

Normalización extensiva del informe de alta quirúrgico. Una alternativa de calidad eficiente

Manuel Galindo, Sonia García, Araceli Cadenas, Isabel O' Shea, Milagros López, José María Gómez y Covadonga Rodríguez

Área de Dirección. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. M. Galindo Gallego.
Dirección Gerencia. Hospital Central de la Cruz Roja.
Avda. de Reina Victoria, 22. 28003 Madrid. España.
Correo electrónico: mgg10167@gmail.com

Resumen

Objetivo: Mejorar la calidad de la información clínica documental proporcionada al paciente quirúrgico en el momento del alta.

Material y métodos: Un análisis previo de calidad del informe de alta quirúrgico (IAQ) valoró el momento de emisión (provisional frente a definitivo), legibilidad/normalización (mecanografiado, manual sobre plantilla o totalmente manual), calidad técnica (completo frente a incompleto) y recuperabilidad (archivado electrónicamente o no), y mostró un 39% de informes provisionales, incompletos y realizados sobre plantilla genérica (59%) o como simple nota de alta manual (41%). Se rediseñó la metodología de elaboración y archivado de IAQ utilizando los recursos disponibles en el centro. Se dispuso una secretaría quirúrgica única y común para realizarlos bajo un único responsable, 81 plantillas Word normalizadas para todos los procedimientos operados, una protocolización consensuada con los servicios para definir el proceso de elaboración, entrega y control, así como un sistema informático de archivado centralizado/recuperación del informe basado en Windows y accesible mediante intranet.

Resultados: El 100% de los IAQ están normalizados y archivados electrónicamente. El paciente lo recibe mecanografiado en el mismo momento del alta y con las citas para primera cura y/o revisión en consulta en el 98% de los ingresados y en el 100% de la cirugía mayor ambulatoria. No se alcanzó el objetivo en las intervenciones menores.

Conclusiones: La alternativa de normalización extensiva del IAQ junto al rediseño del proceso de elaboración resulta eficiente para maximizar la calidad de la información clínica entregada al paciente y para minimizar la espera desde que el facultativo confirma el alta hasta que el paciente abandona el centro.

Palabras clave: Informes de alta. Cirugía. Normalización.

Introducción

El informe de alta (IA) es el documento médico técnico-legal obligatorio¹ que resume la asistencia prestada al paciente e informa acerca del diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que se deben seguir. Su calidad resulta cada vez más necesaria para pacientes, profesionales sanitarios y gestores debido a los múltiples usos de su contenido. En cuanto a seguridad clínica es la única certificación que el paciente dispone sobre la asistencia prestada y/o su estado de salud, para seguir recibiendo atención sanitaria por atención primaria (continuidad

Abstract

Objective: To improve the quality of the clinical information documents received by surgical patients when discharged from the Hospital.

Material and methods: A preliminary analysis of the quality of the surgical discharge form (SDF) included information regarding the time of issue (provisional vs. definitive), legibility/standardisation (typewritten, hand-written with or without a standardised format), technical quality (complete vs. incomplete) and retrievability (electronically storage or not). This analysis showed that 39% of the forms were either provisional, incomplete or were standardised formats (59%) or hand-written as a simple medical note (41%). We have redesigned the methodology for filling in the SDF and their storage using the resources available in our Hospital. We designated a common surgical secretary to fill in all the SDF and designed 81 standard formats in Word for all the surgical procedures. A consensus protocol was also developed with the different surgical departments for the completion, distribution and monitoring of the SDF. Finally we established a Windows-based computerised system for centralised storage/retrieval of the discharge forms that could be easily accessed by intranet.

Results: All the SDF are standardised and electronically stored. The patient receives a typewritten form at the time of discharge. The dates for the first surgical or outpatient review are included in 98% of the SDF from hospitalised patients and in 100% of the SDF from major ambulatory surgery patients. We did not reach the expected outcome for minor surgical procedures.

Conclusions: The extensive standardisation of the SDF, together with the new methods for completing them, has shown to be an efficient measure to maximise the quality of the clinical information given to the patient and to minimise the waiting time from the physician confirming discharge to the patient eventually leaving the hospital.

Key word: Discharge forms. Surgery. Standardisation.

asistencial) u obtener prestaciones sociales. Respecto a la gestión, su traslado a códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y su agrupación en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) permite analizar costes y comparar el producto hospitalario entre centros para evaluar su eficiencia². Es útil en investigación para estudiar factores de riesgo, eficacia de los tratamientos o evolución de la enfermedad. Asimismo acredita la práctica médico-legal: resumidamente la praxis realizada que se detalla en la historia clínica.

La importante proporción de actividad quirúrgica del centro llevó a la Dirección a investigar oportunidades de me-

jora tendentes a garantizar la máxima calidad de la información clínica documentada recibida por el paciente, actuando sobre cualquiera de las etapas del proceso de elaboración de sus informes de alta hospitalaria (IAQ). Los objetivos parciales planteados fueron conseguir que en el 100% de los pacientes atendidos en el área quirúrgica la información entregada fuera legible (mecanografiada, en un formato institucional único, con todos los ítems que establece la normativa y firmado por un facultativo de forma identificable), que todos recibieran su IAQ en el momento de abandonar el hospital junto con la cita para revisión en consulta y/o pruebas complementarias necesarias, así como volantes, recetas e informes de enfermería precisos (al margen del tiempo de estancia o la complejidad de su tratamiento) y que todos los IAQ se archivaran electrónicamente en los servidores informáticos del hospital para poder recuperarlos desde cualquier punto de la red por el personal que los utiliza (facultativos, admisión, dirección, citaciones, etc.). Fue exigencia del proyecto ser realizado a "coste cero" con los recursos humanos y técnicos ya disponibles en el centro.

Material y métodos

El Hospital Central de la Cruz Roja donde se realizó el proyecto es un centro público del Servicio Madrileño de Salud, con 9 especialidades quirúrgicas (51 cirujanos y 16 anestesistas), 9 quirófanos y 59 camas quirúrgicas, sin servicio de urgencias y que realiza unas 10.200 intervenciones programadas anuales (48% con hospitalización [estancia media: 1,8 días], 37% de cirugía mayor ambulatoria y el resto ambulatorias propiamente dichas). No dispone de historia clínica electrónica y su sistema de información es el Hospital Information System de Hewlett Packard® (HP-HIS). El proyecto de mejora de IAQ se desarrolló en varias fases.

Fase 1: definición del proyecto y selección del equipo de trabajo

La necesidad de abordar los objetivos pretendidos era una inquietud histórica de los profesionales del área quirúrgica, que admitieron la propuesta y el liderazgo de la Dirección colaborando de manera activa. El grupo de trabajo para el desarrollo estuvo integrado por el coordinador de calidad, las subdirecciones médica y de enfermería, la responsable de atención al paciente, el jefe de admisión y citaciones, la jefe de personal administrativo asistencial y la jefe de informática.

Fase 2: medición y caracterización de proceso

El grupo exploró el proceso de elaboración y entrega de documentación al alta del paciente quirúrgico identificando las características clave del producto (IAQ): inmediatez de entrega en el momento del alta, legibilidad y rigor. Los principales factores determinantes del proceso fueron: la organización en los horarios de pase de visita médica en planta; un sistema flexible de comunicación entre médicos y administrativos a la hora de cumplimentar el IAQ (dictado, transcrito o

grabado); disponer de normas de contenido, gestión y archivado electrónico de los informes y de la obtención de citas acompañantes (protocolización), así como de circuitos establecidos para hacer llegar el informe a la enfermería para su entrega al paciente.

Fase 3: análisis de situación y auditoría de calidad del informe de alta quirúrgico

El equipo analizó prospectivamente los informes/documentos que el paciente se llevaba tras la cirugía programada en todas las especialidades y modalidades quirúrgicas, midiendo: momento de emisión (IAQ provisional frente a definitivo), legibilidad/normalización (mecanografiado, manual sobre plantilla o totalmente manual), calidad técnica (completo frente a incompleto) y recuperabilidad (archivado electrónicamente o no). Se diferenció entre pacientes con hospitalización y ambulatorio por apreciarse clara influencia de la modalidad quirúrgica en las variables estudiadas.

Durante una semana completa elegida aleatoriamente (del 15 al 19 de octubre de 2007) se analizaron todos los pacientes operados (202 casos: 103 hospitalizados y 99 de cirugía mayor ambulatoria o cirugía menor). Esta muestra fue suficiente para reflejar fielmente la forma histórica de trabajar de cada servicio sin sesgo alguno puesto que las condiciones organizativas y estructurales del centro no han cambiado durante años y en un período de 7 días se repite el patrón de programación quirúrgica y la rotación de cirujanos que prestan la asistencia (principales factores que influyen en la calidad del informe de alta). Bajo este supuesto de mínimo sesgo de selección se extrapolaron las proporciones observadas en la muestra a la totalidad de la casuística operada en 2007 (tabla 1), obteniendo el número absoluto de casos que previsiblemente habrían recibido cada variante de IAQ y ordenándose gráficamente para su mejor visualización (figs. 1 y 2).

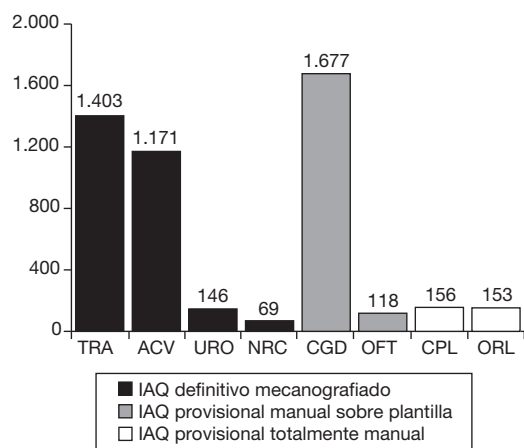
Fase 4: mejora de proceso

Comenzó con la dotación de los determinantes estructurales de proceso:

- Disposición de una secretaría quirúrgica única en planta de hospitalización y otra en quirófanos, dotadas de todos los medios precisos para una óptima comunicación con facultativos/admisión y para la gestión informatizada, se reordenaron los recursos humanos administrativos coordinados por un único responsable, formándoles en el uso de plantillas de Word y en el manejo del archivo electrónico centralizado. Los administrativos propios de los servicios quirúrgicos dejaron de elaborar informes de alta.

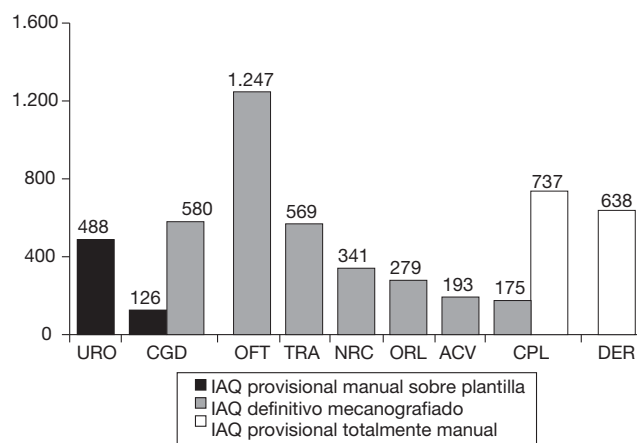
Elaboración de plantillas de IAQ específicas de procedimiento quirúrgico para cada servicio, que garantizó un único formato y facilitaba la labor de médicos y administrativos sin perder objetividad ni plasticidad del documento. Se hizo con la herramienta de plantillas de Word 2003, y se crearon 81 plantillas semiautomáticas, protegidas y con menús desplegables en las variables con categorías conocidas (fig. 3). Su calidad técnica fue revisada por el coordinador de calidad del

Figura 1. Tipos de informe de alta quirúrgica (IAQ) (2007).



ACV: angiología y cirugía vascular; CGD: cirugía general; CPL: cirugía plástica; NRC: neurocirugía; OFT: oftalmología; ORL: otorrinolaringología; TRA: traumatología; URO: urología.

Figura 2. Tipos de informe de alta ambulatoria (2007).



ACV: angiología y cirugía vascular; CGD: cirugía general; CPL: cirugía plástica; NRC: neurocirugía; OFT: oftalmología; ORL: otorrinolaringología; TRA: traumatología; URO: urología.

Tabla 1. Estimación del número de pacientes que en 2007 recibieron cada tipo de documentación junto a las proporciones relativas al total de cada variedad*

	IAQ definitivo mecanografiado		IAQ provisional manual sobre plantilla por modalidad		IAQ provisional totalmente manual		Total de pacientes intervenidos en 2007		Total
	H	A	H	A	H	A	H	A	
Traumatología	1.403	569					1.403	569	1.972
Angiología y cirugía vascular	1.171	193					1.171	193	1.364
Urología	146					488	146	488	634
Neurocirugía	69	341					69	341	410
Cirugía general y digestiva		580	1.677			126	1.677	706	2.383
Oftalmología		1.247	118				118	1.247	1.365
Cirugía plástica		175			156	737	156	912	1.068
Otorrinolaringología		279			153		153	279	432
Dermatología						638	0	638	638
Total	2.789	3.384	1.795	614	309	1.375	4.893	5.373	10.266
Porcentaje	27	33	17	6	3	13	48	52	100
		60		23		16			100

*Extrapolación a partir de la muestra de IAQ analizados.

A: cirugía ambulatoria; H: cirugía con hospitalización; IAQ: informe de alta quirúrgico.

centro y cada servicio validó definitivamente el texto fijo que contenían, matizando cómo querían los apartados libres o de opción múltiple.

Disposición en secretaría quirúrgica de las citas para acompañar al IAQ 24 h antes de la llegada del paciente al hospital. Éste fue el producto de otro proceso desarrollado paralelamente al de mejora del IAQ.

El grupo agrupó y organizó los factores determinantes funcionales del proceso en un único protocolo escrito que fue difundido y matizado por todos los servicios hasta su aprobación definitiva por la Comisión de Dirección el 29 de noviembre de 2008. Posteriormente se implantaron todas las herramientas y comenzó la elaboración y archivado electrónico de todos los IAQ con el nuevo sistema.

Figura 3. Ejemplo de plantilla de IAQ finalmente normalizada correspondiente al procedimiento de hernioplastia*.

 Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela Comunidad de Madrid Avda. de Reina Victoria, 22-24 Teléfono 91 453 83 00 28003 MADRID		HNC: Nombre: Apellidos: F. Nac.: Dirección:		Sexo: Varón
Ref:				
INFORME DE ALTA				
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO Jefe de Servicio:				
Fecha de Ingreso:	Padellón:	Cama:		
Fecha de Investigación:	Cirujano:			
Modalidad Quirúrgica:	Hospitalización			
Fecha de Alta:	Motivo de Alta:	Curación/Mejoría		
Diagnóstico Principal: Hernia inguinal Gilbert I Diagnósticos Secundarios:				
Procedimiento Principal: Hernioplasta con malla según técnica de Proced. Secundarios:				
INFORME CLÍNICO: - Motivo de ingreso: Paciente que ingresa en el día de la fecha para intervención programada de tumoración inguinal. - Antecedentes personales: No alergias conocidas, Intervenido/a de - Antecedentes familiares: Sin interés. - Historial actual: Paciente de años de edad que refiere desde hace años - Exploración física: Tumoración inguinal, que se reduce manualmente y hace protusión con maniobra de Valsalva. Resto de exploración sin hallazgos significativos. - Estudio preoperatorio: No contraindica la intervención ○ Análisis: Sin alteraciones significativas. ○ Rx. Tórax: Sin alteraciones significativas. ○ E.C.G.: Sin alteraciones significativas. ○ Otros: ○ Interconsultas: - Intervención: Bajo anestesia raquídea, se evidencia hernia inguinal Gilbert I realizando hernioplasta inguinal con prótesis de polipropileno, según técnica de - Anatomía patológica: - Evolución postoperatoria: Favorable siendo dado/a de alta en el día de la fecha. - Recomendaciones terapéuticas: - Reposo relativo evitando esfuerzo. - Nolotil o Gelocatil: 1 comp. cada 8 horas. - Control de puntos en su Centro de Salud en 8 días. - Si tuviera algún problema llamará al teléfono 91.453.83.00 y se pondrá en contacto con el Cirujano de guardia. - Acudirá a revisión en Consulta externa de Cirugía General y Aparato Digestivo, según cita adjunta.				
Madrid, a Fdo: Dr.				

Página 1 de 1

*Contiene 40 campos de cumplimentación: 9 de contenido fijo, 23 de contenido variable a ampliar/modificar por el administrativo en caso necesario y 8 de elección múltiple (redondeados).

Fase 5: control de resultados

El equipo estableció un sistema de inspección de IAQ para verificar el correcto funcionamiento del sistema.

Resultados

Momento de emisión

El 39% de todos IAQ eran provisionales, la mitad de ellos tras cirugía con ingreso y fundamentalmente en cirugía general (todos sus informes eran provisionales manuales sobre plantilla). En ambulatorios la provisionalidad se centraba en cirugía plástica, dermatología y urología.

Legibilidad, calidad técnica y normalización.

La práctica totalidad de los IAQ definitivos mecanografiados contenían los apartados establecidos en la normativa. Los provisionales eran incompletos, el 59% plantillas de pa-

pel genéricas para cualquier procedimiento quirúrgico, diferentes según servicios y cumplimentadas a mano por el cirujano; el 41% restante simples notas manuales de alta con la filiación, intervención realizada, tratamiento que se debía seguir y fecha de cita en consulta, algunas emitidas en tamaño cuartilla con membretes del hospital obsoletos y rubricadas por un facultativo sin clara identificación.

Todos estos informes provisionales eran posteriormente ampliados en su contenido y mecanografiados por personal administrativo de cada servicio para ser archivados en la historia clínica del paciente, que sólo los recibía tras la revisión en consulta a los 7 o 10 días (en algunos casos este informe no se recibía nunca, sobre todo si la cirugía era menor o las curas se continuaban en su centro de salud). Esta rutina explica que la auditoría anual de la Comisión de Historias Clínicas muestre siempre un 100% de informes definitivos debidamente archivados con formato adecuado de normalización e ítems obligatorios en contraste con la mala calidad real de la documentación que el paciente se lleva al alta.

Recuperabilidad

Todo IAQ llegaba finalmente a la historia clínica y quedaba en formato electrónico en los PC de cada secretaria. No había ningún tipo de indización y no era posible otra recuperación para uso clínico que la extracción del sobre de historia clínica.

En el momento actual se ha conseguido la práctica totalidad de los objetivos planteados. El 100% de los IAQ que salen del centro tienen formato unificado, son específicos del proceso quirúrgico realizado, contienen los ítems obligatorios y su firma es identificable. El 96% de los pacientes de hospitalización se llevan su IAQ definitivo mecanografiado en el momento del alta y de forma casi inmediata tras serle comunicado por el facultativo, fallan únicamente algunas altas de fin de semana en que se utiliza la plantilla correspondiente a su procedimiento cumplimentada manualmente, que se mecaniza el lunes siguiente y se entrega en la primera consulta de revisión.

El 100% de las IAQ tras cirugía mayor ambulatoria también reciben su informe definitivo mecanografiado tras abandonar la sala de adaptación al medio. En cirugía menor el sistema sigue fallando en dermatología y urología por dificultades en la circulación de quirófano, se entrega la plantilla correspondiente cumplimentada a mano, se mecaniza posteriormente y también se archiva. El volante de cita de revisión en consulta y/o pruebas complementarias necesarias se adjunta a todos los IAQ evitando que el paciente tenga que hacer gestión alguna para citarse. Todos los IAQ, sea cual fuere su modalidad, se archivan electrónicamente y están disponibles para su uso, lo cual nos permite codificar al día consultando el informe en pantalla sin esperar a disponer de él en papel, motivo que suponía importantes retrasos. La mejora se ha conseguido sin coste adicional alguno para el centro, utilizando exclusivamente los recursos humanos, informáticos y de comunicaciones disponibles (servidores centrales, ordenadores personales con *software* Microsoft Office® y red interna del hospital).

Discusión

Para servir a sus fines y por lo tanto considerarlo de calidad¹, un informe de alta debe ser completo en los apartados recogidos y fiable en sus contenidos (diagnósticos, procedimientos, comorbilidad y complicaciones), entregado en el momento del alta tras la atención prestada, sea ésta hospitalaria, de carácter ambulatorio médico o quirúrgico (hospitales de día, cirugía mayor ambulatoria o cirugía menor) o incluso de consulta especializada, y recogiendo las oportunas citas o derivaciones para continuar la asistencia hasta el fin del episodio o su control mantenido. El formato en papel debe ser corporativo, con perfecta identificación del paciente y, si es posible, elaborado mediante una aplicación informática³ que evite errores de transcripción, permita la explotación de los datos (codificación semiautomática⁴, estudios clínicos, epidemiológicos o farmacológicos) e incluso su transmisión a otros centros asistenciales⁵.

La excelencia en la calidad del IA es a veces inalcanzable por razones culturales de los profesionales, de recursos humanos, organizativos o técnicos, de conocimientos informáticos, etc. Sin embargo, es tal la importancia para la organización que el gestor debería liderar cualquier oportunidad de mejora⁶.

Los IA de los servicios quirúrgicos suelen presentar un nivel de calidad inferior a los médicos⁷ quizá por tratarse de una asistencia de menor estancia o mayor resolución con alto movimiento de pacientes; sin embargo, también ellos lo utilizan para determinar sistemática y objetivamente la calidad asistencial prestada⁸, y hay una clara conciencia del valor de su fiabilidad^{9,10}.

En nuestro caso, la limitada variedad de patología quirúrgica a pesar de la diversidad de servicios favoreció el éxito de la estrategia de mejora. Se siguió la metodología Seis Sigma (DMAMC), aunque el estudio estadístico fue meramente descriptivo tanto preintervención como postintervención, dado que nuestro interés era rediseñar el proceso en el contexto de otros abordados por los autores en el área quirúrgica¹¹. Tras este inicio, el proyecto se ha extendido a los 7 servicios médicos en todas sus modalidades asistenciales (hospitalización, hospital de día, atención domiciliaria y consultas), cuya calidad de IA ya era excelente y que únicamente se han normalizado e incorporado a la centralización. Hoy, todos los informes clínicos del centro están disponibles para facultativos y admisión a través de la red interna mediante un gestor informático específico dotado de las oportunas medidas de seguridad y confidencialidad, sin coste adicional alguno. Se muestra así que en ausencia de sistemas de historia clínica informatizada, hay sencillas y eficientes alternativas para garantizar la calidad de información documental entregada al enfermo.

Agradecimientos

A D.^a Blanca San José Montano, documentalista del Hospital General de Móstoles, por su labor en la búsqueda bibliográfica.

Bibliografía

1. Orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE n.º 221 de 14 de septiembre de 1984; 26685-6.
2. Saguer M, Gómez A. Estancias medias alargadas y grupos relacionados con el diagnóstico como indicadores de la eficiencia en la gestión clínica. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18:575-9.
3. Bolant A, Gonzalbo M, Pérez I, Renal J. Generación del informe de alta: aplicación informática. *Gestión Hospitalaria*. 1999;10:103-13.
4. Yetano J, Guajardo J, Conde F, Montero AB, Valle P, Ayuso C. Codificación semiautomática de las altas hospitalarias a partir de los informes de alta informatizados. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2007;8:49-58.
5. Gutiérrez FJ, González ME, Marfil C, Fernández MR, Galdeano N, Pérez JM. Envío telemático de informes de alta. *Revista eSalud.com*. 2005;1(2). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/reviewArticle/21/124>[fecha de último acceso: 5-9-08].
6. García J, Jiménez A. El informe de alta hospitalaria: utilidades y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp*. 2005;205:75-8.
7. Zambrana J, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de Medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:609-12.
8. Curiel J, Estévez J. La normalización de la historia clínica. En: Curiel J, Estévez J, editores. *Manual para la gestión sanitaria y la historia clínica hospitalaria*. Madrid: Editores Médicos S.A.; 2000.
9. Flores B, Bruno A, Campillo A, et al. Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19:443-5.
10. De Ramón RM, Egea I, Salañer B. Proceso de mejora de la información clínica del registro de actividad quirúrgica del Hospital la Fe. *Papeles Médicos*. 2006;15:4-16.
11. Galindo Gallego M, López Nieto M, García de San José S, Rodríguez Santirso MA, Gómez Muñoz JM, Culebras Viñals A. Sistema informatizado para la programación de actividad quirúrgica (SIPAQ). *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2008; 8:53-64.