



O-101 - CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA MÉDICA EN PACIENTES DE CMA

Vallverdú Cartié, Helena; Orbeal, Rolando; Sánchez, Cristina; Estalella, Laia; Mercader, Cristina; López Negre, José Luis; Comajuncosas, Jordi; Gris, Pere

Hospital de Sant Boi, Sant Boi de Llobregat.

Resumen

Introducción: La informatización de las historias clínicas ha facilitado y agilizado el acceso a datos de los pacientes y nuestros informes tendrían que ser mayor calidad, sin pérdida de datos. Pero, los registros informáticos han cambiado nuestro comportamiento en la recogida de datos y redacción de informes. Son cada vez más frecuentes los errores relacionados con el copia-pegado de datos, falta de actualización de los mismos o simples errores que se perpetúan en la historia clínica. Cabe recordar que el informe de alta médica (IAM) es un documento médico-legal, regulado por la normativa del BOE año 1986. La intención de nuestro estudio es analizar la calidad de los IAM en pacientes intervenidos por CMA y en una primera fase se analizan aspectos generales de la calidad de los IAM.

Métodos: Análisis retrospectivo de 100 IAM consecutivos de pacientes intervenidos en régimen de CMA (febrero-marzo 2015). Se registró el sexo y la edad. Se analizaron los campos predefinidos del formato electrónico del IAM, concretamente: alergias medicamentosas, antecedentes médicos y quirúrgicos, medicación habitual, enfermedad actual. Presencia de diagnóstico y procedimiento. El tratamiento al alta y las indicaciones respecto a su medicación habitual. Los cuidados postoperatorios a seguir y los cirujanos responsables.

Resultados: Se analizaron 100 IAM: Fueron 75% hombres. Edad media 47 años (rango 18-82). La patología más frecuente fue la herniaria en 56% de los casos, seguida de proctológica en el 32%. En el 100% constaba el diagnóstico y procedimiento realizado y el cirujano responsable. El segundo cirujano no constaba en el 34% de los IAM. Los antecedentes quirúrgicos y médicos estaban presentes en el 99% y 98% respectivamente. La medicación actual en el 97%. Faltaba el registro de alergias medicamentosas en el 15% de los informes. La enfermedad actual estaba presente en el 93% y el resumen clínico en el 97%. Constaba el tratamiento a seguir en el 99% de los casos, pero no quedaba constancia de lo que había que hacer con la medicación habitual en el 29% de los IAM. Las recomendaciones de dieta o cuidados estaban presentes en el 92%. Y el 97% tenían programada cita de seguimiento en consultas externas.

Conclusiones: 1. El acceso informático a los datos del paciente facilita el trabajo del cirujano a la hora de elaborar los IAM con grados de cumplimiento muy altos. Pero, destaca que el cumplimiento al 100% sólo está presente en los campos obligatorios para poder dar el alta al paciente (diagnóstico, procedimiento y cirujano responsable). 2. Uno de los datos más relevantes, inexcusable, es la falta de registro de alergias medicamentosas en el 15% de los pacientes. 3. Otro dato notable es la falta de recomendación de cambios en la medicación habitual, ausente en el 29% de los pacientes. 4. Hemos puesto en marcha un plan para mejorar estos resultados.