



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Sobre la importancia del informe clínico en la gestión de una unidad clínica quirúrgica

The importance of the clinical report in the management of a surgical unit

Sr. Director:

Hemos leído el artículo de Gómez et al.¹, en el que se señala la trascendencia de la elaboración de un informe de alta de calidad en las unidades clínicas quirúrgicas. En dicho trabajo, tras analizar los 24 informes de los casos considerados outliers por la unidad de codificación del centro, se concluye que el 58% de los mismos son insuficientes o claramente inválidos para una adecuada codificación. Datos parecidos han sido documentados en reiteradas ocasiones²⁻⁵.

Queremos, antes de nada, felicitar a los autores por afrontar un aspecto de la asistencia sanitaria tan fundamental como, por lo general, desatendido. Y queremos también insistir —aunque los autores solo se refieren a los informes clínicos de alta tras un episodio de hospitalización— en que los comentarios que llevan a cabo son aplicables de igual modo y en su práctica totalidad, a los informes de consulta externa, ámbito este que afecta aproximadamente a 27 millones de primeras consultas anuales, 5 veces más que el número de ingresos que tuvo lugar en el Sistema Nacional de Salud (SNS) en el año 2007⁶.

Compartimos la mayoría de las afirmaciones de los autores, tanto las relativas a la importancia del informe médico como a los problemas de calidad detectados en los mismos. Sin embargo, nos gustaría hacer algunos comentarios que nos parecen de interés.

En primer lugar, es cierto que la Orden Ministerial 221/1984, de 6 de septiembre⁷, establecía la obligatoriedad de la elaboración de un informe de alta, así como sus requisitos mínimos, a todos los pacientes atendidos en un establecimiento sanitario y que hubieran generado al menos una estancia hospitalaria. Quedaba excluida, en consecuencia, la obligatoriedad de los informes en otras situaciones que cada vez son más habituales (consultas externas, urgencias, hospitalización de día, cirugía ambulatoria...).

Por otra parte, nos parece que no queda suficientemente claro el hecho de que los contenidos mínimos que deben tener los informes clínicos de alta tras hospitalización —y también los

de consulta externa y de urgencias, entre otros—, están ya explícitamente recogidos en el Real Decreto 1093/2010⁸, y que son, en consecuencia, de obligado cumplimiento. Dicha normativa, además, no regula —tal y como indican los autores en la bibliografía— la obligatoriedad del informe de alta, sino que establece el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS que, para el caso de informes tras hospitalización, se expone en la [tabla 1](#). Por otra parte, la norma en cuestión fue fruto del consenso profesional e institucional.

En un artículo reciente sobre el particular⁹ hacíamos ver la corresponsabilidad que a todos los actores implicados (médicos, jefes de servicio/unidad, gestores, políticos...) nos era exigible si asumimos que lo verdaderamente importante es la calidad de la asistencia y no solo la formalidad aparente.

Lamentablemente, y a la luz entre otros, del artículo de Gómez et al., más de un año después de que las comunidades autónomas debieran haber puesto las bases para posibilitar el cumplimiento de las exigencias del Real Decreto 1093/2010, parece que no hemos sido capaces de responder adecuadamente a lo que la sociedad nos demandaba.

Por eso, agradecemos el trabajo al que da contestación el presente escrito, porque su objetivo último es la mejora de la calidad de los informes y, por tanto, de la asistencia que prestamos. Sin embargo, y con independencia de las deseables acciones que, en cada centro, pudieran llevarse a cabo para mejorar la calidad de los informes clínicos, es necesario concluir que con el solo hecho de un estricto cumplimiento de la normativa en vigor, la mayoría de las deficiencias observadas no hubieran tenido lugar. Y esto es algo que, además de obligarnos, nos debe mover a la reflexión.

Insistimos, por ello, en que los profesionales debemos cumplir con las exigencias legales relativas a los informes clínicos, y coincidimos con los autores, en la necesidad de que la enseñanza de la elaboración de los mismos sea más estructurada y esté más supervisada durante el período formativo. En esta misma línea, nos parece importante que el grupo de trabajo de competencias del internista de la Sociedad Española de

Tabla 1 – Conjunto de datos de los informes clínicos de alta tras hospitalización (RD 1093/2010)

Datos del documento	
Nombre y apellidos médico/s responsable/s y categoría profesional	Obligado
Fechas de ingreso, alta y firma	Obligado
Servicio clínico y unidad	Obligado
Datos de la institución	
Denominación del servicio de salud	Obligado
Denominación del provisor de servicios	Recomendable
Denominación del centro	Obligado
Dirección completa del centro	Obligado ^a
Datos del paciente	
Nombre y apellidos	Obligado
Fecha de nacimiento	Obligado
Sexo	Obligado
Documento nacional de identidad/pasaporte NASS ^b	Recomendable
CIP ^c de comunidad autónoma	Obligado
Código SNS ^d	Recomendable
CIP europeo	Recomendable
Número de historia clínica	Obligado
Domicilio completo	Obligado
Teléfono	Recomendable
Datos del proceso asistencial	
Motivo del alta ^e	Obligado
Motivo de ingreso	Obligado ^f
Tipo de ingreso (urgente/programado)	Obligado
Antecedentes	Obligado ^g
Historia actual y exploración física	Obligado
Resumen de pruebas complementarias	Obligado ^h
Evolución y comentarios ⁱ	Obligado
Diagnóstico principal	Obligado ^f
Otros diagnósticos	Obligado ^f
Procedimientos	Obligado ^f
Tratamiento	Obligado ^j

^a Correo electrónico y dirección web recomendable; esta última solo si contiene información de interés para el usuario.

^b NASS: número de afiliación a la Seguridad Social.

^c CIP: código de identificación personal.

^d SNS: Sistema Nacional de Salud.

^e Traslado a domicilio, de servicio, a otro centro hospitalario, a un centro sociosanitario, alta voluntaria, fallecimiento u otros.

^f Recomendable su codificación (CIE 9 MC/CIE 10/ SNOMED-CT, o posteriores).

^g Recomendable su clasificación en subapartados (enfermedades familiares, enfermedades previas, antecedentes neonatales, obstétricos y quirúrgicos, alergias, hábitos tóxicos, vacunaciones, medicación previa, antecedentes sociales y profesionales y situación funcional).

^h Recomendable su clasificación en subapartados (laboratorio, imagen y otras pruebas).

ⁱ Hace referencia, aparte de a los comentarios evolutivos relativos al período de hospitalización, a valoraciones diagnósticas o terapéuticas, a comentarios adicionales, a reacciones adversas a fármacos o, en su caso, a protocolos quirúrgicos.

^j Recomendables las indicaciones no farmacológicas (oxigenoterapia, dieta, actividad física) y las prescripciones activas al final del período de seguimiento. Obligados los planes de actuación previstos que no son propiamente medidas terapéuticas (conveniencia de revisión, fecha de próxima cita...).

Medicina Interna¹⁰, haya incluido, entre las competencias básicas de la medicina interna, la elaboración de los informes de alta hospitalaria, de urgencias y de consultas externas de acuerdo con los estándares establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Rosado JC, Sánchez Ramírez M, Valdés Hernández J, Capitán Morales LC, del Nozal Nalda MI, Oliva Mompeán F. Importancia de la calidad del informe de alta en la gestión de una unidad clínica quirúrgica. *Cir Esp*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.10.015>
- Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G, en representación del Grupo para el Estudio de la Actividad de Medicina Interna en Andalucía. 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.
- Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves C, Marín León I, Lacalle Remigio JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp*. 2001;201:685-9.
- Formiga F, Dolcet P, Martínez A, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de Medicina Interna en pacientes mayores de 65 años. *Rev Clin Esp*. 2004;204:308-11.
- Sardà N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jarrod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe del alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 1993;101:241-4.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (indicadores hospitalarios). Año. 2007 [consultado: 14 Ene 2011]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EESCRI_2007.pdf
- Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad de los informes de alta.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Prieto de Paula JM, Franco Hidalgo S. Reflexiones sobre el «conjunto mínimo de datos» de los informes clínicos. *Rev Clin Esp*. 2012;212:98-103.
- Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García Alegría J. Competencias básicas de la medicina interna. *Rev Clin Esp*. 2011;211:307-11.

José María Prieto De Paula^{a*}, Noelia Sanmamed Salgado^a, José Antonio Otero Rodríguez^b, Silvia Franco Hidalgo^c y José María Romo Gil^d

^aServicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^bEquipo de Atención Primaria Gamazo, Valladolid, España

^cServicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia, España

^dServicio de Admisión y Documentación Clínica, Complejo Hospitalario de Palencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmpripaula@yahoo.es (J.M. Prieto De Paula).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.06.004>