



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Por qué es importante el informe médico de alta?

A. Zapatero Gaviria*

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

Recibido el 17 de marzo de 2010; aceptado el 5 de abril de 2010

Disponible en Internet el 11 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Informe médico de alta;
Alta hospitalaria;
Gestión clínica

KEYWORDS

Discharge report;
Patient discharge;
Patient care
management

Resumen

Se revisa qué es el informe médico de alta, a quién va dirigido, para qué sirve y cómo se puede mejorar su contenido. Se establecen recomendaciones para que pueda ser más útil para los principales destinatarios de este documento.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

What is the importance of discharge reports?

Abstract

Several issues regarding discharge reports are discussed: what does a report consist of, who is this report intended for, what is it useful for and how can we improve its contents? Recommendations towards improving its usefulness, particularly for the main recipient, are given.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El informe médico de alta (IMA) es un documento básico de la historia clínica del paciente. Suele redactarlo el médico responsable del paciente durante su hospitalización. Contiene una información esencial para el paciente, su familia y/o el cuidador principal, y debe facilitar la continuidad asistencial en la transición desde el hospital hasta el ámbito ambulatorio. Además, es un elemento clave del que se van a extraer los principales indicadores del funcionamiento hospitalario: eficiencia y calidad asistencial para determinar la producción hospitalaria. Para que todos y cada uno de estos

destinatarios obtenga el mayor provecho del IMA, este debe estar redactado de forma completa, fiable y exhaustiva^{1,2}.

Recientemente se ha publicado³ una conferencia de consenso nacional para la elaboración del informe de alta hospitalaria. Este consenso ha estado liderado por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), y han participado otras 12 sociedades médicas. Además, ha contado con el asesoramiento del foro del paciente en la elaboración final del documento³.

Este artículo especial, y como complemento a los dos artículos publicados en este y en el anterior número de la «Revista Clínica Española», sobre los grupos relacionados con el diagnóstico, vamos a revisar algunos de los aspectos esenciales del IMA. Para ello intentaremos contestar a estas 4 preguntas: ¿Qué es el IMA? ¿A quién va dirigido? ¿Para qué sirve? ¿Cómo podemos mejorarlo?

Correo electrónico: azapatero.hflr@salud.madrid.org

*Coordinador del grupo de Gestión Clínica de la FEMI.

¿Qué es el informe médico de alta?

En nuestro país y desde 1984 es obligatorio por ley realizar un IMA a todo paciente atendido en establecimientos sanitarios. Dada su importancia, el IMA está regulado por una extensa normativa legal, (BOE 14 de septiembre de 1984, n.º 221/1984, p. 26.685 y Ley 41/2002 Reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones). También está regulado por la Ley Orgánica de Protección de Datos, que señala una especial protección para todos los datos relacionados con la salud de las personas. Su contenido básico y los diferentes apartados que contiene están determinados por normativa y son de obligado cumplimiento. En el momento actual, y por parte del Ministerio de Sanidad, se están revisando y actualizando los campos del IMA.

Dado que los contenidos obligatorios están señalados por norma, no hablaremos de estos y nos limitaremos a incidir, siguiendo las recomendaciones de la conferencia de consenso³, en los aspectos que nos parecen más relevantes para que el IMA cumpla de forma eficiente los objetivos para los que fue designado:

- Debe redactarse en términos médicos y tiene que ser un resumen sintético, preciso y conciso de la historia clínica.
- Debe estar dirigido fundamentalmente al paciente.
- El plan terapéutico debe ser claro y comprensible.
- Esta información se debe completar con una adecuada información verbal del médico responsable en el momento del alta.
- Se deben señalar las pruebas realizadas, las que están pendientes de realizar o aquellas cuyos resultados esperamos.
- Debe señalarse el calendario de citas pendientes.
- Debe resaltarse el papel del coordinador principal de cuidado del paciente, en régimen ambulatorio, que es el médico de familia.

¿A quién va dirigido?

Como señala en la conferencia de consenso³, los principales destinatarios del IMA son los siguientes:

- El paciente y/o su cuidador principal.
- El médico de atención primaria como coordinador y responsable del proceso asistencial ambulatorio.
- Los especialistas hospitalarios distintos a los del servicio que generó el alta y que también intervienen en la atención del paciente.
- El codificador clínico de los servicios de documentación clínica hospitalarios, que van a cumplimentar la información asistencial recogida en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

Si tenemos claro quiénes son los principales destinatarios del informe de alta a la hora de realizarlo, probablemente podremos intentar cumplir con sus expectativas y con sus diferentes necesidades.

¿Para qué sirve?

En el año 2007 en EE. UU., el Colegio Americano de Médicos, la Sociedad de Medicina Hospitalaria y la Sociedad de

Medicina Interna General establecieron una Conferencia de Consenso sobre los Cuidados en la Transición (Transition of Care Consensus Conference) en la que participaron 30 sociedades científicas, incluidas las sociedades de medicina interna, familia y pediatría, otros especialistas sanitarios como farmacéuticos, asociaciones profesionales de enfermería, asociaciones de pacientes y agencias estatales (Centers for Medicare and Medicaid Services). Este conjunto de profesionales ofreció una serie de recomendaciones en la transición del paciente desde el ámbito hospitalario al ambulatorio. Sus recomendaciones hacen referencia al contenido del IMA⁴.

Sabemos que las transiciones (cambios en la ubicación física de los pacientes) conllevan, con frecuencia, variaciones del responsable asistencial y constituyen una fase crítica del proceso de atención médica. Durante la transición, hasta un 20% de los pacientes presentan algún efecto adverso que no guarda relación con la enfermedad subyacente, sino con el tratamiento médico indicado al alta. De este 20% de enfermos con reacciones adversas, un 66% son por reacciones adversas a medicamentos y muchas podrían haber sido evitadas o limitadas⁵.

Otro aspecto importante son las discrepancias con la medicación. Pueden estar presentes hasta en un 14% de las altas y los pacientes cuyos informes presentan estas discrepancias tienen un riesgo mayor de reingreso a los 30 días⁶. Para evitar estas discrepancias, el IMA debe servir como elemento fundamental para conciliar la medicación del paciente. Entendemos por «conciliación» el proceso por el cual aseguramos que el paciente, especialmente en las transiciones, recibe todos los medicamentos necesarios: los que estaba tomando previamente y los que se han añadido o suspendido. Deberán explicarse las modificaciones y asegurarse de que están prescritos con la dosis, la vía y la frecuencia correctas, así como su adecuación a la nueva situación del paciente.

Además, en el momento del alta, hasta un 40% de los pacientes tiene alguna prueba realizada pendiente de resultado. De ellos, en un 10% el resultado definitivo va a requerir alguna modificación del plan diagnóstico y/o terapéutico. Tanto los pacientes como el propio médico de familia, en un porcentaje muy elevado, desconocen los resultados de estas pruebas pendientes y sus consecuencias⁷.

Una revisión sistemática publicada en «JAMA» resaltó que la comunicación directa entre médicos de atención primaria y del hospital es muy infrecuente (entre el 3–20% de los casos). El listado de problemas clínicos, que debe servir de guía para el manejo ambulatorio, solo está disponible en el IMA de forma anecdótica⁸. Aunque no hay datos disponibles en nuestro país, es muy probable que la situación sea similar.

El paciente y su cuidador principal o su familia tienen un papel muy importante en las transiciones. En el momento del alta hospitalaria aumentan notablemente los aspectos de inseguridad y de ansiedad en el paciente y en su familia. Por tanto, la transmisión de la información y la responsabilidad de la atención subsiguiente son aspectos básicos tras el alta hospitalaria que contribuyen a limitar estas reacciones. En esta transición, el IMA desempeña un papel fundamental. Pero no debemos limitarnos a la entrega formal del documento escrito; es preciso y necesario trasmisir de forma verbal la información contenida en el IMA por parte del médico responsable del alta, de forma privada y segura. Esta

conversación y la entrega del IMA pueden contribuir a la formación del paciente y/o de su cuidador.

Por todo lo anterior, el papel del IMA, reflejando de forma clara todos estos aspectos que se han identificado como potencialmente peligrosos y que afectan a la seguridad del paciente, nos va a permitir establecer objetivos claros de mejora y una práctica médica más segura.

¿Cómo podemos mejorarlo?

Tomando como base las recomendaciones de la Conferencia de Consenso sobre los Cuidados en la Transición⁴ junto con las del documento de consenso nacional³, señalamos a continuación los aspectos esenciales que de forma ideal deberían estar recogidos en el IMA (**tabla 1**). Por su importancia específica, subrayamos las indicaciones que deben seguirse en lo que se refiere al plan terapéutico (**tabla 2**).

Pero por otro lado, el IMA también sirve para que tanto gestores como médicos conozcamos los principales indicadores de la producción hospitalaria. Como se señala en la revisión que se publica en este mismo número⁹, esta información se halla contenida en el CMBD. Esta base de datos traduce la complejidad del proceso asistencial médico que debe estar resumida en el IMA en una sucesión de códigos comprensibles por un codificador clínico. Mediante el uso de los pertinentes programas informáticos se desarrollan sistemas de clasificación de pacientes, siendo el más utilizado en la actualidad el de los grupos relacionados con el diagnóstico⁹.

La calidad y la exhaustividad de la codificación clínica guardan una estrecha relación con la calidad del IMA. Este debe contener el diagnóstico principal, los secundarios, las comorbilidades, la evolución clínica, con todas las complicaciones surgidas durante el ingreso, y los procedimientos realizados, especialmente si alguno es quirúrgico. A partir de toda esta información se van a generar los principales

Tabla 1 Contenido ideal del informe de alta médica

Contenido claro, preciso, comprensible, evitando abreviaturas y acrónimos, y escrito en términos médicos
Señalar el diagnóstico principal y el listado de problemas, incluyendo diagnósticos secundarios, procedimientos y complicaciones
Plan diagnóstico
Plan terapéutico. Listado de medicación
Identificación clara del médico responsable/coordinador al alta, habitualmente médico de familia
Listado de pruebas pendientes
Intervenciones planificadas en cuidados de enfermería (p. ej.: úlceras por presión)
Estado cognitivo del paciente. Nivel de funcionalidad y grado 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)

Adaptado de la Conferencia de Consenso Nacional y del Transition of Care Consensus Conference^{3,4}

Tabla 2 Plan terapéutico. Aspectos fundamentales en el informe médico de alta

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 ¹⁴

indicadores de la gestión hospitalaria, que reflejan los aspectos de eficiencia y calidad, usados tanto por gestores como por los clínicos en la toma de decisiones¹⁰.

El CMBD no solo debe entenderse como una base de datos administrativa para generar información utilizada en la gestión sanitaria. Es, además, una herramienta muy útil para que los clínicos diseñen proyectos de investigación. Al ser de obligado cumplimiento, aporta una información muy abundante, que incluye registros con millones de entradas cada año (en nuestro país se producen casi cuatro millones de altas anuales). En esta base se combinan datos demográficos y epidemiológicos con los del proceso asistencial. A pesar de estar cumplimentada por personal no médico, se ha comprobado que existe una muy buena correlación entre esta base de datos y las realizadas por clínicos en patologías concretas¹¹. En el grupo de gestión clínica de la SEMI estamos trabajando con el CMBD de los servicios de medicina interna del Estado, habiendo desarrollado ya varias líneas de trabajo^{12,13}.

El documento resultado de la Conferencia de Consenso Nacional a instancia de la SEMI³ es una excelente iniciativa que nos debe servir para mejorar la atención de nuestros pacientes en aspectos fundamentales del proceso asistencial. Sin embargo, presenta algunas limitaciones, como la ausencia de otras especialidades firmantes del documento, especialmente las especialidades quirúrgicas, y la participación de otros profesionales sanitarios, como farmacéuticos y de enfermería. Sería excelente que este documento fuese refrendado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad para su implantación generalizada en todo el Estado.

Por tanto y como conclusión, de acuerdo con esta conferencia de consenso, el IMA debe ser útil fundamentalmente para el paciente y/o su cuidador para conocer su estado de salud y para desarrollar el plan terapéutico trazado, debe ser el elemento básico informativo y de coordinación entre niveles asistenciales y debe ser un instrumento de mejora para la seguridad del paciente (conciliación de medicación, interacciones). Finalmente, la información contenida en el IMA debe revertir no solamente en los gestores sanitarios, sino también en los clínicos, que son los que lo realizan, para facilitarnos la información de la actividad realizada por nosotros en los hospitales y de las que se pueden derivar múltiples actuaciones, como proyectos de investigación clínicoepidemiológicos.

Bibliografía

1. García Alegría J, Jiménez-Puente A. El informe de alta hospitalaria, utilidad y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp.* 2005;205:75-8.
2. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E. Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 2006;144:742-52.
3. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para el informe de alta en especialidades médicas. *Med Clin (Barc).* 2010.
4. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. 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, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Hosp Med.* 2009;4:364-70.
5. Forster AJ, Murff JD, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138:167.
6. Coleman EA, Smith JD, Raha D, Min SJ. Posthospital medication discrepancies: Prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med.* 2005;165:1842-7.
7. Roy CL, Poon EG, Karson AS, Ladak-Merchant Z, Johnson RE, Maviglia SM. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. *Ann Intern Med.* 2005;143:121-128.
8. Kripalani S, Lefevre F, Philips C, Willians M, Basaviah P, Backer DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA.* 2007;297:831-41.
9. Jimenez Puente A. Sistemas de información para clínicos I. Cómo conocer qué tipo de pacientes atienden nuestros hospitales. *Rev Clin Esp.* 2010 (en prensa).
10. Jimenez Puente A, García Alegría J, Lara-Blanquer A. Sistemas de información para clínicos II. Cómo analizar la eficacia y calidad de la asistencia intrahospitalaria. *Rev Clin Esp.* 2010 (en prensa).
11. Barba R, Losa JE, Guijarro C, Zapatero A. Fiabilidad del CMBD en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. *Med Clin (Barc).* 2006;127:255-7.
12. Barba R, Marco J, Losa JE, Canora J, Plaza S, Zapatero A. Análisis de dos años de actividad de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2009;209:459-66.
13. Zapatero A, Barba R, Canora J, Losa JE, Plaza S, Marco J, et al. Mortalidad en los servicios de Medicina Interna. *Med Clin (Barc).* 2010;134:6-12.
14. Basch E. The missing voice of patients in drug-safety reporting. *N Eng J Med.* 2010;362:865-9.