, Jiménez-Puente A. El informe de alta hospitalaria: utilidades y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp*. 2005;205:75-8.
11. Sardá N, Vila R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:241-4.
12. Álvarez Cáceres R. El método científico en las ciencias de la salud. Madrid:En: Díaz Santos ed; 1996. p. 185-230.
13. Curiel J, Estévez J. Criterios a seguir en la evaluación del informe de alta y otros documentos de la historia clínica. En: Manual para la gestión sanitaria y la historia clínica hospitalaria. Madrid: Editores Médicos S.A.; 2000.
14. Galindo M, García S, Cadenas A, O'Shea I, López M, Gómez JM, et al. Normalización extensiva del informe de alta quirúrgico. Una alternativa de calidad eficiente. *Rev Cal Asist*. 2009;24:67-71.