



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL BREVE

Claridad de las recomendaciones al paciente en el informe de alta hospitalaria

A. Jiménez-Puente^{a,b,*}, A. Lara-Blanquer^c, N. Benítez-Parejo^{a,b,d}, M.A. García-Díaz^e
y J. García-Alegria^{b,f}

^a Unidad de Evaluación, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^b CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Unidad de Documentación Médica, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^d Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^e Unidad de Tecnologías de la Información y la Comunicación, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^f Área de Medicina, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

Recibido el 16 de septiembre de 2011; aceptado el 13 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 29 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Auditoría médica;
Estudios de
evaluación;
Educación al paciente

Resumen

Fundamento: Las recomendaciones al paciente (RP) son una de las partes fundamentales del informe de alta hospitalaria. El objetivo del estudio fue conocer la frecuencia de RP en los informes de distintas especialidades y la proporción de ellas consideradas de fácil comprensión.

Material y método: Estudio observacional transversal. Ámbito: hospital general de agudos. Se revisó una muestra de informes de alta con análisis de la frecuencia y tipos de RP según su contenido y claridad.

Resultados: Se analizaron 840 informes y 2.097 RP con un promedio de 2,5 RP por informe. Las RP más habituales se referían al seguimiento del paciente (46% del total), seguidas de las recomendaciones específicas para los días inmediatos al alta (37%), solo el 16% se referían a estilos de vida. Los informes de especialidades quirúrgicas contenían 3,2 RP por alta, frente a 2,3 de las especialidades médicas. Un 90,3% de las RP se consideraron de comprensión clara para un paciente medio.

Conclusiones: Los informes de alta analizados contenían pocas RP, en especial las referidas a estilos de vida. Una proporción apreciable de las RP no estaban expresadas con suficiente claridad.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajpuente@hcs.es (A. Jiménez-Puente).

KEYWORDS

Medical audit;
Evaluation studies;
Patient education

Clarity of recommendations for patients in the hospital discharge report**Abstract**

Background: Recommendations for patients (RP) are one of the key parts of the hospital discharge report (HDR). The objective was to study the frequency of RP in the HDR of different specialties and the proportion of them considered to be easy to understand.

Material and method: Observational and cross-sectional study.

Setting: General acute care hospital.

Interventions: Review of a sample of HDR, analysis of the frequency and types of PR based on their content and clarity.

Results: A total of 840 HDR and 2,097 PR were analysed with an average of 2.5 RP per report. The most common RP referred to the patient follow-up (46% of total), followed by specific recommendations for the days immediately following discharge (37%), with only 16% related to lifestyle. Reports by surgical specialties contained 3.2 RP compared to 2.3 in medical specialties.

The large majority (90.3%) of the RP were considered clear to understand for a standard patient.

Conclusions: The HDR analysed contained few RP, in particular those related to lifestyles. A substantial proportion of the RP were not expressed with enough clarity.

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

Introducción

Las recomendaciones al paciente (RP) sobre hábitos dietéticos y estilos de vida son un apartado tradicional del informe de alta hospitalaria cuya importancia no debería ser olvidada. El informe de alta es un instrumento de comunicación entre el médico responsable de la asistencia hospitalaria y diversos receptores, como el médico de familia y otros especialistas, pero el principal destinatario debe ser el paciente y/o su cuidador principal^{1,2} por lo que las RP deberían estar redactadas en una terminología suficientemente clara para su comprensión.

En España, hay información de que se realizan solo 4,2 recomendaciones por alta en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca frente a las 10 que serían deseables³ y de que una intervención educativa sobre los médicos incrementó la frecuencia de RP en pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica⁴. También se ha descrito que la entrega de información estructurada sobre autocuidados aumenta la satisfacción de los pacientes atendidos en Urgencias⁵. Aunque hay estudios sobre las necesidades y expectativas de la población en la obtención de información sanitaria⁶, no hemos podido localizar estudios previos realizados en España sobre la claridad de las RP en los informes de alta. En Estados Unidos, el 68% de los pacientes mostraron deficiencias de comprensión de las explicaciones recibidas en un servicio de Urgencias⁷.

El objetivo principal del estudio fue conocer la claridad de las recomendaciones generales al paciente en hospitalización general. También nos planteamos conocer su frecuencia, contenido y su diferente distribución en las distintas especialidades.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional transversal realizado en el Hospital Costa del Sol, situado en Marbella, que presta asistencia de hospitalización general a cerca de 400.000

habitantes de la costa occidental de la provincia de Málaga y que atiende anualmente cerca de 20.000 ingresos, 37% de especialidades médicas, 35% de quirúrgicas, 22% de Obstetricia y 6% de Pediatría.

Se revisó una muestra aleatoria de informes de alta del segundo semestre de 2010 para pacientes con alta a domicilio y que pasaron al menos una noche en el hospital. Se examinaron las RP existentes en el informe, clasificando estas en 4 grupos, según su contenido: 1. Hábitos y estilo de vida, como dieta, tabaco, alcohol o drogas; 2. Instrucciones referidas a los días inmediatos al alta, como alimentación o movilidad; 3. Seguimiento asistencial: especialidad responsable y casos en que el paciente debía volver al hospital, considerando solo las instrucciones específicas y no aquellas generales del tipo «seguimiento por su médico de cabecera» o «en caso de empeoramiento acudir al servicio de Urgencias»; 4. Otras, como instrucciones sobre reincorporación a la actividad laboral, vacunaciones o aislamientos. No se consideraron RP las referidas al uso de fármacos.

La revisión fue realizada por 2 médicos de Admisión y Documentación Clínica, que calificaron cada recomendación como fácil o difícil de comprender por un paciente medio de nuestro entorno. Se entendía que una RP era poco clara si se daba alguno de los siguientes elementos: uso de términos médicos o de conceptos que no son conocidos por la población general, frases susceptibles de interpretación ambigua, uso de siglas, indicación de revisiones sin especificar la especialidad o el plazo e indicación de determinados cuidados, como curas, sin especificar quién debía realizarlas. Al inicio del estudio, un 10% de la muestra fue revisada de forma independiente por los 2 revisores para estudiar la concordancia de la clasificación mediante el índice de Kappa simple, con posterior discusión y unificación de criterios sobre los resultados discordantes.

La distribución de la muestra fue proporcional a las altas de cada especialidad. Los resultados se desglosaron para especialidades médicas (Medicina Interna, Aparato Digestivo, Cardiología y Neumología), quirúrgicas (Cirugía General, Cirugía Ortopédica y Traumatología,

Tabla 1 Recomendaciones al paciente en el informe de alta hospitalaria. Frecuencia y proporción de ellas consideradas suficientemente claras

	Espec. médicas	Espec. quirúrgicas	Obstetricia	Pediatria	Total
<i>Número de informes estudiados</i>	297	320	163	60	840
<i>Número de RP</i>	692	1016	254	135	2,097
<i>RP por informe:</i> <i>media (DE)*</i>	2,33 (1,24)	3,18 (1,80)	1,56 (1,53)	2,25 (1,43)	2,50 (1,62)
<i>Porcentajes de RP por tipos</i>					
1. Estilos de vida	36,7%	2,8%	0	37,8%	15,9%
2. Instrucciones postalta	13,0%	49,5%	65,4%	17,8%	37,3%
3. Revisiones	48,8%	46,6%	34,3%	44,4%	45,7%
4. Otros	1,4%	1,2%	0,4%	0	1,1%
<i>Porcentajes de RP claras</i>					
1. Estilos de vida	87,8%	100%	-	100%	90,7%
2. Instrucciones postalta	70,0%	86,3%	98,2%	83,3%	86,8%
3. Seguimiento asistencial	95,3%	90,5%	92,0%	100%	92,9%
4. Otros	90,0%	100%	100%	-	95,7%
<i>Total*</i>	89,2%	88,8%	96,1%	97,0%	90,3%

DE: desviación estándar; RP: recomendaciones al paciente..

Especialidades médicas: Medicina Interna, Aparato Digestivo, Cardiología y Neumología; Especialidades quirúrgicas: Cirugía General, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Ginecología, ORL y Urología.

* Comparación entre grupos de especialidades con $p < 0,0001$.

Ginecología, Otorrinolaringología y Urología), Obstetricia y Pediatria.

El tamaño muestral se calculó para permitir la estimación del porcentaje de recomendaciones consideradas de fácil comprensión, esperando que dicho valor se situara en torno al 85% con una precisión de $\pm 1,5\%$, error alfa 5%, error beta 20% y población de referencia 20.000. El valor de la p esperada y del promedio de RP por informe de alta procedieron de un pilotaje previo de 82 informes y 208 RP que además sirvieron para analizar la concordancia entre los revisores.

Se realizó análisis descriptivo mediante la media y la desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para cualitativas. La comparación de la frecuencia de RP en los distintos grupos de especialidades se realizó mediante test de Anova y la comparación de la proporción de RP claras, mediante test de la chi cuadrado. El nivel de significación se estableció para una $p < 0,05$. Se calcularon los intervalos de confianza del 95% (IC95%) para el promedio de RP por informe de alta y porcentaje de RP claras. La base de datos se elaboró con dbase iv y el análisis estadístico mediante SPSS y Epidat.

Resultados

Se analizaron 2.097 RP incluidas en 840 informes de alta. El promedio era de 2,5 recomendaciones por informe (DE 1,62; IC95% 2,39-2,61). El número de RP fue diferente en los distintos grupos de especialidades, con más RP en especialidades quirúrgicas que en especialidades médicas, pediatría y obstetricia. Solo 20 informes de alta (2,4%) no contenían ninguna RP.

En la tabla 1 se resume la distribución de cada tipo de recomendaciones en los distintos grupos de especialidades. Las más frecuentes fueron las relacionadas con el

seguimiento asistencial del paciente: 46% del total, seguidas de las instrucciones a seguir en los días inmediatos al alta: 37% del total. Las relacionadas con estilos de vida supusieron solo el 16% del total.

El 90,3% de las recomendaciones (IC95% 89,1-91,5%) estaban expresadas de forma suficientemente clara para su comprensión por un paciente normal. La proporción de RP claras varió en los distintos grupos de especialidades, con más RP claras que el conjunto en Obstetricia y Pediatria, sin diferencias en especialidades médicas y menos RP claras en especialidades quirúrgicas. En las 208 recomendaciones revisadas de forma independiente por ambos revisores, se obtuvo un acuerdo absoluto en cuanto a la claridad de la RP del 94% con un índice kappa de 0,63 (IC95% 0,45-0,82).

En la tabla 2 se recogen algunos ejemplos ilustrativos de RP consideradas poco claras y susceptibles de una redacción más sencilla.

Discusión

Nuestra revisión ha mostrado que los informes de alta de hospitalización general recogen como media solo 2,5 recomendaciones generales dirigidas al paciente, casi un 10% de las cuales se consideran poco claras para su comprensión por un paciente medio. La mayor parte de las RP se refieren a los cuidados inmediatos al alta, como por ejemplo reposo relativo en pacientes quirúrgicos, inmovilización en pacientes de traumatología o hidratación abundante en pacientes de urología.

Las recomendaciones sobre estilos de vida (dieta, ejercicio, consumo de tabaco, alcohol o drogas) ascienden a solo 0,6 por informe de alta, a pesar de que la importancia de los estilos de vida como determinantes fundamentales de la salud de las poblaciones está establecida desde los textos

Tabla 2 Ejemplos de recomendaciones al paciente susceptibles de una redacción más clara
<u>Terminología que puede no ser conocida por todos los pacientes:</u>
<i>Abandono del hábito tabáquico</i>
<i>Dieta hiposódica</i>
<i>Dieta hipograsa</i>
<i>Dieta de fácil deglución</i>
<i>Deambular a diario</i>
<i>Evitar la bipedestación</i>
<i>Hidratación abundante</i>
<i>Si disnea o edemas acudir a Urgencias</i>
<u>Conceptos que pueden no ser conocidos por todos los pacientes:</u>
<i>Ejercicios para favorecer el retorno venoso</i>
<i>Evitar esfuerzos de prensa abdominal</i>
<i>Dieta equilibrada</i>
<i>Dieta sin grasas saturadas</i>
<i>Dieta pobre en proteínas</i>
<i>Dieta sin azúcares de absorción rápida</i>
<i>Dieta de protección renal baja en potasio</i>
<u>Frases susceptibles de interpretación ambigua:</u>
<i>No beber</i>
<i>Reducir alcohol</i>
<u>Uso de siglas:</u>
<i>Mantener el MID elevado</i>
<i>Cita en CCEE de COT</i>
<i>Control de los FRCV por su MAP</i>
<u>No se especifica cuándo se debe realizar algo</u>
<i>Revisión en consulta de Medicina Interna</i>
<u>No se especifica quién debe realizar algo</u>
<i>Curas diarias con antiséptico de la herida</i>

de Lalonde en los años 70⁸. Se ha apuntado que en determinadas enfermedades, como la insuficiencia cardiaca, las medidas generales pueden ser tan importantes como el tratamiento farmacológico^{9,10}.

A menudo, los especialistas hospitalarios estiman que las RP corresponden sobre todo al ámbito de la Atención Primaria, pero consideramos que el ingreso hospitalario puede ser una buena ocasión para realizar educación sanitaria, ya que los pacientes pasan como media cerca de una semana ingresados, y su situación de enfermedad aguda les hace especialmente receptivos al consejo médico. La escasez de RP en el informe de alta es especialmente llamativa si se compara con la abundancia de recomendaciones de tratamientos farmacológicos.

Los informes de alta deben estar redactados en lenguaje médico para cumplir su función de vía de comunicación entre los profesionales sanitarios, pero no hay que olvidar que el paciente y/o su cuidador principal son los principales destinatarios del informe de alta^{1,2} y los apartados dirigidos específicamente a él deberían estar redactados en los términos más claros y comprensibles.

Según lo encontrado en nuestra revisión, el apartado de RP no se libra del problema existente en muchos de los informes de alta de la presencia de abreviaturas, más difíciles de entender todavía para alguien que no es profesional. Así, encontramos con frecuencia que la pierna derecha se denomina «MID», el área de consultas externas «CCEE», los factores de riesgo cardiovascular «FRCV» o el médico de atención primaria «MAP».

Los estudios publicados sobre RP en pacientes hospitalizados son escasos: en España existe un estudio previo según el cual el 73% de los informes de alta recogían la situación tabáquica de los pacientes hospitalizados, aunque menos de un tercio de ellos recordaban que se les hubiera preguntado si fumaban y solo un 22% de los fumadores recordaban que se les hubiera aconsejado dejar de hacerlo¹¹. El estudio Euroheart mostró a nivel europeo que los pacientes con insuficiencia cardíaca recibían como promedio 4,1 consejos sobre su enfermedad (4,2 en el caso de España) de entre las 10 recomendaciones estándar en esta enfermedad³. El estudio CAM realizado en España sobre pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio, mostró que, tras una intervención educativa, cerca del 30% de los informes de alta hospitalaria seguían sin realizar una recomendación antitabaco o de ejercicio físico adecuado⁴. En Atención Primaria, hay evidencia sobre la efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física¹².

Una encuesta realizada en España mostró las elevadas expectativas de nuestra población en cuanto a la obtención de información sanitaria y que la principal fuente para obtener esta son los profesionales sanitarios, aunque las contestaciones no fueron unánimes respecto a la comprensibilidad de la información⁶. En el ámbito de las urgencias hospitalarias, se ha descrito que la entrega de información estructurada sobre autocuidados aumentó la satisfacción de los pacientes atendidos⁷.

En EE. UU. es también abundante la investigación sobre lo que se ha denominado *health literacy* o capacidad para desenvolverse en un medio sanitario, uno de cuyos principales componentes es la capacidad de comprensión escrita. Se ha descrito la relación de esta habilidad con la adherencia a los tratamientos y el control de ciertas enfermedades^{13,14}.

Como limitaciones de nuestro estudio, los juicios de los profesionales sobre la claridad de las recomendaciones no tienen por qué coincidir con su comprensión por parte de los pacientes, que está condicionada por factores individuales y debería ser estudiada específicamente mediante encuestas. Por otra parte, nuestro estudio solo ha contemplado el informe de alta como soporte de RP, que también pudieron transmitirse de forma verbal, en informes de otros profesionales como enfermeros o nutricionistas o a través de los consentimientos informados.

Concluimos la necesidad de recordar a los especialistas hospitalarios la importancia de las recomendaciones al paciente en los informes de alta. La extensión de la historia clínica digital en nuestros centros puede ser una buena ocasión para extender el uso de recomendaciones preconfiguradas por tipos de pacientes o por diagnósticos específicos.

Bibliografía

1. Conthe Gutiérrez P, García Alegria J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R, et al. Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:505-10.
2. García-Alegria J, Jiménez-Puente A. El informe de alta hospitalaria: utilidades y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp*. 2005;205:75-8.
3. Lainscak M, Cleland JG, Lenzen MJ, Keber I, Goode K, Follath F, et al. Nonpharmacologic measures and drug compliance in

- patients with heart failure: data from the EuroHeart Failure Survey. *Am J Cardiol.* 2007;99:31D-7D.
4. Muñiz García J, Gómez Doblas JJ, Santiago Pérez MI, De Teresa Galván E, Cruz Fernández JM, Castro Beiras A, et al. Effect of a simple educational program for physicians on adherence to secondary prevention measures after discharge following acute coronary syndrome. The CAM Project. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:1017-28.
 5. Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M, et al. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2007;22:161-7.
 6. González Pérez R, Gijón Sánchez MT, Escudero Carretero MJ, Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC, Ruiz Azarola A. Perspectivas de la ciudadanía sobre necesidades y expectativas de información sanitaria. *Rev Calidad Asistencial.* 2008;23: 101-8.
 7. Engel KG, Heisler M, Smith DM, Robinson CH, Forman JH, Ubel PA. Patient comprehension of emergency department care and instructions: are patients aware of when they do not understand. *Ann Emerg Med.* 2009;53:454-61.
 8. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians.* Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
 9. Conthe P. Medicación y educación para los pacientes con insuficiencia cardíaca: 20 años de evidencias. *Med Clin (Barc).* 2008;131:460-2.
 10. Falces C, López-Cabezas C, Andrea R, Arnau A, Ylla M, Sadurní J. Intervención educativa para mejorar el cumplimiento del tratamiento y prevenir reingresos en pacientes de edad avanzada con insuficiencia cardíaca. *Med Clin (Barc).* 2008;131:452-6.
 11. Nieve G, Gual A, Mondon S, Walther M, Saltó E. Evaluación de la intervención mínima en tabaquismo en el ámbito hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2007;128:730-2.
 12. Herrera-Sánchez B, Mansilla-Domínguez JM, Perdigón-Florencio P, Bermejo-Caja C. Efectividad del consejo sanitario en la promoción de la actividad física. Estudio prospectivo aleatorizado. *Med Clin (Barc).* 2006;126:361-3.
 13. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155:97-107.
 14. Keller DL, Wright J, Pace HA. Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients: a systematic review. *Ann Pharmacother.* 2008;42:1272-81.