


FORO DE EXPERTOS


 La mirada maestra de la actualidad

El informe de alta hospitalaria: una herramienta de comunicación

Autor | Javier García Alegría. Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna

El informe de alta hospitalaria es un instrumento de comunicación en el que se aporta información clínica acerca de un episodio de hospitalización. En España, en los escasos estudios disponibles, los informes de alta hospitalaria muestran una gran variabilidad en la cumplimentación de los distintos apartados por parte de los clínicos y de los servicios, y pueden, por tanto, mejorar su calidad.

En el informe de alta hospitalaria (IAH), como en cualquier proceso de comunicación, existe un emisor, que es el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. El IAH tiene múltiples usuarios como el paciente y sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico redactor o bien otros del mismo servicio, otros especialistas, y médicos de urgencia. En ocasiones, el IAH es utilizado por personal de enfermería, trabajadores sociales, investigadores, docentes, evaluadores de calidad asistencial, autoridades sanitarias o judiciales. Uno de los mayores problemas para la elaboración de los mismos es esta diversidad de los usuarios, que tienen intereses distintos y a veces contradictorios. A pesar de esta limitación, el IAH es un documento fundamental que facilita la continuidad asistencial, que reduce el tiempo de búsqueda de información, que evita la repetición de las pruebas y las visitas innecesarias, y que disminuye los errores de medicación.

En España, el contenido básico del informe de alta hospitalaria, así como la obligatoriedad de su realización, está regulado mediante leyes y normas que los clínicos deben conocer. Entre las más importantes están: 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 14/12986



Javier García Alegría

General de Sanidad, 3) Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal; y además algunas Comunidades Autónomas tienen disposiciones legales que complementan o aclaran los contenidos del IAH en su ámbito territorial. También se recoge en el Proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Los IAH en España, en los escasos estudios disponibles, muestran una gran variabilidad en la cumplimentación de los distintos apartados por parte de los clínicos y de los servicios, y pueden mejorar su calidad. Por otra parte, los médicos de Atención Primaria piensan que el IAH es una herramienta muy útil y

eficaz de comunicación, lo valoran muy positivamente, y han sugerido mejorar los apartados de tratamiento, seguimiento tras el alta, que se ofrezca más información so-

El IAH es un documento fundamental que facilita la continuidad asistencial, reduce el tiempo de búsqueda de información, evita la repetición de pruebas y visitas, y disminuye los errores de medicación

ciosanitaria y que sean concisos por su limitación de tiempo.

En una fecha reciente, la Sociedad Española de Medicina Interna ha coordinado un consenso para la elaboración de un informe de alta de calidad, en colaboración con varias sociedades científicas de especialidades hospitalarias y de Atención Primaria y con el Foro Español de Pacientes. El documento se ha publicado en la revista Medicina Clínica (2010; 134 (11): 505-10). Los objetivos del consenso han sido: 1) Identi-

ficar y priorizar los problemas relacionados con el IAH desde la perspectiva de los pacientes, médicos hospitalarios y médicos de familia; 2) plantear alternativas de solución específicas para cada uno de los problemas identificados, 3) elaborar una lista de recomendaciones generales de aplicación por parte de las especialidades médicas hospitalarias para la realización del mismo, y 4) difundir el contenido del mismo entre sus colectivos.

Las recomendaciones pueden ser resumidas en los siguientes apartados. El IAH debe ser un resumen sintético y conciso y ha de redactarse en términos médicos, y el principal destinatario del IAH es el paciente, al que se le debe explicar la importancia de custodiarlo y presentarlo en cualquier acto médico posterior. La descripción del plan terapéutico debe ser claro, comprensible y ha de reflejarse, si es posible, en una hoja específica. El médico debería valorar la conveniencia de señalar los objetivos terapéuticos del tratamiento y la finalidad de los fármacos, haciendo énfasis en los recién incorporados y en los cambios. Por otra parte, la información escrita se debe complementar con una explicación verbal que requiere un tiempo y una dedicación específica por parte de los clínicos y de otro personal sanitario. El IAH no debe ser el único contacto con el médico de familia. Una comunicación fluida entre ambos niveles es imprescindible, sobre todo, en pacientes con enfermedades crónicas. Para facilitar la comunicación bidireccional entre la Atención Primaria y la especializada es importante hacer constar unas referencias específicas para facilitar el contacto.

En el IAH deben constar explícitamente todos los datos necesarios para una buena codificación (motivo del ingreso, antecedentes, diagnóstico principal y los secundarios, procedimientos, complicaciones, destino al alta, y otros) y se tienen que reflejar aspectos claves como la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad y valoración social. El informe debe dar importancia al razonamiento clínico en los casos en que el juicio clínico no resulte obvio y es importante reflejar los paráme-

tros de analítica básica y los alterados. Se recomienda evitar, en lo posible, la utilización de acrónimos y las siglas, que no sean de uso general, pues no tienen un significado común y resultan confusos para los pacientes y médicos de otras especialidades.

El apartado de tratamiento tiene gran importancia, y debe quedar explícito qué sucede con la medicación previa o describir el tratamiento al completo. En cualquier caso se tiene que describir con claridad el nombre del fármaco, la vía de administración, la dosis y la duración del tratamiento. En caso de usar nombres comerciales es de utilidad hacer constar entre paréntesis el principio activo. Los representantes de las sociedades científicas de Atención Primaria señalaron, como crucial, evitar los cambios injustificados de tratamiento, las revisiones rutinarias y las derivaciones innecesarias que deben de ser evitadas. Por último, las herramientas informáticas deberán facilitar la lógica y sencilla elaboración del IAH; y facilitar la compatibilidad de sistemas informáticos es una condición necesaria para una coordinación médica eficaz, y por tanto, para la salud del paciente.

En el consenso se señala el carácter docente del IAH y su uso para investigación y cómo debería constar en los programas de formación de especialistas la recomendación específica de aprender a realizarlos. Las sociedades científicas que lo han suscrito y el Foro Español de Pacientes se han comprometido a difundir su contenido entre sus asociados.

Como información complementaria del consenso se ha realizado un estudio para conocer la situación actual del IAH en Servicios de Medicina Interna de 4 hospitales españoles: Hospital Costa del Sol (Marbella), Universitario de Bellvitge de L'Hospitalet (Barcelona), Universitario Gregorio Marañón de Madrid, y Requena (Valencia), en 400 altas hospitalarias, con el objetivo de valorar la calidad actual de los informes de alta hospitalaria previa a la publicación de las recomendaciones del consenso para la elaboración del informe de alta en especia-

lidades médicas, y poder comparar y conocer posibles diferencias en el grado de recogida de datos entre distintos hospitales.

En este estudio se han analizado 46 variables: 11 de datos administrativos/demográficos y 35 variables sobre información clínica, que incluían 7 sobre estudios complementarios y 5 sobre tratamiento farmacológico.

Las conclusiones resumidas del mismo han sido: existe un amplio margen de mejora en el cumplimiento de la información administrativa y clínica en la elaboración del IAH en los servicios de Medicina Interna, y hay un elevado uso de siglas o acrónimos en el diagnóstico. Asimismo, hay una variación superior al 20 por ciento en la cumplimentación en los siguientes apartados:

- 1) Variables demográficas y administrativas: domicilio, teléfono y número de identificación de SS o DNI del paciente, fecha de alta del informe, motivo y destino del alta.
- 2) Información clínica: motivo del ingreso, alergias medicamentosas, datos antropométricos, datos analíticos (glucosa, iones), electrocardiograma, radiografía de tórax, diagnóstico principal y secundarios, y en el uso de siglas o acrónimos en el diagnóstico.
- 3) Recomendaciones y tratamiento: descripción de la dieta, tratamiento completo, duración de fármacos transitorios, e indicación de nuevos tratamientos.
- 4) Seguimiento tras el alta: referencia a revisión y posible contacto con el servicio hospitalario.

Conocer las recomendaciones del consenso y elaborar un documento estándar de informe de alta por parte de todos los servicios médicos hospitalarios, adaptado a estas recomendaciones, podría facilitar su cumplimentación y, de esta manera, mejorar la calidad global de los mismos. A este respecto, el estudio inicial comentado se va a completar con una fase de intervención, evaluando el impacto de una acción educativa en estos servicios clínicos para comprobar la mejora en la calidad de los informes ■