

XIV

aeGRis

LOS INFORMES CLÍNICOS, LAS INTERCONSULTAS, Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

José María Prieto de Paula

*Donostia-
San Sebastián*



INFORMES DE ALTA MÉDICA



Informe de alta médica

- Documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

LEY 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

Rev Clin Esp. 2010;210(7):355-358

¿Por qué es importante el informe médico de alta?

A. Zapatero Gaviria*

- Contiene la información fundamental sobre el proceso asistencial.
- Reduce el tiempo de búsqueda de información.
- Evita la repetición innecesaria de pruebas.
- Elemento clave para la conciliación de la medicación.
- Describe el seguimiento preciso tras el alta.
- Facilita la continuidad asistencial.
- Esencial para construir el CMBD.

El informe de alta médica: principales problemas detectados

- Variabilidad y falta de cumplimentación de distintos apartados.
- Limitaciones como fuente de evaluación de la calidad asistencial.
- Necesidad de mejora en datos demográficos y administrativos.
- Escasa información geriátrica en ancianos.
- Infranotificación de enfermedades relevantes.
- Baja cumplimentación del plan terapéutico y del seguimiento.
- Problemas asociados a la conciliación del tratamiento.
- Amplio uso de abreviaturas.

LO QUE DEBERÍA SER

- Contiene la información esencial del proceso asistencial.
- Describe el seguimiento preciso tras el alta.
- Facilita la continuidad asistencial.
- Elemento clave para la conciliación de la medicación.

LO QUE ES

- Infranotificación de enfermedades relevantes.
- Escasa información geriátrica en ancianos.
- Baja cumplimentación del plan terapéutico y del seguimiento.
- Problemas asociados a la conciliación del tratamiento.

Elemento clave para la conciliación de la medicación

Deficiencias en el plan terapéutico	%
Faltan recomendaciones higiénico-dietéticas	27-76
Tratamiento previo al ingreso no detallado	78
No consta la medicación completa	15-64

- Moreno Martínez F et al. *Rev Clin Esp.* 2010; 210; p. 25.
- Prieto de Paula J et al. *Rev Clin Esp.* 2010; 210; p. 412.
- Álvarez-Uría Miyares A. *Rev Clin Esp.* 2010, 210; p. 214.
- Actas del XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

Elemento clave para la conciliación de la medicación



MEDICINA CLÍNICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Original breve

Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico

Olga Delgado Sánchez ^{a,*}, Jordi Nicolás Picó ^b, Iciar Martínez López ^a, Amparo Serrano Fabiá ^c, Laura Anoz Jiménez ^d y Francisco Fernández Cortés ^a

^a Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Farmacia, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^c Servicio de Farmacia, Fundación Hospital Manacor, Manacor, España

^d Servicio de Farmacia, Hospital Can Misses, Ibiza, España

	Con error de conciliación n (%)	Sin error de conciliación n (%)	Significación
Hospital	318 (52,7)	285 (47,3)	p < 0,001
Hospital de Manacor	61 (43,9)	78 (56,1)	
Hospital Can Misses	43 (51,8)	40 (48,2)	
Hospital Son Dureta	117 (49,6)	119 (50,4)	
Hospital Son Llàtzer	97 (66,9)	48 (33,1)	
Aleatorización			
Ingreso	199 (66,8)	99 (33,2)	p < 0,001
Alta	119 (39,0)	186 (61,0)	

603 pacientes

318 (52,7%) al menos un error de conciliación

No se consideró error no cumplimentar el tratamiento completo ("continuar con la medicación habitual...")

Describe el seguimiento preciso tras el alta y facilita la continuidad asistencial

Diagnóstico y seguimiento	%
No consta el diagnóstico principal	2-30
No constan diagnósticos secundarios	30-55
No figura explícitamente el seguimiento	35
Sin fecha de revisión en A. Especializada	71
Referencia al modo de contacto con el médico de AP	0-22

- Moreno Martínez F et al. *Rev Clin Esp.* 2010; 210; p. 25.
- Prieto de Paula J et al. *Rev Clin Esp.* 2010; 210; p. 412.
- Actas del XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

El informe de consulta externa

- Bibliografía muy escasa.
- España, 2007: 27 millones de primeras consultas y 5,2 millones de altas tras hospitalización.
- Normativa estatal confusa.
- No se realizan en un alto porcentaje de casos.
- Cuando se hacen tienen problemas de legibilidad o carecen de datos esenciales.

	%
No existe informe	62-81
Ilegible	16
No consta diagnóstico	30
No consta el tratamiento	24
No constan indicaciones sobre seguimiento	81

- Reig-Mollá B et al. *Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista?*. *Aten. Primaria* 2004; 34: 300-5.

- Rivas Crespo JC et al. *Coordinación medicina general-especializada. Evaluación en el área de Burgos*. *Aten Primaria* 1997; 19: 257-61.

- Jiménez Marín A et al. *Valoración de los informes médicos recibidos del segundo nivel*. *Aten. Primaria* 2001; 27: 403-7.

Conferencia de consenso

Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas

Consensus for hospital discharge reports in medical specialities

Pedro Conthe Gutiérrez^{a,*}, Javier García Alegría^a, Ramón Pujol Farriols^a, Inmaculada Alfageme Michavilla^b, Sara Artola Menéndez^c, Raquel Barba Martín^a, Pedro Javier Cañones Garzón^d, Paloma Casado Pérez^e, Fernando de Álvaro Moreno^f, Luis Escosa Royo^g, Albert Jovell Fernández^h, Cristóbal León Gilⁱ, Arturo Lisbona Gil^j, Raúl Márquez Vázquez^k, Ana Pastor Rodríguez-Moñino^l y David A. Pérez Martínez^m

^a Sociedad Española de Medicina Interna, España

^b Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, España

^c Sociedad Española de Diabetes, España

^d Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, España

^e Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, España

^f Sociedad Española de Nefrología, España

^g Sociedad Española de Cardiología, España

^h Foro Español de Pacientes, España

ⁱ Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, España

^j Sociedad Española de Endocrinología, España

^k Sociedad Española de Oncología Médica, España

^l Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, España

^m Sociedad Española de Neurología, España

Recomendaciones generales establecidas para el IAH

■ Descripción general

- El IAH debe ser conciso y estructurado, y ha de redactarse en términos médicos.
- El principal destinatario del IAH es el paciente.

■ Información y comunicación al paciente

- El plan terapéutico debe ser claro, comprensible y ha de reflejarse en una hoja específica.
- La información escrita del IAH se debe complementar con una explicación verbal.

Recomendaciones generales establecidas para el IAH

■ Comunicación entre médicos y datos importantes

- El IAH no debe ser el único contacto con el médico de familia. Es imprescindible una comunicación fluida.
- Para facilitar la comunicación AP/AE deben constar referencias explícitas de contacto (teléfonos, e-mail, fax, “busca”...).
- El IAH debe reflejar aspectos como la funcionalidad, estado cognitivo, comorbilidad y la valoración social.
- El IAH debe incluir el razonamiento clínico en los casos en que el juicio clínico no resulte obvio.
- En lo posible se evitará la utilización de acrónimos y siglas que no sean de uso general.

Recomendaciones generales establecidas para el IAH

■ El tratamiento médico

- En el IAH debe quedar explícito qué sucede con el tratamiento previo o describir el tratamiento al completo.
- Se tiene que definir con claridad el nombre del fármaco, la vía de administración, la dosis y la duración del tratamiento.
- En caso de usar nombres comerciales será de utilidad hacer constar, entre paréntesis, el principio activo.
- Se deben evitar cambios injustificados de tratamiento, revisiones sistemáticas y derivaciones innecesarias.

Recomendaciones generales establecidas para el IAH

■ Otras recomendaciones

- Cada servicio clínico debe conocer la situación de partida con respecto a la calidad de sus informes, con el fin de implantar acciones de mejora. En una segunda fase, debería evaluarse el impacto de las mismas, en orden a mejorar su calidad y a ajustarlos a la normativa.
- Las herramientas informáticas deben facilitar la elaboración del IAH.
- En los programas de formación de especialistas debe constar la recomendación específica de aprender a realizar Informes clínicos.

La historia clínica digital

■ Ventajas de la HCD

- Mejora la seguridad del paciente
 - Mejora la coordinación AP/AE.
- 
- Prescripción
 - Diagnóstico
 - Alertas electrónicas o recordatorios

ORIGINAL INVESTIGATION

Clinical Information Technologies and Inpatient Outcomes

A Multiple Hospital Study

Ruben Amarasingham, MD, MBA; Laura Plantinga, ScM; Marie Diener-West, PhD;
Darrell J. Gaskin, PhD; Neil R. Powe, MD, MPH, MBA

Arch Intern Med. 2009;169(2):108-114

Conclusion: Hospitals with automated notes and records, order entry, and clinical decision support had fewer complications, lower mortality rates, and lower costs.



Proyecto Historia Clínica Digital SNS

Garantizar a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios el acceso telemático a la información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier punto del SNS, salvaguardando la confidencialidad de los datos de carácter personal relativos a su salud.

Proyecto Historia Clínica Digital SNS

- **Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS.**
 - Responsabiliza al Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) de la coordinación de los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y salud individual.
- **Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.**
 - El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación con las CCAA promoverá la implantación de un sistema de compatibilidad que posibilite su uso por los centros asistenciales de España.

Proyecto Historia Clínica Digital SNS

- **Contenidos de la HCD**
 - Informe clínico de alta
 - Informe clínico de consulta externa de especialidades
 - Informe clínico de urgencias
 - Informe de atención primaria
 - Informe de resultados de pruebas de laboratorio
 - Informe de resultados de pruebas de imagen
 - Informe de cuidados de enfermería
 - Historia clínica resumida

Proyecto Historia Clínica Digital SNS



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 225

Jueves 16 de septiembre de 2010

Sec. I. Pág. 78742

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

14199 *Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.*

Finales de marzo de 2012

A close-up, slightly blurred photograph of a person's hands writing on a white document with a black pen. The person is wearing a light blue shirt. The image is set against a dark red background with a thin yellow crosshair in the top-left corner.

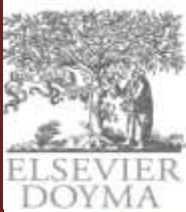
INTERCONSULTAS

Interconsultas

Comunicación entre profesionales hospitalarios de diferente especialidad o área de experiencia, en la cual se solicita y se proporciona, respectivamente, información sobre el manejo de un paciente.

Interconsultas: consideraciones generales

- Escasa atención en la bibliografía médica.
- Actividad no programada, discontinua y, generalmente, a demanda.
- Trabajo habitualmente no registrado, aunque de gran importancia, y en aumento.
- Infravalorada; en cierto modo, actividad marginal.
- En torno al 5% de los pacientes ingresados en servicios quirúrgicos requieren interconsulta.
- De ellas, un elevado porcentaje (30-50%) son urgentes.
- Hasta en el 20% de los casos, se repite la interconsulta en un mismo paciente.

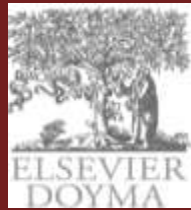


Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna

I. Méndez López* y D. Etxeberria Lekuona

Rev Clin Esp. 2011; 211:61-3

- 51 servicios de MI de 52 provincias españolas
- Responsable encargado de la organización de IC: 46%.
- Modelo de organización:
 - Distribución consecutiva: 29,4%.
 - Interconsultor único: 25,5%.
 - Asignación de plantas: 25,5%.
 - Equipo de 2 ó más personas: 19,6%.
- Integración de internistas en servicios quirúrgicos: 21,6%.
- Dedicación exclusiva a IC: 15,7%.



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna

I. Méndez López* y D. Etxeberria Lekuona

Rev Clin Esp. 2011; 211:61-3

- Registro de la actividad:
 - Ninguno: 22,5%.
 - Registro “avanzado”: 7,8%.
 - Soporte informático de petición y respuesta: 11,8%.
- Sistema de localización urgente del interconsultor: 78,4%.
- Participación autónoma de MIR en IC: 45,1%.

Ten Commandments for Effective Consultations

Lee Goldman, MD; Thomas Lee, MD; Peter Rudd, MD.

Arch Intern Med 1983; 143: 1753-1755

- 1. Concretar qué se pregunta.
- 2. Establecer la urgencia.
- 3. Recoger por sí mismo los datos importantes.
- 4. Ser breve y conciso.
- 5. Ser concreto en las sugerencias.
- 6. Anticiparse a potenciales problemas en la evolución.
- 7. En general, el consultor debe jugar un papel auxiliar.
- 8. Enseñar con tacto y discreción.
- 9. No existe sustituto para el contacto personal y directo.
- 10. Proporcionar un seguimiento adecuado.

Interconsultas. Conclusiones

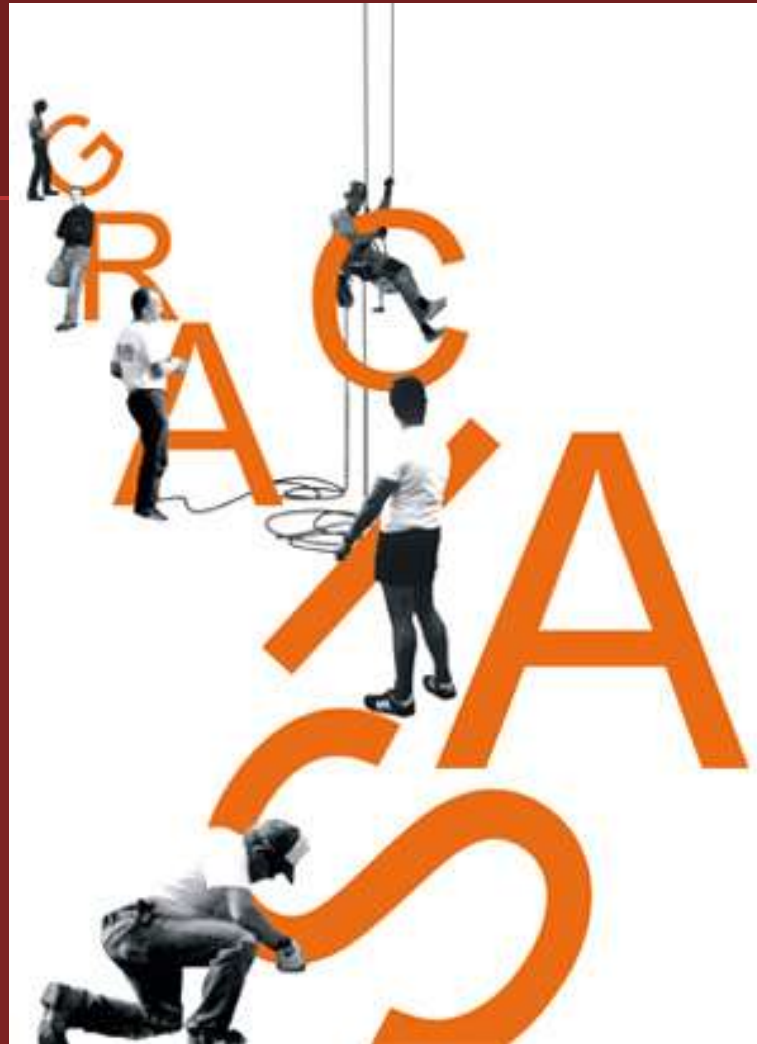
- Formación en interconsultas. Decálogo de Goldman.
- Organización adaptada a las características del hospital.
 - Existencia de un responsable.
 - Consultores estables.
 - Accesibilidad y localización inmediatas.
 - Dedicación exclusiva.
 - Registro en base de datos integrada en el sistema de información del hospital.
 - Organización más racional de los servicios quirúrgicos.
- Análisis de situación en cada centro e implantación de las acciones de mejora pertinentes.

Interconsultas. Conclusiones

- Agilidad en la respuesta.
- Comunicación verbal fluida que aclare, desde el principio, el tipo de respuesta, y delimite la responsabilidad.
- Respuesta siempre escrita (informática o, en todo caso, legible).
- Concisión y claridad. Limitar recomendaciones accesorias.
- Seguimiento diario.
- Facilitar contacto posterior.
- Informe de alta.

Informes clínicos: Conclusiones

- El Informe clínico es una herramienta fundamental para la comunicación y para la seguridad del paciente.
- Existe un amplio margen de mejora en su cumplimentación, especialmente en los informes de consulta externa.
- Las herramientas informáticas ayudan notablemente en la elaboración de un Informe estandarizado.
- Los programas de formación de especialistas deben contener la recomendación específica de aprender a realizar IA.
- Cada servicio debe analizar sus indicadores de calidad para mejorar la práctica asistencial.
- La responsabilidad de conseguir unos informes clínicos de calidad es de todos.





Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

Competencias básicas de la medicina interna

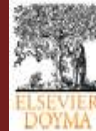
J.M. Porcel^{a,*}, J. Casademont^b, P. Conthe^c, B. Pinilla^c, R. Pujol^d y J. García-Alegría^e,
en nombre del grupo de trabajo de Competencias del Internista de la Sociedad Española
de Medicina Interna[◇]

- Elaborar un informe de alta hospitalaria y de atención en urgencias y consultas externas de acuerdo con los estándares establecidos.
- Medicina perioperatoria y consultiva: evaluación de los riesgos cardíaco y pulmonar preoperatorios, medicación en el perioperatorio, control de glucemia, profilaxis de tromboembolismo venoso, complicaciones infecciosas y no infecciosas en el postoperatorio, problemas médicos de la mujer embarazada.
- Comunicarse adecuadamente con colegas de diferentes especialidades para mantener la continuidad asistencial.

HEALTH POLICY

Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine

Vincenza Snow, MD¹, Dennis Beck, MD², Tina Budnitz, MPH³, Doriane C. Miller, MD⁴, Jane Potter, MD⁵, Robert L. Wears, MD⁶, Kevin B. Weiss, MD, MPH⁷, and Mark V. Williams, MD⁸
J Hosp Med. 2009;4:364-70.



MEDICINA CLÍNICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Conferencia de consenso

Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas

Contenidos del informe clínico

Contenido claro, preciso, comprensible, evitando abreviaturas y acrónimos, y escrito en términos sencillos

Señalar el diagnóstico principal y el listado de diagnósticos secundarios, procedimientos y complicaciones

Plan diagnóstico

Plan terapéutico. Listado de medicación

Identificación clara del médico responsable de la alta, habitualmente médico de familia

Listado de pruebas pendientes

Intervenciones planificadas en cuidados de enfermería (ej.: úlceras por presión)

Estado cognitivo del paciente. Nivel de funcionalidad y de dependencia

Aspectos sociosanitarios

Aspectos médico/legales (consentimientos, representantes legales o últimas voluntades)

Listado de citas pendientes

Listado de contactos entre niveles (teléfonos, fax y correo electrónico)

Régimen de vida. Actividad física. Recomendaciones dietéticas

Listado completo de fármacos

Evitar conflictos entre la medicación hospitalaria y la prescrita en el centro de salud

Señalar las modificaciones previas al ingreso

Nombre del fármaco, preferentemente por principio activo

Señalar claramente dosis, vía, horario de administración y duración del tratamiento

Especificar el motivo de suspensión de un tratamiento recomendable para una patología concreta

Facilitar comunicación de reacciones adversas por parte del paciente

BOE

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 225

Jueves 16 de septiembre de 2010

Sec. I. Pág. 78742

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL