

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA DEL SMS

C López Rojo, JE Calle Urra, P Parra Hidalgo, YA Fonseca Miranda, C Arellano Morata, T Ramón Esparza

Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación

**XXXIII
congreso**

Sociedad Española
de Calidad Asistencial

**XVI
jornadas**

Asociación de Calidad
Asistencial del Principado
de Asturias

Gijón. 14, 15 y 16 de Octubre de 2015

INTRODUCCIÓN

- **Informe de Alta de Hospitalización:** documento fundamental de la historia clínica, con múltiples utilidades (clínico, gestión, investigación, legal)
- **OM 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo:** establece los requisitos mínimos que dichos documentos deben cumplir
- **RD 1093/2010 del Ministerio de Sanidad y Política Social:** se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud.
- **Informes de Alta de mala calidad,** hacen muy difícil su utilización para los fines comentados

OBJETIVOS

- **Evaluar y mejorar la calidad formal de los Informes de Alta de Hospitalización de los 9 hospitales generales del Servicio Murciano de Salud**

METODOLOGÍA

- **Periodo de estudio y tamaño muestral:**
- **Primera evaluación:** muestra aleatoria de 400 altas en cada hospital del año 2006 (3600 para el total del SMS)
- **Segunda evaluación:** muestra aleatoria de 100 altas en cada hospital del primer trimestre de 2013 (900 para el total del SMS)
- **El muestreo** de cada hospital ha sido estratificado proporcional por tipo de servicio (médicos, quirúrgicos, maternoinfantil....)

- 1 indicador resumen (promedio de defectos por documento)
- 22 criterios de calidad:
 - Datos del hospital
 - Datos del paciente
 - Datos administrativos del ingreso y alta
 - Motivo del ingreso
 - Resumen actividad asistencial
 - Diagnósticos y procedimientos
 - Recomendaciones terapéuticas
- Valoración de la **calidad formal**. Presencia o ausencia del dato

- Los criterios han sido **medidos antes y después** de la introducción de las medidas correctoras
- Para la **comparación** de los resultados obtenidos entre ambas evaluaciones se han calculado la estimación puntual y los intervalos de confianza del 95%
- **Diferencias estadísticamente significativas** cuando los intervalos de confianza no se solapan

RESULTADOS

INDICADOR: “MEDIA DE DEFECTOS POR INFORME DE ALTA”

INDICADOR	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	MÍNIMO 2013	MÁXIMO 2013
MEDIA DE DEFECTOS	7,0	5,2	3,9	5,9

RESULTADOS

CRITERIO 1: “EL INFORME DE ALTA DEBE ESTAR ESCRITO A MÁQUINA”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C1. DEBE ESTAR ESCRITO A MÁQUINA	16,6 (15,4-17,8)	0,0 (0,0-0,0)	SIGNIFICATIVA

CRITERIOS 2 A 4: “DEBEN APARECER LOS DATOS DEL HOSPITAL”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL HOSPITAL	34,0 (32,5-35,6)	0,9 (0,3-1,5)	SIGNIFICATIVA
C3. SERVICIO DE ALTA	2,6 (2,1-3,1)	0,3 (0,0-0,7)	SIGNIFICATIVA
C4. MÉDICO RESPONSABLE DEL ALTA	54,9 (53,2-56,5)	27,7 (24,8-30,6)	SIGNIFICATIVA

RESULTADOS

CRITERIOS 5 A 10: “DEBEN CONSTAR LOS DATOS DEL PACIENTE”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C5. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	0,2 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,0)	NO DIFERENCIA
C6. NÚMERO DE REGISTRO DE ENTRADA	37,7 (36,1-39,2)	1,2 (0,5-1,9)	SIGNIFICATIVA
C7. NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE	0,1 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,0)	NO DIFERENCIA
C8. FECHA NACIMIENTO PACIENTE	13,0 (11,9-14,1)	0,1 (0,0-0,4)	SIGNIFICATIVA
C9. SEXO DEL PACIENTE	31,9 (30,4-33,5)	0,3 (0,0-0,7)	SIGNIFICATIVA
C10. DOMICILIO POSTAL PACIENTE	32,5 (31,0-34,0)	12,7 (10,5-14,9)	SIGNIFICATIVA

RESULTADOS

CRITERIOS 11 A 13: “DEBEN FIGURAR LOS DATOS ADMINISTRATIVOS DE INGRESO Y ALTA”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C11. FECHA DE INGRESO	0,6 (0,3-0,8)	0,6 (0,1-1,1)	NO DIFERENCIA
C12. FECHA DE ALTA	24,0 (22,6-25,4)	26,4 (23,5-29,3)	NO DIFERENCIA
C13. MOTIVO DE ALTA	55,1 (53,5-56,7)	51,5 (48,2-54,7)	NO DIFERENCIA

RESULTADOS

CRITERIO 14: “DEBE APARECER EL MOTIVO INMEDIATO DEL INGRESO”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C14. MOTIVO INMEDIATO DEL INGRESO	16,0 (14,8-17,2)	9,9 (7,9-11,8)	SIGNIFICATIVA

CRITERIOS 15 Y 16: “DEBE FIGURAR UN RESUMEN HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL PRESTADA”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C15. RESUMEN HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN	36,5 (34,9-38,1)	25,5 (22,6-28,3)	SIGNIFICATIVA
C16. RESUMEN ACTIVIDAD ASISTENCIAL PRESTADA	4,7 (4,0-5,4)	6,5 (4,9-8,1)	NO DIFERENCIA

RESULTADOS

CRITERIOS 17 A 19 Y 21: “DEBEN FIGURAR LOS DIAGNÓSTICOS Y PROCEDIMIENTOS”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C17. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	63,1 (61,5-64,7)	67,7 (64,6-70,7)	NO DIFERENCIA
C18. OTROS DIAGNÓSTICOS	90,3 (89,4-91,3)	92,1 (90,3-93,8)	NO DIFERENCIA
C19. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OBSTÉTRICOS	68,1 (66,0-70,2)	49,5 (44,8-54,2)	SIGNIFICATIVA
C21. OTROS PROCEDIMIENTOS SIGNIFICATIVOS	90,4 (89,4-91,4)	95,0 (93,5-96,4)	SIGNIFICATIVA

RESULTADOS

CRITERIOS 20 Y 22: “DEBEN FIGURAR LAS RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS Y EL PESO, SEXO Y ESTADO AL NACER”

CRITERIO	PRIMERA EVALUACIÓN	REEVALUACIÓN 2013	DIFERENCIA
C20. EN CASO DE PARTO, PESO, SEXO Y ESTADO AL NACER	6,5 (4,1-8,9)	9,1 (3,3-14,9)	NO DIFERENCIA
C22. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS AL ALTA	63,5 (61,9-65,0)	76,2 (73,3-79,0)	SIGNIFICATIVA

CRITERIOS 20 Y 22: “DEBEN FIGURAR

LAS
E

NÚMERO DE SIGLAS EN CAMPOS DE DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS Y RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS SUPERIOR A 9.000.

DE MÁS DE 1.700 TIPOS DIFERENTES.

EJEMPLOS: 11 PARA “CONSULTAS EXTERNAS”, 10 PARA “MÉDICO DE FAMILIA” Y 5 PARA “GRAMO”.

CRITERIO			
C20. EN CASO DE PESO, SEXO Y ESTADÍSTICA DE NACER		(3,3-14,9)	
C22. RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS AL ALTA	63,5 (61,9-65,0)	76,2 (73,3-79,0)	SIGNIFICATIVA

CONCLUSIONES

- El promedio de defectos por IAH es inferior al de la primera evaluación
- Mejoría global y en mayor parte de criterios (15 de los 22 analizados)
- Amplio margen para la mejora en la calidad formal de los IAH. Diagnósticos, procedimientos, motivo de alta y recomendaciones terapéuticas criterios más afectados
- Otros (médico responsable del alta, domicilio postal del paciente y fecha de alta) tienen menor nivel de incumplimiento, pero gran repercusión en el análisis de la casuística hospitalaria por área de residencia y profesional, y en el cálculo de la estancia media
- Utilización gran número de siglas (recomendaciones terapéuticas)

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

- **Normalizar el formato de los IAH y de las etiquetas identificativas con los datos del paciente**
- **Normalizar el uso de siglas**
- **Actividades de formación al personal facultativo (importancia y ventajas de disponer IAH de calidad)**

