

La calidad de los informes de alta hospitalaria

2024
2025

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) es una sociedad científica de carácter multidisciplinar cuya misión es fomentar e impulsar la mejora continua de la Calidad Asistencial en el ámbito sanitario.

La difusión de la cultura de calidad es el principal objetivo de nuestra sociedad. El segundo gran objetivo es la consolidación de una estructura territorial que permita una verdadera difusión de la cultura de calidad. En tercer lugar es necesario mantener el rigor metodológico. Le corresponde a la SECA y a cada uno de sus miembros mantener una línea de rigor científico y promover una metodología de trabajo adecuada.

Se recomienda que este documento sea citado de la siguiente forma:

La Calidad de los Informes de Alta Hospitalaria 2024-25.

Las personas interesadas en este documento pueden dirigirse a:

Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)

Email de contacto: secretariaseca@calidadasistencial.es

Tlf: +34 984 051 604 – +34 984 051 671

© 2025

Edita: Sociedad Española de Calidad Asistencial

Primera edición: 2025

DL:

ISBN:

Declaración de conflicto de interés: los autores y revisores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con este documento.

El contenido de este documento no podrá ser reproducido, ni total ni parcialmente, sin el previo permiso escrito del editor.

Todos los derechos reservados.

© De los textos: los autores

© De las imágenes: autores, instituciones, y centros de documentación que se citan.

Dirección y Coordinación

- Manel Santià Vila, *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)*.
- Meritxell Davins Riu, *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)*.
- Marina Martínez Payá, *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)*.
- Emilio Ignacio García, *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)*.

Comité editorial

- Juan Antonio Marqués Espí, *Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)*.
- María Concepción Fernández Planellas, *Sociedad Española de Directivos de Atención primaria (SEDAP)*.
- Lola Ruíz Iglesias, *Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)*.
- Javier García Alegria, *Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME)*.
- Rocío García Orta, *Sociedad Española de Cardiología (SEC)*.
- Soledad Sañudo, *Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)*.
- Gregorio Gómez, *Sociedad Española de Inspección de Servicios Sanitarios (SEIESS)*.



Índice

Presentación.....	5
1. Introducción.....	15
2. Objetivo.....	15
3. Metodología.....	15
4. Resultados.....	17
4.1. Resultado global.....	17
4.2. Resultados específicos.....	17
1. Características del profesional que responde.....	17
2. Sobre la gestión y gobierno del dato y la información clínica en el SNS, su CCAA y en su centro.....	20
3. Sobre aspectos de la Historia Clínica Electrónica.....	22
4. Sobre la calidad de los informes de alta.....	26
5. Preguntas específicas para sociedades.....	34
5. COMENTARIOS.....	37
6. CONCLUSIONES.....	60
7. AGRADECIMIENTOS.....	62
ADENDAS.....	63

A large, stylized map of the Iberian Peninsula is formed by a collection of dots. Most dots are light gray, but a cluster of dots in the lower right portion of the map, representing the Canary Islands, is colored in a darker blue.

La calidad de los informes de alta hospitalaria



2024
2025

Presentación

La calidad de los informes de alta

Como representante de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), dentro de esta Alianza de Sociedades Científicas y Profesionales, he de expresar mi satisfacción por haber sido capaces de llevar a buen puerto un trabajo laborioso pero de considerable relevancia.

En SEDISA somos conscientes, desde hace mucho tiempo, de la importancia que la información sanitaria tiene y, más aún, va a tener en el futuro próximo, a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS). No cabe otra posibilidad, dado que el trabajo directivo y, consecuentemente, la toma de decisiones se sustenta, en buena medida, en la disponibilidad de información.

De igual forma, sabemos que quienes toman esas decisiones sobre los pacientes, —centro del sistema como tantas veces hemos dicho—, lo hace en base a la información de la que disponen. Como también se lleva a cabo la financiación o la facturación de procesos o servicios prestados entre administraciones, proveedores y agentes implicados en base a los datos registrados.

Tan relevante como lo anterior, es ser consciente de que solo con tener abundante información de todo tipo (clínica, económica, sobre calidad y seguridad, sobre recursos humanos, etc.), no es suficiente. La información ha de ser fiable, reproducible, bien estructurada, accesible desde el nivel asistencial o de responsabilidad adecuado en función de su tarea. Se debe gestionar básicamente en entornos digitales y seguros, y ha de ser evaluada de forma transparente e independiente.

El presente informe se ha centrado en una de las fuentes de información más importantes, amplias y exhaustivas de las que disponemos: los informes de alta hospitalarios. En los hospitales se realiza una amplia gama de actividades y procesos, desde los más sencillos a los más críticos y complejos. Estos últimos, habitualmente mediante ingreso, son lo que conllevan mayores riesgos y también un mayor consumo de recursos.

Por todo ello, es esencial el procurar la mayor calidad alcanzable de la información incluida en los informes de alta hospitalarios, y el evaluarla y mejorarla de forma continua, en la medida de las posibilidades de cada organización sanitaria, debe ser un objetivo irrenunciable.

Confiando en que este documento sirva de orientación a quienes tenemos alguna responsabilidad sobre la organización y funcionamiento del SNS, quede constancia del compromiso de SEDISA con esta iniciativa, en beneficio de los resultados para nuestros pacientes y del buen trabajo de los profesionales de la salud.

Juan Antonio Marqués Espí

Vocal de la Junta directiva de SEDISA



Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Desde la visión de la gestión en Atención Primaria, uno de los pilares fundamentales para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente es la calidad de los informes al alta hospitalaria. Estos documentos no solo constituyen la principal fuente de información clínica tras un ingreso hospitalario, sino que también representan un canal esencial de comunicación y coordinación entre ámbitos asistenciales.

La recepción en Atención Primaria de informes completos, claros y estructurados permite una adecuada planificación del seguimiento, evita duplicidades, reduce riesgos derivados de errores de medicación o diagnósticos inconclusos, y contribuye a la eficiencia del sistema sanitario.

Numerosos estudios han demostrado que la calidad de estos documentos —en términos de contenido, oportunismo y transmisión— tiene un impacto directo en resultados clínicos relevantes como la tasa de reingresos.

De forma similar, investigaciones en pacientes sometidos a rehabilitación cardíaca encontraron que, aunque sólo la mitad de los centros enviaban informes, aquellos que lo hacían eran valorados positivamente por los profesionales de Atención Primaria y se vinculaban a una mejor adherencia terapéutica y control de factores de riesgo.

Hoy la literatura alerta sobre múltiples deficiencias: demoras frecuentes en la elaboración y recepción, contenido incompleto y tasas altas de incumplimiento de acciones recomendadas.

Diversas revisiones sistemáticas recomiendan soluciones concretas, y la implementación de un **programa de mejora continua** (con auditores).

No obstante, la calidad no se define sólo por la cantidad de información presente, sino por su relevancia y utilidad clínica. En los últimos años, diversos trabajos han alertado sobre la creciente presencia de información redundante, datos administrativos irrelevantes o secciones copiadas automáticamente desde historiales clínicos previos sin revisión ni síntesis. Este exceso de información, lejos de mejorar la comunicación, obstaculiza la comprensión rápida del caso, diluye aspectos críticos del seguimiento y sobrecarga innecesariamente a los profesionales de Atención Primaria, especialmente en contextos de alta demanda y tiempos limitados por consulta. Por ello, para los directivos de este ámbito, estas evidencias implican que debemos promover y facilitar:

- **Protocolos precisos y uniformes** para la redacción del informe de alta hospitalaria.
- **Canales garantizados y verificados de transmisión** hacia los profesionales de la atención extrahospitalaria.
- **Formación específica** a residentes y facultativos en redacción eficiente y precisa.

- **Soporte tecnológico**, en especial sistemas electrónicos que permitan entregar informes completos, legibles, oportunos y accesibles para todos los actores.

Desde SEDAP, estamos comprometidos con iniciativas que profundicen en la relevancia de la calidad de los informes de alta, su efecto sobre la continuidad de la atención en nuestro ámbito, con sus unidades de apoyo y el ámbito social y comunitario; y las oportunidades de mejora de los procesos de transición hospital-domicilio como fuente crítica de información y comunicación tanto entre profesionales, como con los pacientes. Todas ellas **orientadas a la práctica clínica**, con enfoque en eficiencia, comunicación bidireccional y centrado en el paciente y centrado en la seguridad y la trazabilidad clínica. Para no sólo tener “*más información*” sino, “*mejor información*”, relevante, comprensible, sintetizada y orientada a la acción.

M^a Concepción Fernández Planelles

Vicepresidenta Segunda de la Junta Directiva de SEDAP



El valor de este informe desde la perspectiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS)

El informe que se presenta supone un hito en un largo proceso que iniciamos como sociedad en el año 2021. La pandemia puso de manifiesto un problema con la calidad de la información sanitaria, lo evidenció de tal manera que entendimos la necesidad de abordarlo desde la responsabilidad y perspectiva de una sociedad científica.

La calidad de datos, información y documentación clínica tiene tal impacto en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la calidad de los propios procesos de digitalización, que enfrenta a autoridades y profesionales sanitarios a la responsabilidad ineludible de asegurar su buena gestión y gobierno, es decir a garantizar su calidad. Abordar este problema requería un trabajo colectivo que, necesariamente, debía implicar a todas las sociedades científicas. Los profesionales debíamos asumir una responsabilidad en la parte que nos corresponde y ser parte activa de la solución.

En ese contexto, a inicios del 2021 se lanza una iniciativa cuyo objetivo principal era fomentar la colaboración y el trabajo conjunto de las sociedades científicas sanitarias en torno a la optimización del proceso de digitalización del sector. Iniciativa que arranca priorizando un problema que consideramos crítico en la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, así como en la estrategia digital del sector, y que se propone como proyecto principal de colaboración entre las sociedades: ***“La Calidad del dato, infor-***

mación y documentación clínica. Acceso de los profesionales a los datos y la información para la toma de decisión y la investigación”.

Desde entonces, la colaboración entre las sociedades se ha transformado compartiendo foros, congresos y poniendo la calidad de los datos, la información y la documentación clínica en el centro de los debates sanitarios. Este proceso se ve reforzado con la política del Espacio de Datos Europeo, que implicó la presentación de la Estrategia Digital del SNS, la necesidad de desarrollar el Espacio de datos en España y, posteriormente, la llegada de fondos europeos para el desarrollo de la estrategia. Los vientos estaban a favor.

Sin embargo, en todo este proceso había un objetivo que no se conseguía resolver por la enorme dificultad que supone poder acceder a los datos, y no por la agencia de protección de datos, sino por la falta de transparencia de los mismos. Desde los inicios de toda esta iniciativa queríamos abordar un análisis sobre la calidad de la documentación clínica, concretamente y para empezar, con la calidad de un informe clave como es el informe de alta hospitalaria. Por algún sitio había que comenzar y este nos parecía clave.

La dificultad para poder acceder a estos documentos ha sido, en si misma, un caso de estudio. Había que tomar un camino diferente. El camino fue dejar a un lado el análisis directo sobre los informes y acudir a una aproximación indirecta sobre la que, como sociedades científicas, teníamos acceso: La opinión de los miembros de nuestras sociedades. Así iniciamos este informe

un conjunto de sociedades con el objetivo de tener una primera aproximación que permitiera posteriormente ir profundizando en algo tan crítico como conocer la calidad de la documentación que produce el sistema, que articula la continuidad asistencial y que presenta al paciente información que necesita comprender y confiar.

Este informe es el resultado de este esfuerzo compartido. Es un primer paso que esperamos contribuya a la transformación del sistema hacía un marco institucional en el que auditorias, evaluación, transparencia y rendición de cuentas sean los fundamentos de un sistema que responde con rigor a la población que lo financia.

Lola Ruiz Iglesias

Sociedad Española de Informática de la Salud



La calidad de los informes de alta

Los médicos de admisión y documentación clínica englobados en su sociedad científica (SEDOM), tienen entre sus competencias y funciones, la gestión de la documentación clínica y la gestión de la información clínico-asistencial en ella contenida.

Con el cambio al soporte electrónico de la historia clínica, nuestro papel y en general el de todos los facultativos, en el diseño funcional y en el control de calidad de los registros de la historia clínica, se ha difuminado.

Los procesos de desarrollo tecnológico de la historia clínica electrónica, han sido realizados mayoritariamente desde una perspectiva de viabilidad tecnológica, pero ya es el momento, superada esta fase, de asentar suficientemente si la forma de representación de la información en la historia clínica, su terminología, su estructura y normalización, etc. son adecuadas y eficientes a la hora del registro del dato por los médicos y por tanto si la calidad de ese dato es la correcta.

Es indiscutible que la informatización de la historia clínica, ha mejorado su disponibilidad, el intercambio de información entre profesionales y niveles asistenciales y su accesibilidad también para los pacientes, pero es el momento de analizar y valorar la calidad de la información en ella contenida, ya que es la base de datos real para los actuales y futuros sistemas de información y procesos asistenciales.

Un ejemplo es el CMBD, Conjunto Mínimo Básico de Datos, que es uno de los sistemas de información clínico-asistencial más establecido, del que los médicos de admisión y documentación clínica somos responsables. El CMBD se construye a partir de la indización y codificación de los datos registrados en la historia clínica. De la calidad de la historia clínica y de sus informes de alta, depende la fiabilidad y validez de la información presente en el CMBD y por tanto la utilidad y credibilidad de este sistema de información.

Esta situación, se puede enfocar en el estudio de uno de los documentos más relevantes de la historia clínica: el informe de alta, cuya importancia para asegurar el uso asistencial, científico, evaluativo y legal, de los datos e información que contiene, es indiscutible.

El conocimiento de su validez, consistencia y precisión, puede ayudar a concretar el más amplio y necesario estudio de la calidad de la información contenida en las historias clínicas electrónicas.

Así pues, la SEDOM suscribe la oportunidad del presente informe, en el que hemos participado. Se abordan aspectos relevantes relacionados con la calidad, legibilidad y adecuación de los informes de alta en las historias clínicas electrónicas y otros temas que se vienen detectando por los médicos que elaboran y utilizan dichos informes, para a la vista de los resultados que se presentan, favorecer el impulso de los necesarios procesos para su mejora.

Soledad Sañudo García
Sociedad Española de Documentación Médica



La perspectiva de FAISS/SEIESS sobre el estudio de la calidad de los informes de alta hospitalaria

La Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios (FAISS), hoy Sociedad Española de Inspección de Servicios Sanitarios (SEIESS), ha participado activamente en este estudio desde su concepción, impulsando la necesidad de disponer de información objetiva y comparable sobre un aspecto clave de la documentación clínica como es el informe de alta hospitalaria. Para los profesionales de la inspección sanitaria, el registro clínico no es solo un soporte asistencial, sino también una fuente de información legal, organizativa y evaluativa que debe reunir condiciones básicas de veracidad, completitud, claridad y adecuación.

Los inspectores de servicios sanitarios tienen una relación particular con la historia clínica: si bien la utilizan, como cualquier profesional, para el desempeño de funciones técnicas, administrativas o periciales, su uso principal se basa en la consulta y análisis de la información registrada por otros. Esa posición externa y retrospectiva les otorga una perspectiva singular. En muchos casos, el inspector no tiene contacto directo con el paciente, por lo que la historia clínica —y en particular documentos como el informe de alta— constituye la única fuente disponible para valorar un episodio asistencial o emitir un juicio técnico.

En ese contexto, las deficiencias en los registros —falta de claridad, precisión, estructura o exhaustividad— adquieren un impacto mayor. Una nota clínica que puede resultar comprensible

para quien la escribió, deja de ser útil cuando se descontextualiza, pierde referencias temporales o no responde a los estándares mínimos de calidad documental. La experiencia muestra que la fiabilidad de la información clínica no es solo una cuestión técnica: tiene consecuencias jurídicas, asistenciales y organizativas.

Desde SEIESS, reivindicamos que la auditoría sistemática de la calidad de la documentación clínica sea reconocida como un componente esencial de las políticas de calidad asistencial. Esta función, que la inspección sanitaria ya desempeñó durante años revisando historias clínicas en soporte papel, puede y debe integrarse de forma estructurada en la evaluación de los sistemas digitales actuales. Además, por su formación, independencia funcional y experiencia técnica, el cuerpo de inspección sanitaria está especialmente capacitado para asumir esta labor como parte de sus competencias ordinarias.

Normativamente, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, establece el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, incluyendo una estructura estandarizada para el informe de alta hospitalaria. Sin embargo, como muestra este estudio, la implementación efectiva de estos requisitos es todavía irregular y no siempre garantiza la auditabilidad, trazabilidad ni utilidad de la información registrada.

Este estudio representa un paso relevante en la identificación de oportunidades de mejora. Al recoger la percepción de un amplio abanico de profesionales y sociedades científicas, proporciona una base empírica para avanzar en el establecimiento de están-

dares comunes y en la consolidación de una cultura de calidad documental.

Creemos firmemente que solo a través de una información clínica fiable, comprensible y estructurada es posible garantizar una atención de calidad centrada en el paciente, facilitar la coordinación entre niveles asistenciales y respetar los derechos de ciudadanos y profesionales. Por ello, animamos a las administraciones sanitarias a reforzar los mecanismos de evaluación de la calidad de los informes clínicos, integrando a los servicios de inspección como agentes expertos en esta materia.

Gregorio Gómez Soriano

Sociedad Española de Inspección de Servicios Sanitarios (SEIESS)



El informe de alta hospitalaria: una visión de los clínicos

El informe de alta hospitalaria (IAH) es una herramienta esencial de comunicación en la asistencia sanitaria. En los países europeos su realización es obligatoria por ley, con una normativa de desarrollo a nivel nacional que afecta tanto al sistema sanitario público como al privado y concertado. En los últimos años, se atienden alrededor de 4,7 millones de altas hospitalarias anuales, afectando por tanto a un gran segmento de la población y generando una gran cantidad de datos que son esenciales en la planificación sanitaria.

Como en cualquier otro proceso de comunicación, existe un emisor, -que es el clínico que lo redacta-, y uno o varios receptores. En realidad, el IAH tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de atención primaria, el propio médico redactor o del mismo servicio, distintos especialistas, los médicos de urgencia y los documentalistas. En ocasiones, también lo utilizan el personal de enfermería, los trabajadores sociales, los investigadores, los docentes, los evaluadores de calidad asistencial y las autoridades sanitarias o judiciales. Esta multiplicidad de usuarios, -con distintos intereses difíciles de conciliar-, es uno de los problemas que más dificultan su elaboración. En esta orientación, debería priorizarse la utilidad para el paciente y hacer un énfasis especial en cuanto a la claridad de la información acerca del/los diagnósticos, de las recomendaciones (dieta, actividad), las indicaciones del tratamiento (fármaco, dosis, horario y advertencias), los controles necesarios y el seguimiento posterior.

En los últimos años, la generalización de la historia clínica digital ha mejorado el proceso de realización del IAH, su legibilidad, la posibilidad de archivo, la accesibilidad, la continuidad asistencial y el análisis de la información. A pesar de ello, nuestro país tiene carencias importantes en el análisis de la calidad de los IAH y en la explotación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) en cuanto a la actualidad de los datos, la accesibilidad y la exhaustividad de la información, que debería incluir un ágil acceso a la producción, la complejidad, la calidad y los costes hospitalarios de los centros y de los servicios clínicos.

Uno de los problemas principales acerca del IAH en España es la carencia de información global acerca de su calidad, de la fiabilidad de los datos y del grado de conocimiento de los profesionales de las normas reguladoras y de las posibilidades de uso. En general, el aprendizaje de la redacción del IAH no está incluido en los estudios de grado ni en la formación sanitaria especializada (FSE), por lo de manera habitual se hace durante la residencia en los servicios clínicos mediante la observación, la imitación de los mentores y la práctica. De esta manera las deficiencias y los problemas de calidad actuales tienden a perpetuarse pues no se introducen acciones correctoras. La ausencia de una educación sistemática acerca del IAH es una deficiencia de nuestro sistema sanitario que se debería subsanar, tanto en el grado como en la FSE, y se debería considerar como una competencia transversal.

El presente informe es una iniciativa de varias organizaciones y sociedades científicas sanitarias que tiene como objetivo conocer y analizar la calidad de los IAH en España desde una pers-

pectiva multiprofesional. Se trata de una encuesta, con más de 400 participante, que describe el panorama actual de uso del IAH mediante las percepciones de los participantes con información cuantitativa y cualitativa. Este documento resulta de gran interés para los profesionales y para autoridades sanitarias y es un primer paso-conocer la situación y orientar en los problemas-para proponer otras iniciativas posteriores encaminadas a disponer de información más pormenorizada y proponer estrategias de mejora. Además en un futuro cercano sería de gran interés desarrollar recomendaciones específicas de cada una de las especialidades médicas, con una definición de los criterios de calidad de la información e incluir indicadores de evaluación en donde pueden participar de forma activa las sociedades científicas con representación nacional.

Javier García Alegría

*Ex Presidente de la Federación de Asociaciones
Científico-Médicas de España (FACME)*



*Ex Presidente de la Sociedad Española de
Medicina Interna (SEMI)*

Mejorar la calidad de la información del Sistema Nacional de Salud

Para mejorar la Calidad Asistencial es esencial disponer de información para conocer objetivamente la situación que analizamos y saber dónde tenemos que actuar prioritariamente.

Desde el enfoque de la Calidad, malo es no disponer de información, pero peor es disponer de información errónea o no fidedigna pues eso fácilmente nos llevará a tomar decisiones desacertadas.

Con el uso de las herramientas que el desarrollo de la Inteligencia Artificial (IA) nos está ofreciendo, que se basa en el análisis de la información existente en los sistemas de información (SI) y bases de datos (BD), el riesgo de disponer de datos erróneos o de falta de datos relevantes, conlleva si cabe un riesgo mayor de decisiones erróneas, con el consecuente coste de no Calidad que ello supone.

En la era de la medicina basada en el valor que exige un riguroso análisis de lo que se realiza, como se realiza y que resultados se obtienen, sin duda es una obligación perentoria disponer de los datos fidedignos necesarios para que la ecuación del valor nos ofrezca la realidad de lo que hacemos.

La Sociedad Española de Calidad Asistencial en Alianza con otras Sociedades Científicas, relacionadas en este documento, tiene el compromiso de trabajar para mejorar el dato registrado en las historias clínicas (HC) de nuestras organizaciones. El primer

paso propuesto ha sido conocer cuál es la Calidad de los Informes de Alta en nuestro país; entendiendo que el informe de alta es uno de los principales documentos que utilizan nuestros profesionales sanitarios en su trabajo y los pacientes en su relación con el sector sociosanitario.

El informe de alta debe recoger la información suficiente para que cualquier profesional de la Salud entienda que tiene un paciente, que se le ha realizado, con qué resultados, si sigue un tratamiento y que seguimiento se le indica. Esta información se obtiene de lo registrado en la HC. La calidad de su contenido viene, de lo bien que hayan recogido la información los profesionales; de lo bien estructurada que este el SI donde se registra y por lo bien que se elabora y ordena la información que se escribe en el documento de alta.

En este estudio que hemos realizado presentamos la foto de la situación en España que nos permite observar aquello que hay que mejorar, para garantizar disponer de una información válida y con ello poder orientar con éxito la mejora de la Calidad del SNS.

Dr. Manel Santità

*Past President y miembro de la Junta Directiva de la
Sociedad Española de Calidad Asistencial*

1. Introducción

La calidad de los informes de alta asistenciales desempeña un papel fundamental en la continuidad del cuidado de los pacientes, siendo un eslabón clave entre el sistema hospitalario y la atención ambulatoria o domiciliaria. Estos documentos, que resumen la evolución clínica y establecen las recomendaciones posteriores al alta, no solo son esenciales para garantizar la seguridad del paciente, sino también para optimizar la comunicación entre los distintos niveles asistenciales.

En este contexto, un informe de alta de calidad debe ser claro, preciso y completo, proporcionando información suficiente para que los profesionales responsables del seguimiento puedan actuar de manera efectiva. Asimismo, debe considerar las necesidades del paciente y su entorno, asegurando que las indicaciones sean comprensibles y aplicables.

2. Objetivo

El objetivo del proyecto es disponer de información para conocer y analizar la Calidad de los Informes de Alta en España.

3. Metodología

Se desarrolló un proyecto de investigación cualitativa con la finalidad de elaborar y disponer de un cuestionario dirigido a profesionales de diferentes sociedades científicas, para conocer su opinión sobre la situación actual y también que sirviera para sucesivas emisiones del cuestionario, lo cual permitiría disponer de un observatorio sobre este tema.

El proyecto se elaboró en tres fases:

1.ª Fase. Constitución de un Comité de Dirección Científico (CDC), coordinado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), y compuestos por las siguientes Sociedades Científicas:

- Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios (FAISS),
- Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM).

- Federación Asociaciones Científico Médicas de España (FACME).
- Sociedad Española de Cardiología (SEC).
- Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS).
- Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA).
- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP).

El CDC realizó, mediante la técnica del grupo focal, la identificación de las preguntas que permitirían elaborar una primera propuesta de cuestionario o cuestionarios que permitiesen conocer la calidad de los informes de alta.

Se elaboró el cuestionario a través del Google Forms.

2.ª Fase. Se validó el cuestionario general mediante la participación de un grupo de 25 profesionales, miembros representativos de las asociaciones participantes, quienes contestaron a las diferentes preguntas y contestaron a un cuestionario con las siguientes preguntas:

1. Valore globalmente el cuestionario.
2. Valore el tiempo que ha tenido que dedicar para rellenarlo.
3. Valore la comprensibilidad de las preguntas y explicaciones.
4. Valore la dificultad en poder dar las respuestas.
5. Indique si ha encontrado a faltar alguna pregunta.

6. Indique si considera que sobra alguna pregunta.

7. Comentarios o sugerencias que nos quiera hacer llegar.

Los resultados se discutieron en el CDC y se elaboró el cuestionario definitivo, actualizándolo en el Google Forms.

3.ª Fase. A los diferentes profesionales miembros de las asociaciones científicas participantes, se les envió una carta invitándoles a participar y a contestar la encuesta.

Los resultados serán analizados y discutidos en el CDC, elaborándose un informe final de conclusiones y recomendaciones (el presente).

Producto final.

Informe con las conclusiones y recomendaciones para la evaluación y mejora continua de la calidad del informe de alta.

4. Resultados

4.1. Resultado global

Correspondientes a:

- SECA - 82 encuestas (19,5 %).
- DOCUMENTACIÓN CLÍNICA - 36 encuestas (8,6 %).
- SEDISA - 28 encuestas (6,7 %).
- SEIS - 31 encuestas (7,4 %).
- SEC - 102 encuestas (24,5 %).
- SEDAP - 9 encuestas (2,1 %).
- SERVICIOS DE INSPECCIÓN - 7 encuestas (1,7 %).
- FACME - 8 encuestas (1,9 %).
- OTROS - 114 encuestas (27,3 %).

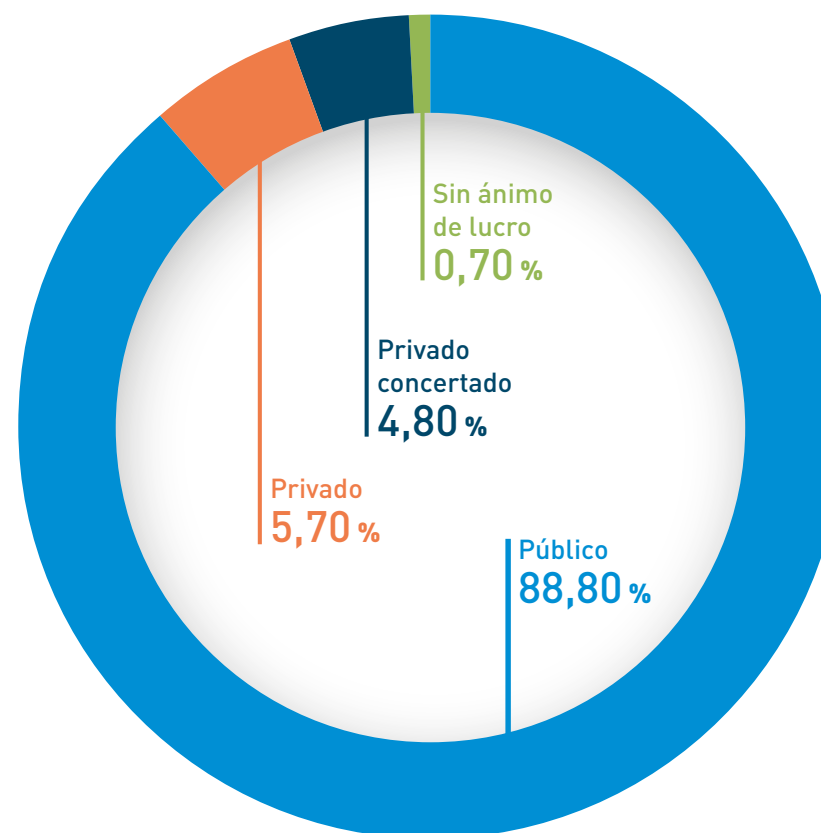
4.2. Resultados específicos

A continuación, se muestran los resultados de la encuesta desglosados por pregunta.

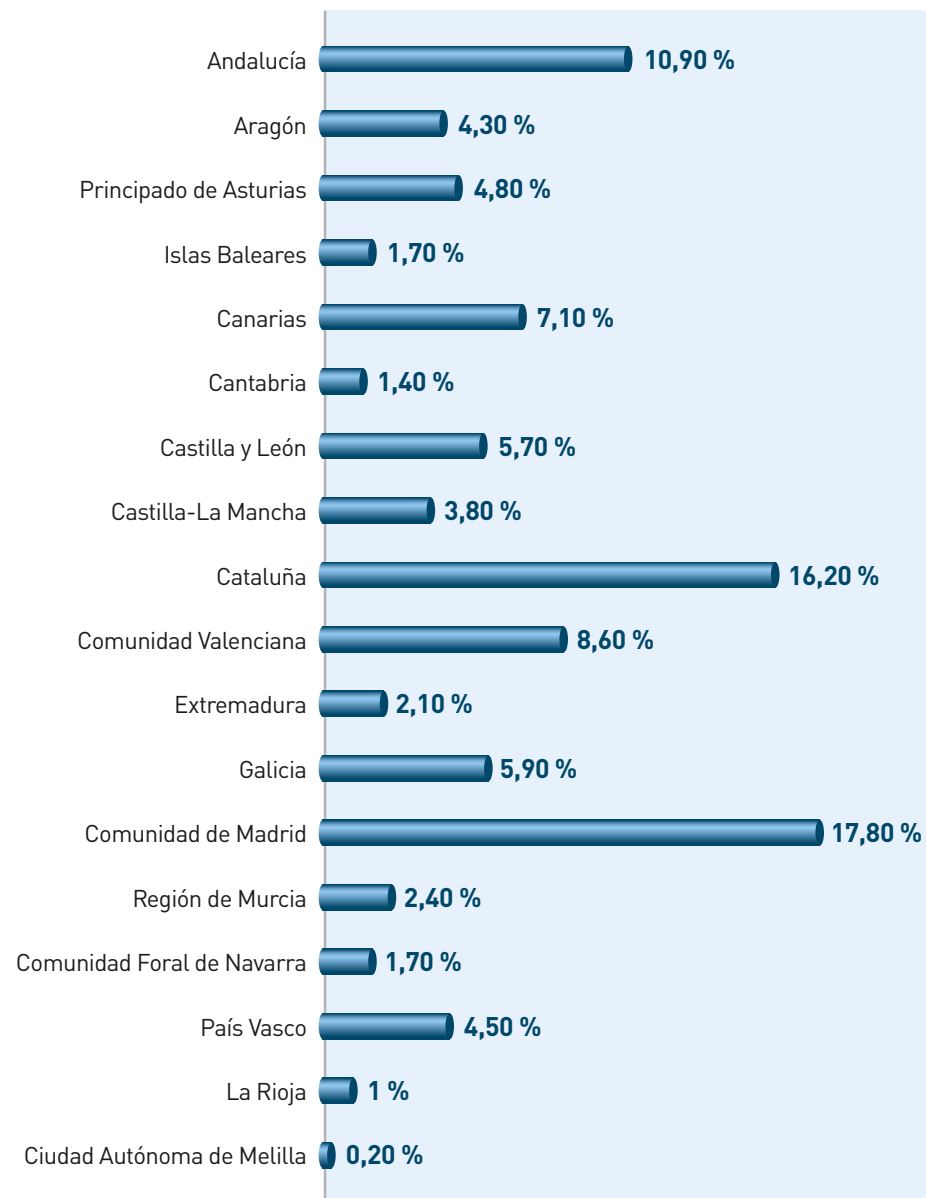
1. Características del profesional que responde

1.1. Identificación de la organización en la que ejerce su función

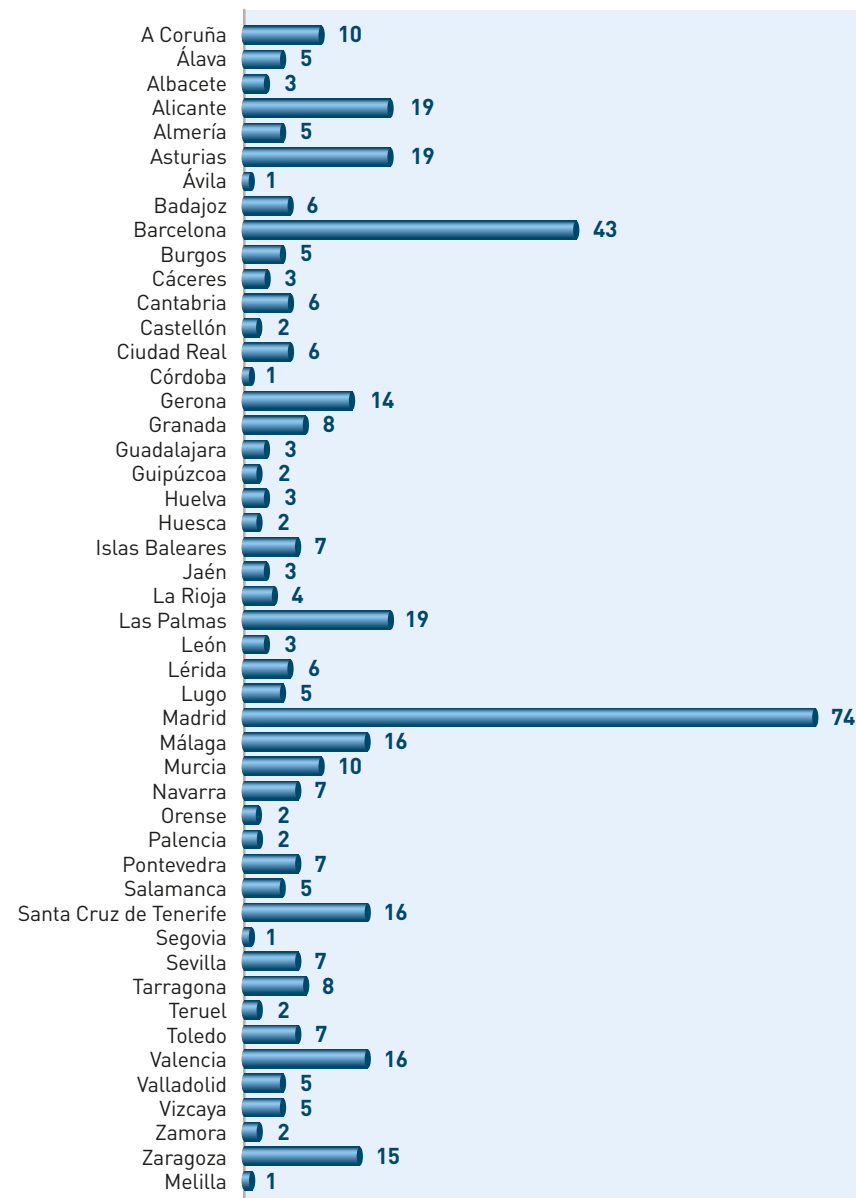
1.1.1. Titularidad del centro



1.1.2. Comunidad autónoma



1.1.3. Provincia

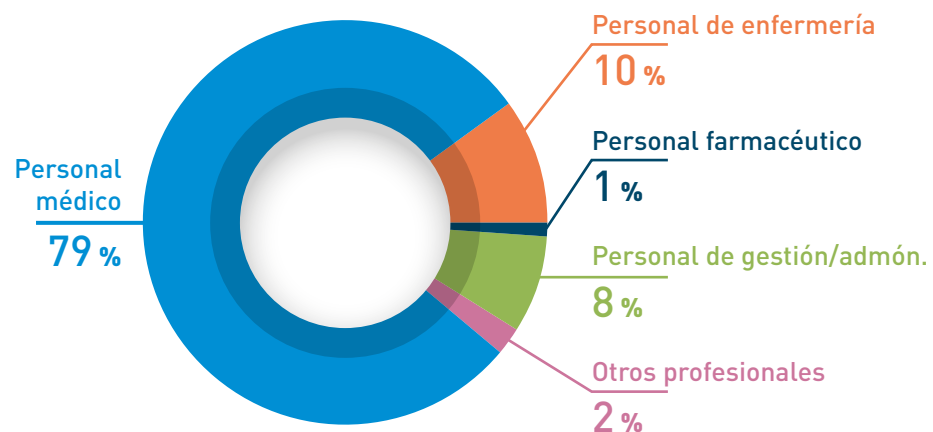


1.1.4. Tipo de centro

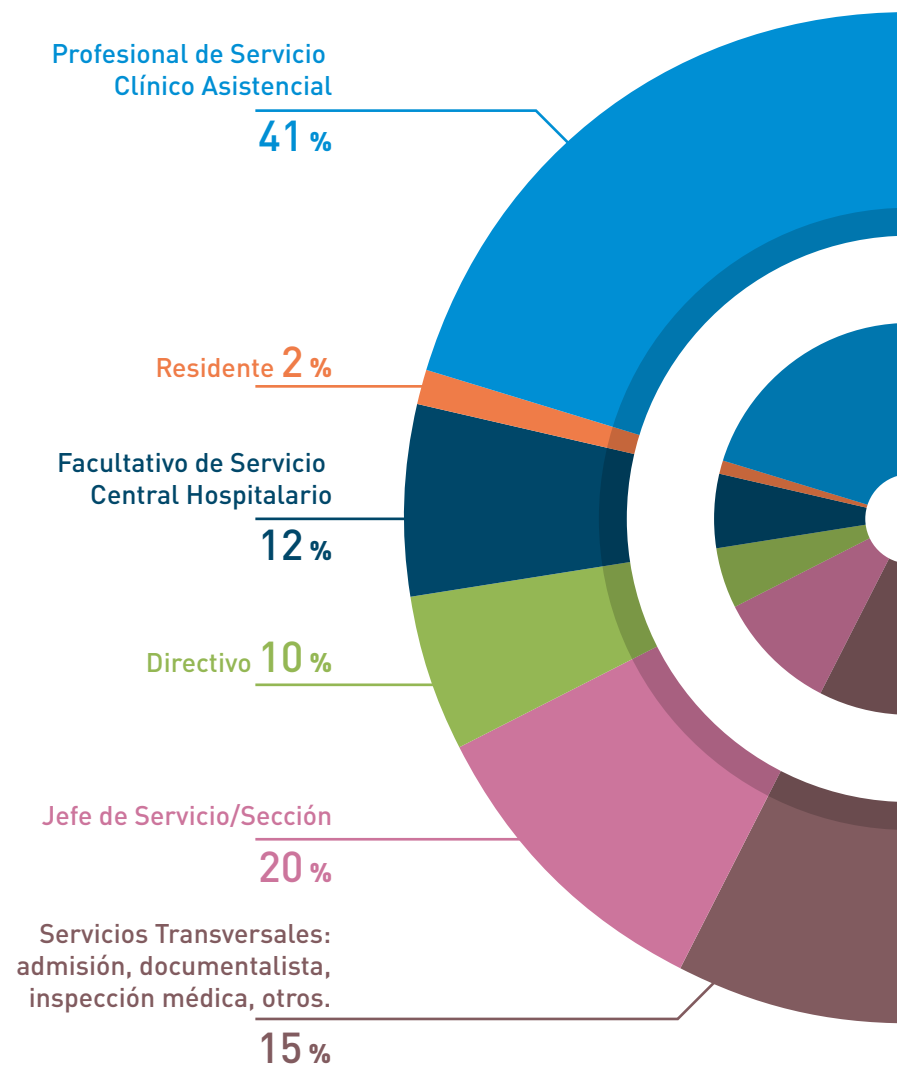


1.2. Identificación del profesional

1.2.1. Estamento



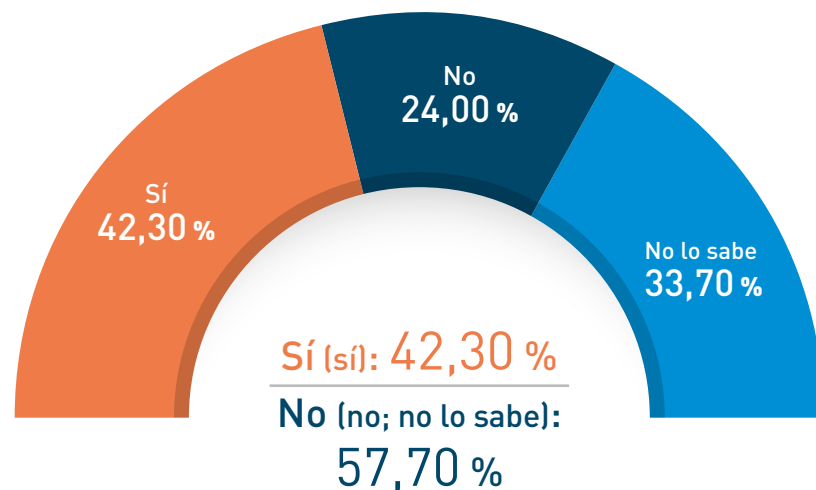
1.2.2. Si usted es médico o farmacéutico, identifique su rol



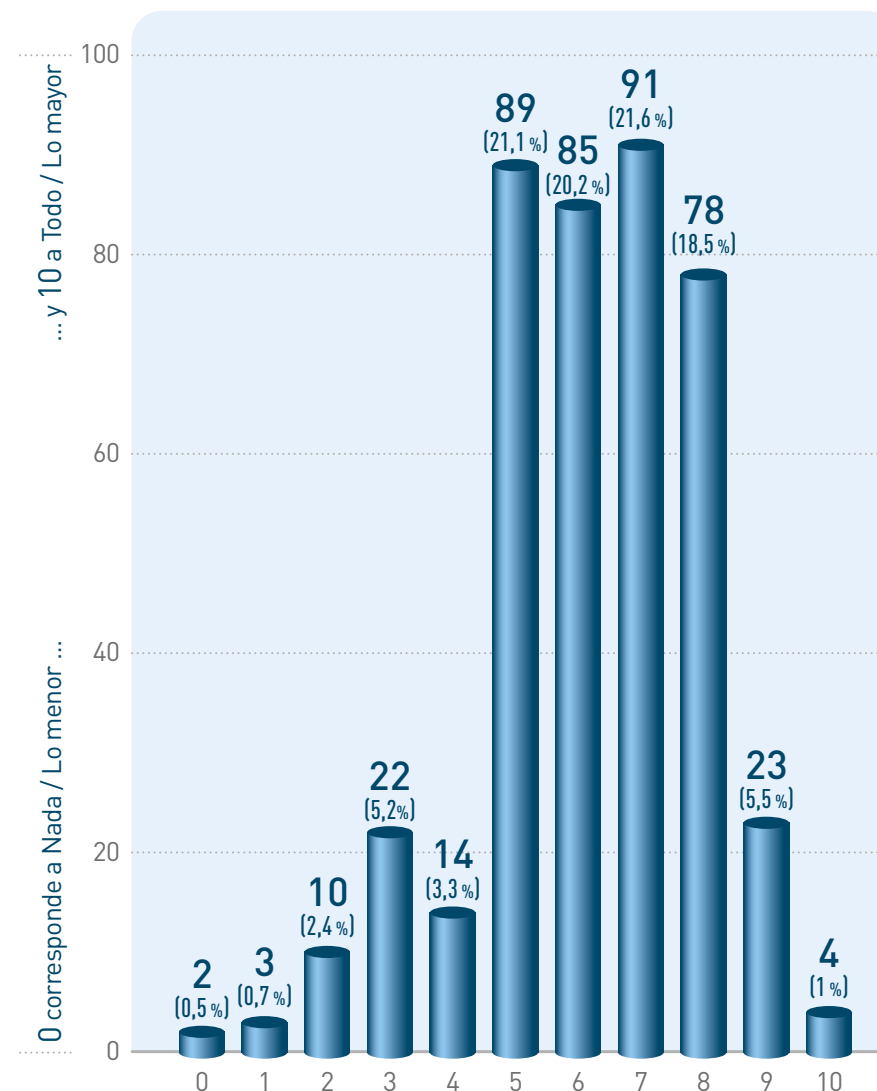
2. Sobre la gestión y gobierno del dato y la información clínica en el SNS, su CCAA y en su centro

2.1. A nivel del Sistema Nacional de Salud

2.1.1. Conoce usted si hay una política a nivel del SNS que audite sistemáticamente la calidad de los datos, la información y la documentación clínica del conjunto del sistema:



2.1.2. En qué grado considera que los datos e información que se genera en el SNS responden a los criterios de calidad, fiabilidad, veracidad, etc., necesarios para garantizar la calidad de la atención y coordinación sanitaria, así como la calidad de la investigación:

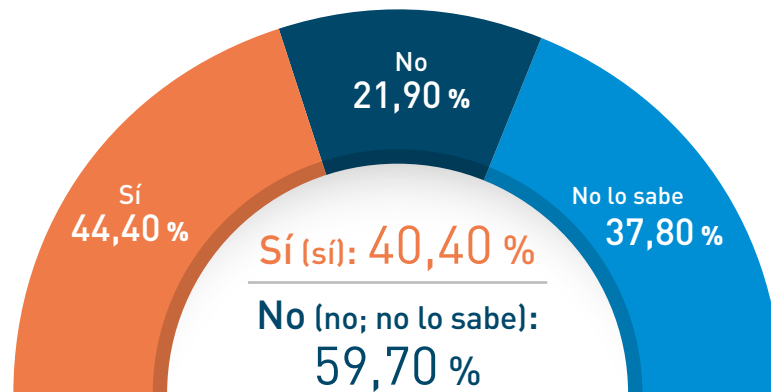


Media: 6,21

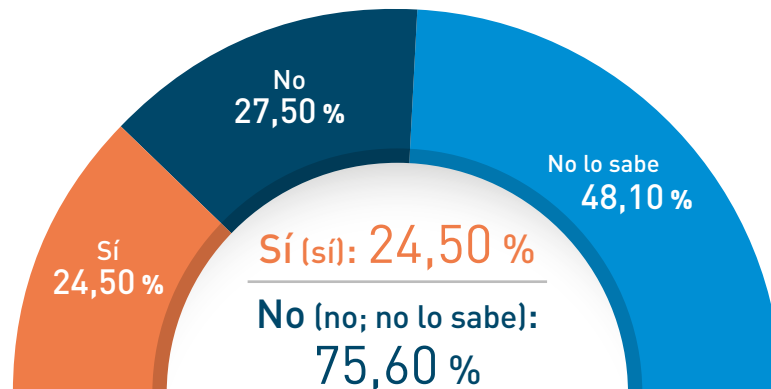
Desviación estándar: 1,73

2.2. En su Comunidad Autónoma (o Corporación Sanitaria)

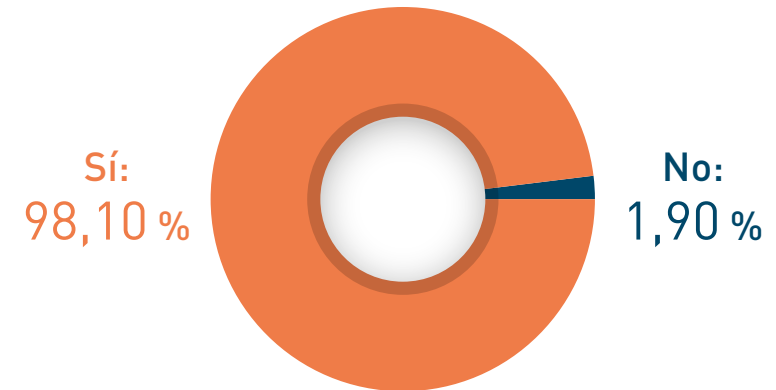
2.2.1. ¿Existe una política que define y audita la calidad de los datos, la información y la documentación clínica?



2.2.3. En caso afirmativo, ¿se audita su cumplimiento de forma sistemática y según el plan establecido?

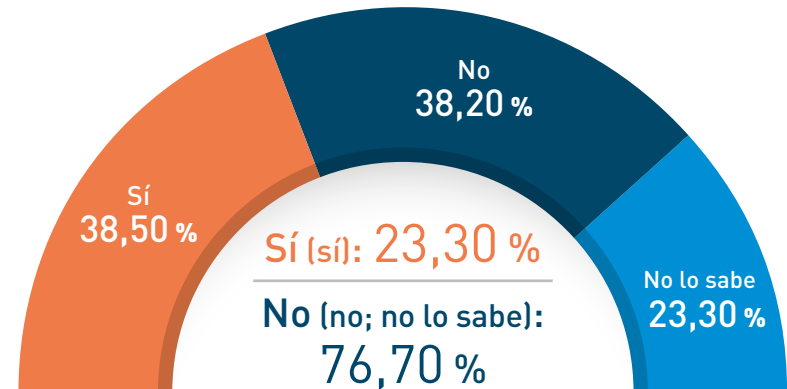


2.2.4. ¿Considera que para garantizar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes debe haberla?

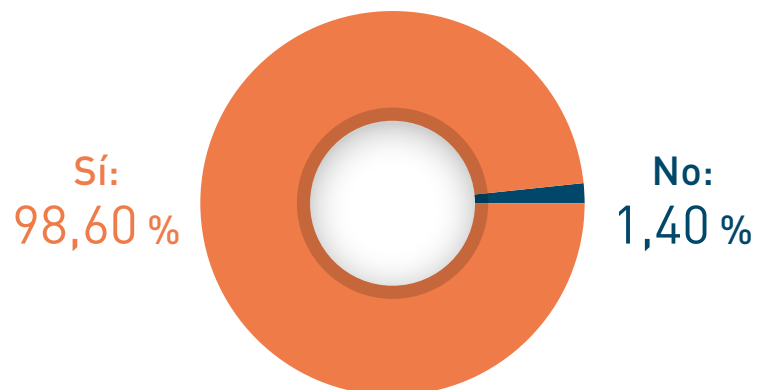


2.3. En su centro

2.3.1. ¿Hay una política de gestión y control de calidad que evalúe, sistemáticamente, y según protocolo, la calidad de los datos, la información y la documentación clínica?



2.3.2. Considera que, para garantizar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, así como de la investigación, debería haber una evaluación sistemática de la calidad de los datos y la información clínica:

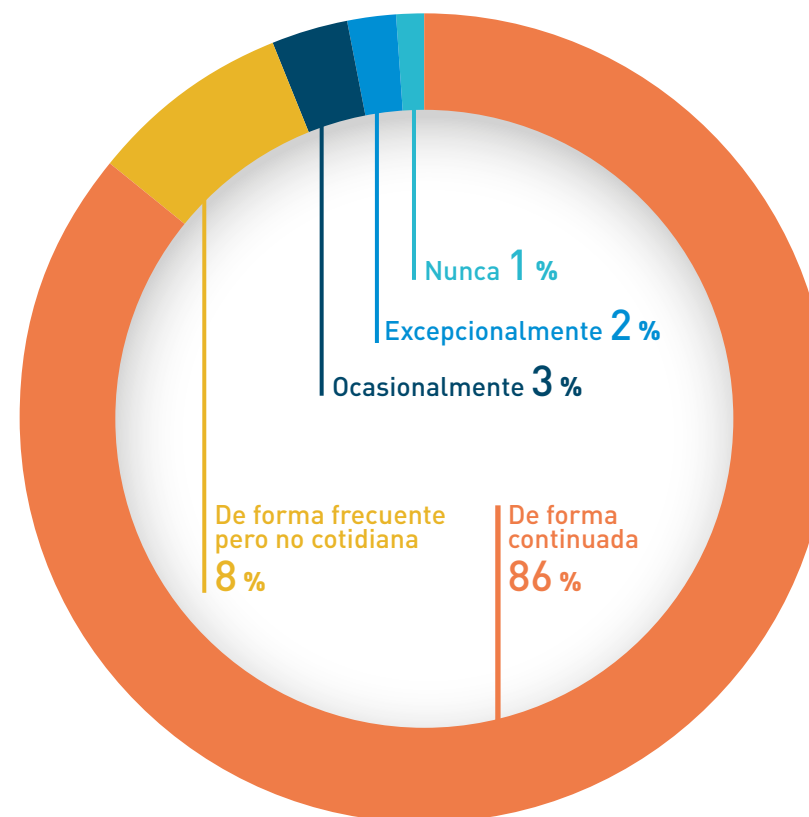


2.3.3. Considera que la calidad de los datos y la información deberían ser parte de la evaluación de los servicios clínicos y de los acuerdos de gestión:



3. Sobre aspectos de la Historia Clínica Electrónica

3.1. ¿Con qué frecuencia utiliza la HCE en el marco de su trabajo?

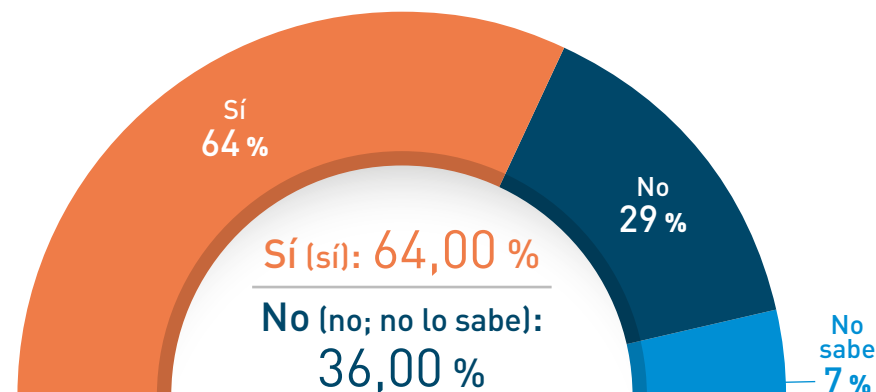


Sí (de forma continuada; de forma frecuente pero no continuada): **94,00 %**
No (nunca; excepcionalmente; ocasionalmente): **6,00 %**

3.2. ¿Hay herencia en la historia clínica de registros anteriores, aunque sea de otros ámbitos (Urgencias, Consultas Externas, Hospitalizaciones anteriores)?



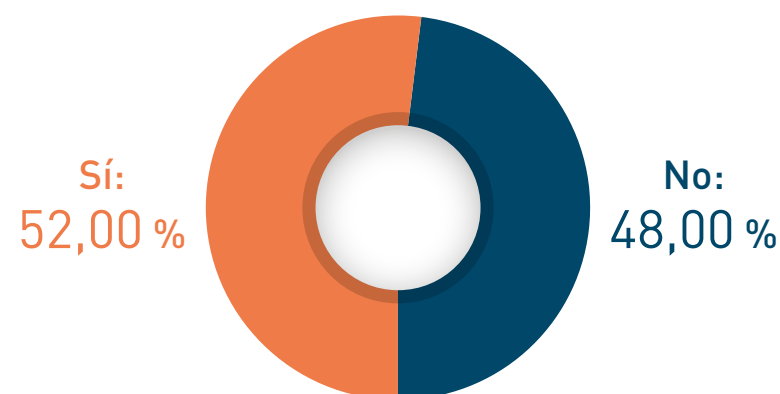
3.4. ¿Hay campos obligatorios a registrar en la HCE antes de generar el informe de alta?



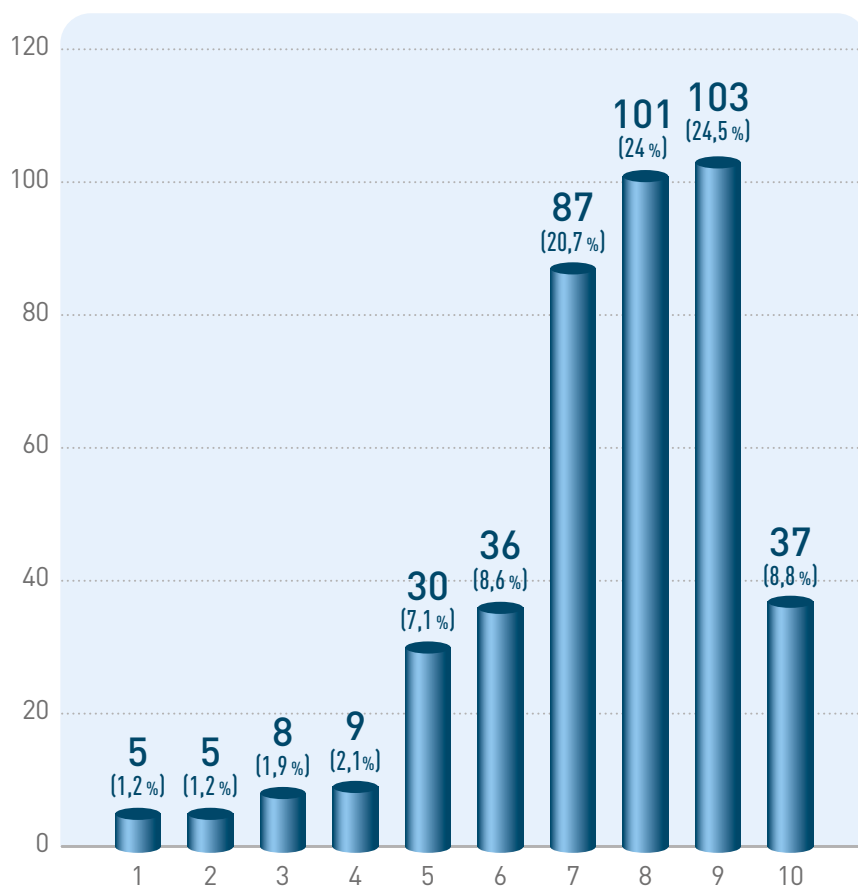
3.3. ¿Se pueden recuperar Antecedentes, Historia actual, Diagnósticos y Procedimientos?



3.5. La solución de HCE de su centro, le permite tener una lista de favoritos, o más habituales, para su selección posterior:



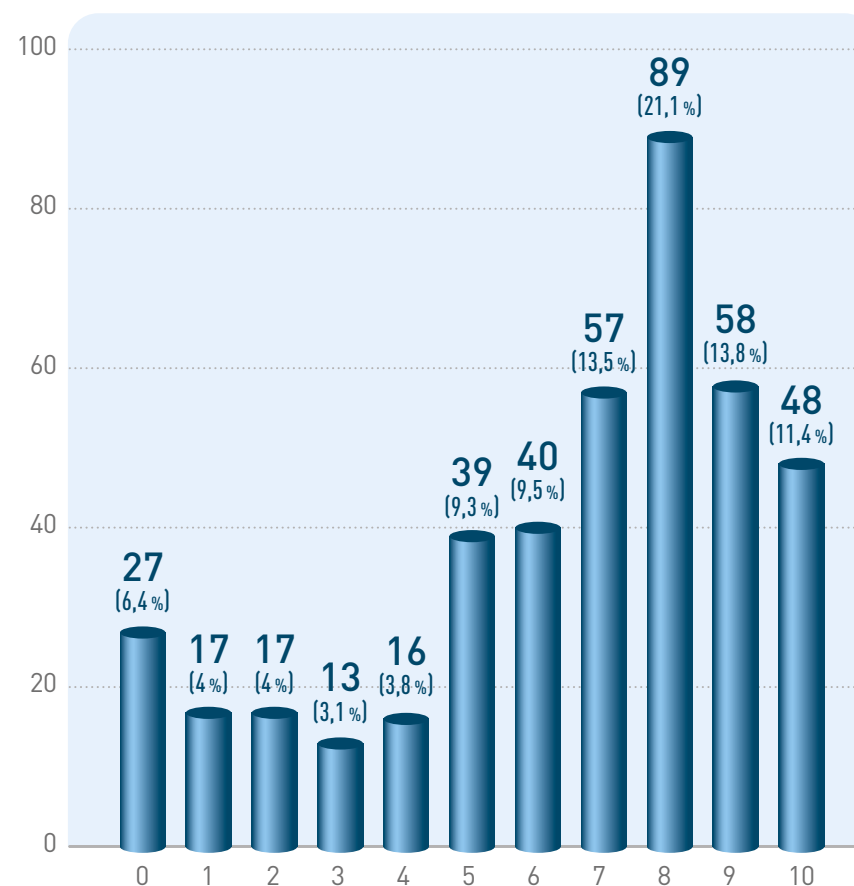
3.6. ¿En qué medida el sistema de HCE que utiliza le proporciona acceso a toda la información que necesita para sus decisiones clínicas?



Media: 7,49

Desviación estándar: 1,83

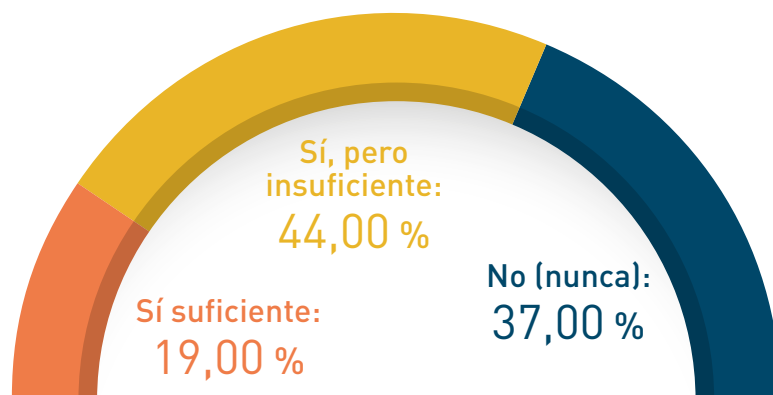
3.7. ¿En qué medida utiliza la función de cortar y pegar al usar la HCE para copiar en un determinado apartado de ésta cosas que ya están en otro (evoluciones o exploraciones previas, resultados de pruebas...)?



Media: 6,34

Desviación estándar: 2,86

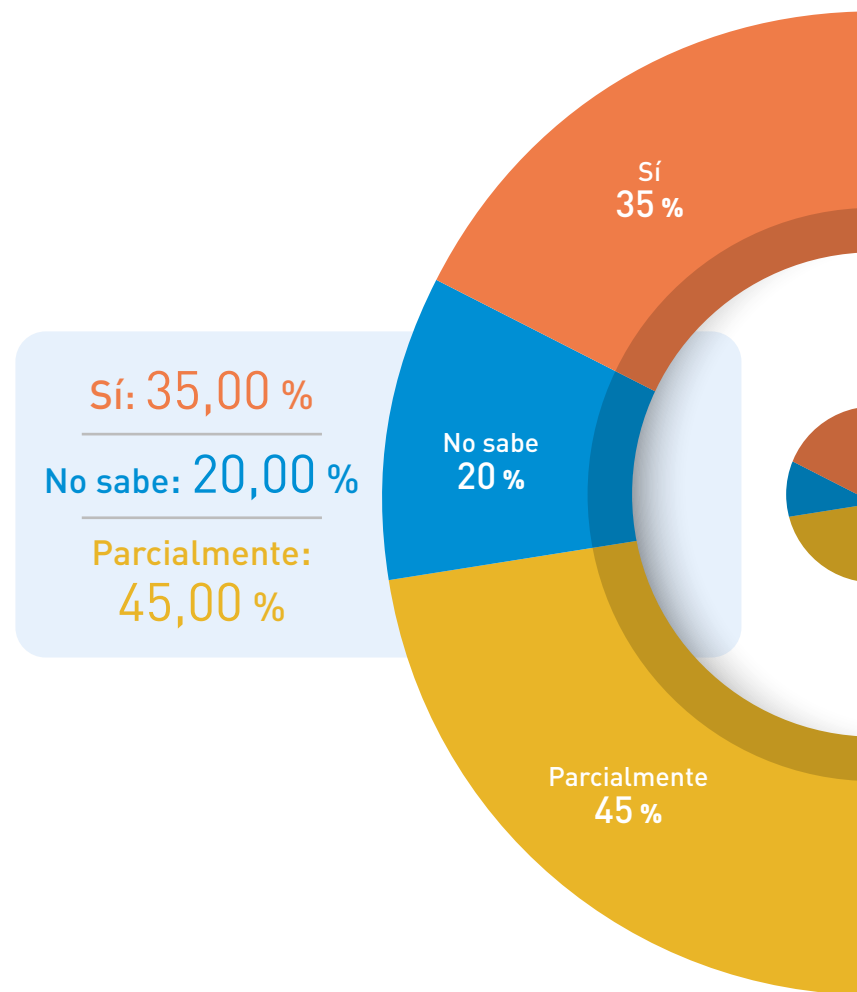
3.8. ¿En alguna ocasión ha recibido recomendaciones/formación actualizada para hacer un mejor uso de la HCE (escribir en el apartado que corresponde, no copiar y pegar información que ya está disponible en otros apartados, no usar siglas...)?



3.9. ¿La HCE de su centro se comparte electrónicamente con la atención primaria?

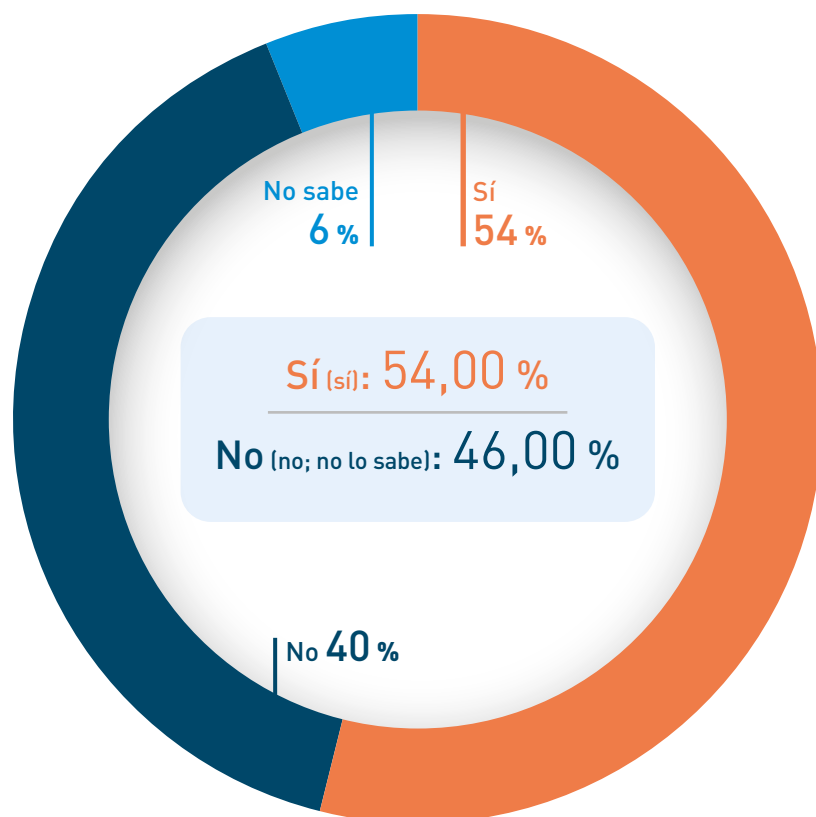


3.10. Si su respuesta anterior ha sido SÍ o PARCIALEMENTE, ¿Considera que la información que se comparte con la atención primaria es la adecuada en tiempo y forma, para la continuidad asistencial y la coordinación entre profesionales?

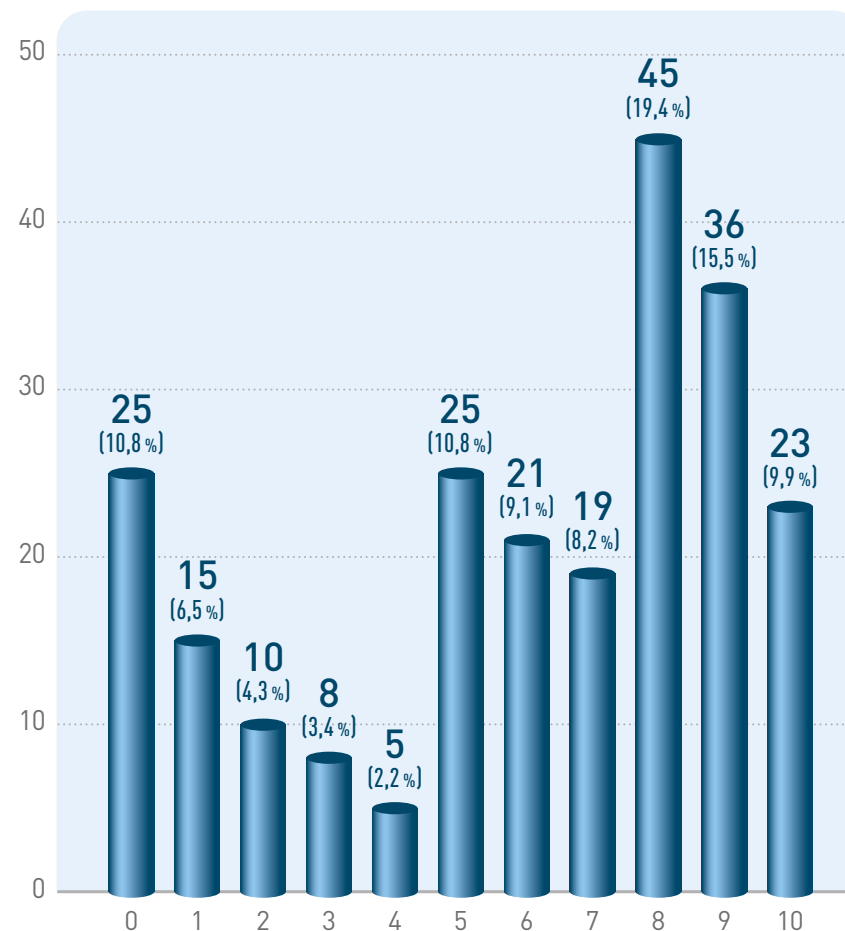


4. Sobre la calidad de los informes de alta

4.1. En el 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, (Última modificación: 5 de julio de 2023), se estableció la estructura de los informes de alta especificando: variable, formato, fuente, valores y comentarios. ¿Conoce usted este decreto?



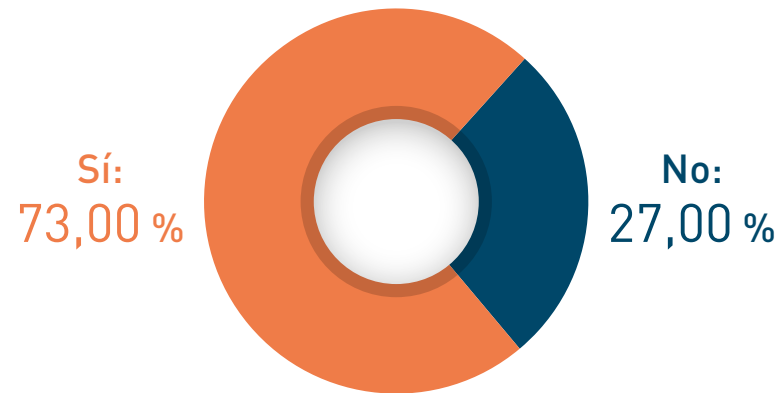
4.2. Si la respuesta anterior es Sí, por favor indique si el diseño de los informes de alta de su centro responde a la estructura y contenido establecidos en el decreto



Media: 5,94

Desviación estándar: 3,24

- 4.3. Si su respuesta a la pregunta anterior es que su modelo de informe responde a la estructura y contenido establecido en el decreto mencionado, ¿considera que es un diseño adecuado desde el punto de vista clínico?



- 4.4. Al margen de su conocimiento de la orden mencionada, hay una serie de requerimientos en la misma relevantes por afectar a derechos de los pacientes. Por favor, indique si en los informes de alta de su organización se cumplen estos requerimientos:

- a. Es obligatorio elaborar un informe de alta para los pacientes que, habiendo sido atendidos en un Establecimiento Sanitario, público o privado, hayan producido al menos una estancia hospitalaria, sea cual sea el motivo del alta.



- b. El informe de alta será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal en el momento que se produzca el alta del hospital.



- c. En el caso de que por algún motivo falten datos para entregar el informe de alta que contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, que será sustituido en su día por el definitivo y remitido al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o tutor legal.



- 4.5. En su organización, ¿se cumple que un informe de alta contenga la siguiente información, y si ES ASÍ, usted considera que es fiable y está actualizada?

- a. Nombre y apellido del médico responsable. ¿Se cumple y es fiable?



- b. Número de HC del paciente. ¿Se cumple y es fiable?



- c. Nombre y apellido del paciente. ¿Se cumple y es fiable?



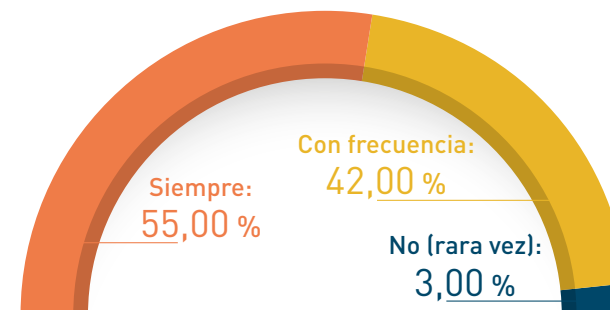
- d. Hospital o Centro donde ha sido atendido. ¿Se cumple y es fiable?



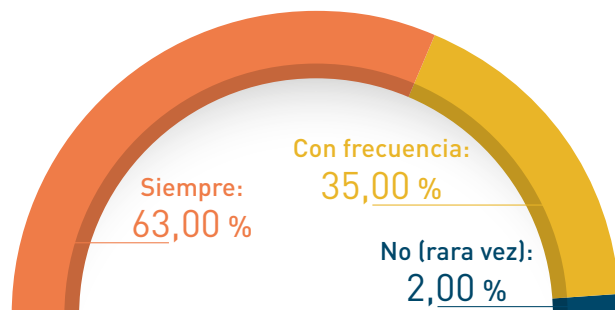
e. Fecha de ingreso y de alta. ¿Se cumple y es fiable?



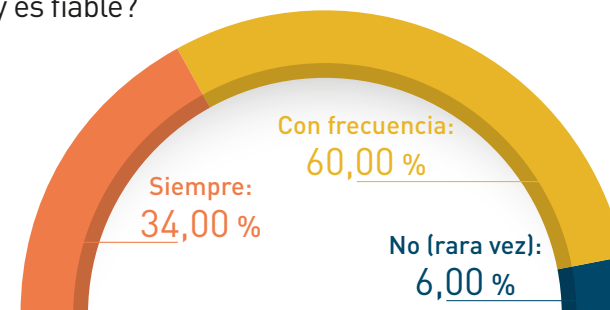
h. Procedimiento quirúrgico y obstétrico. ¿Se cumple y es fiable?



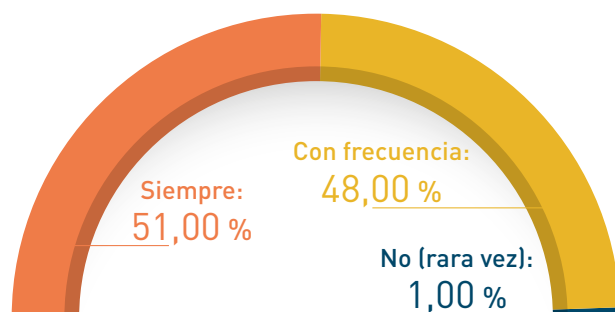
f. Motivo de alta. ¿Se cumple y es fiable?



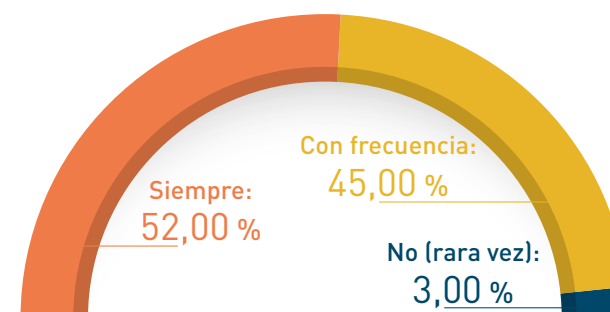
i. Resumen de las actividades asistenciales realizadas. ¿Se cumple y es fiable?



g. Diagnóstico principal y secundarios. ¿Se cumple y es fiable?

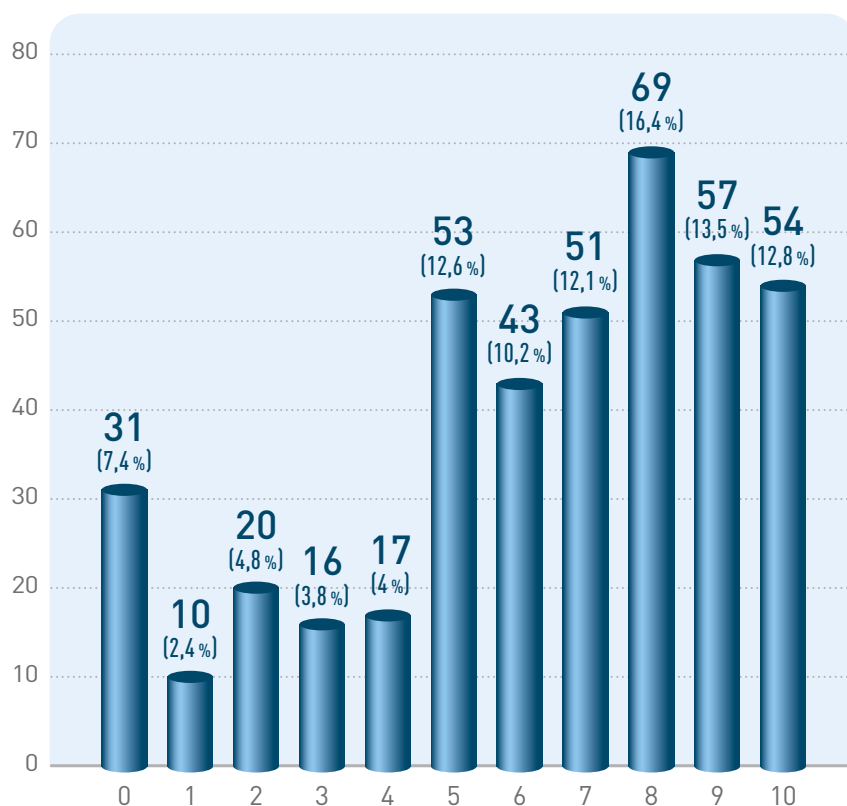


j. Recomendaciones terapéuticas. ¿Se cumple y es fiable?



4.6. Por favor indique el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

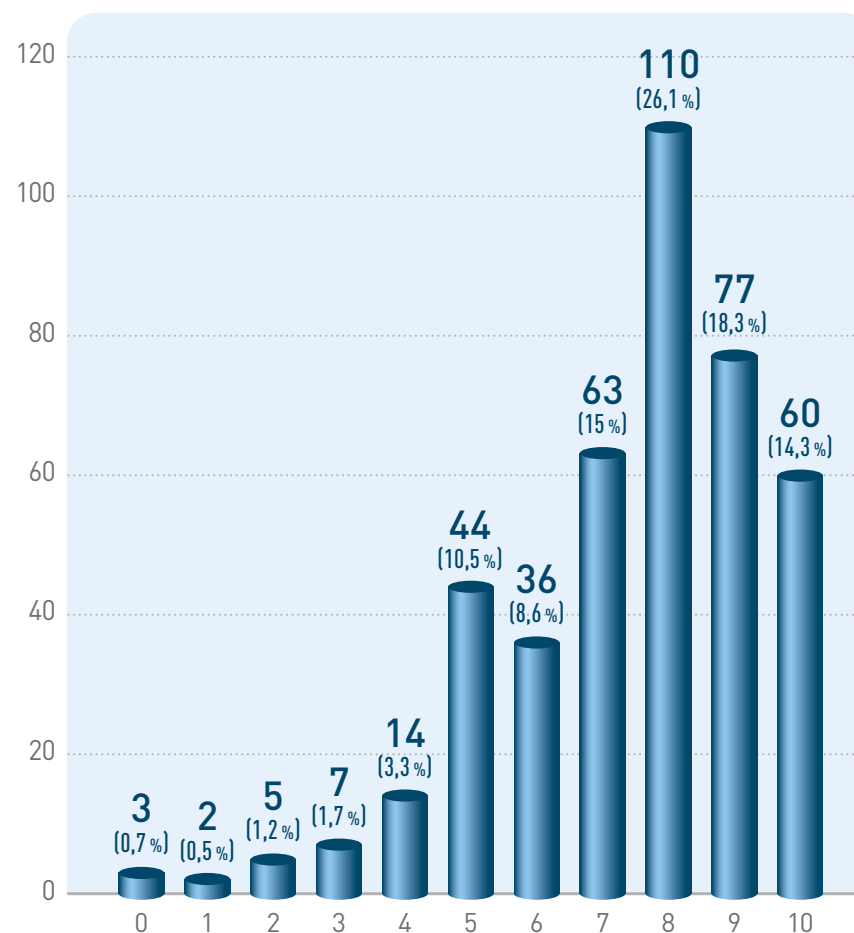
- a. El modelo de HCE de mi centro permite elegir los epígrafes y los datos que quiero que se vuelquen posteriormente en el informe de alta:



Media: 6,30

Desviación estándar: 2,93

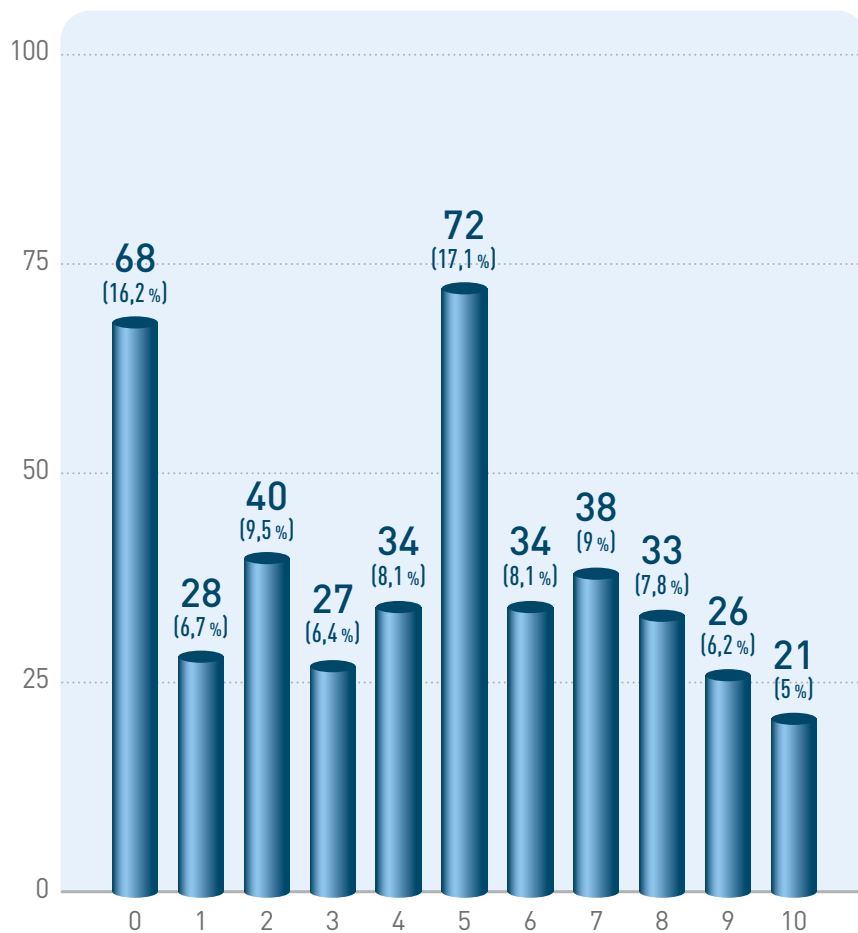
- b. En mi centro, la información registrada en el informe de alta se corresponde fielmente con la registrada en la HCE:



Media: 7,46

Desviación estándar: 1,99

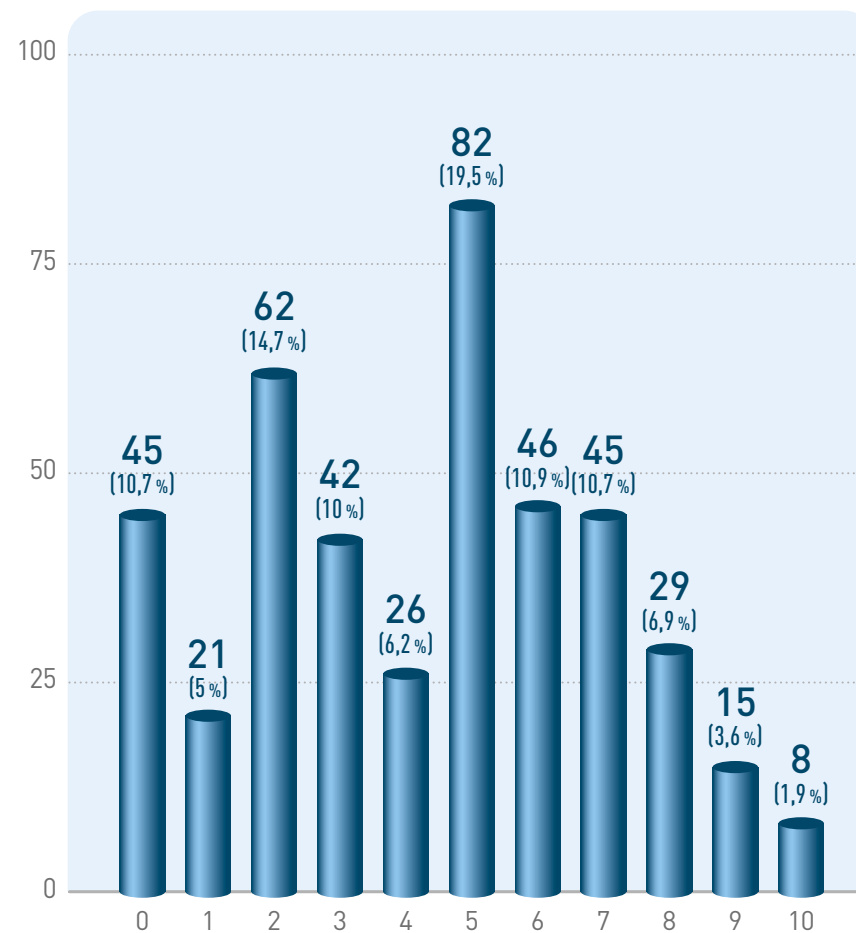
c. En mi centro se evalúa periódica y metodológicamente la calidad de los informes de alta:



Media: 4,43

Desviación estándar: 3,06

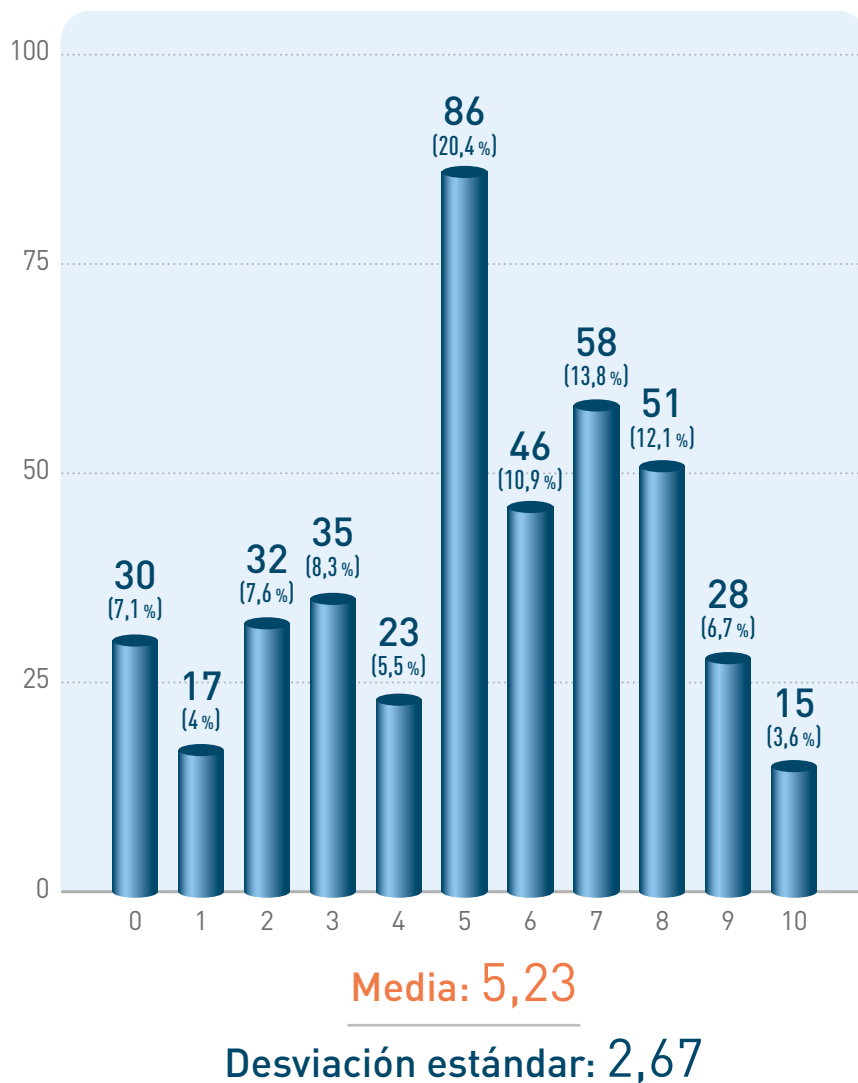
d. En mi centro el diseño del informe de alta ha tenido en cuenta la facilidad de comprensión para los pacientes:



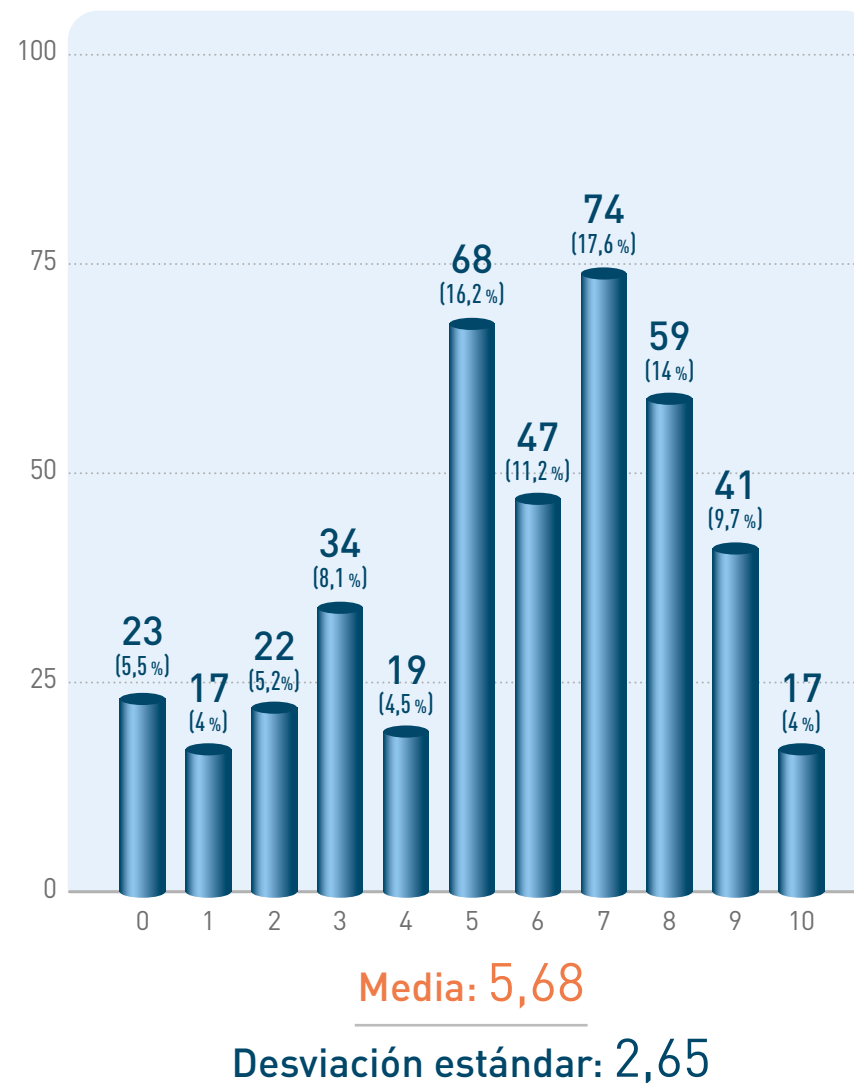
Media: 4,33

Desviación estándar: 2,65

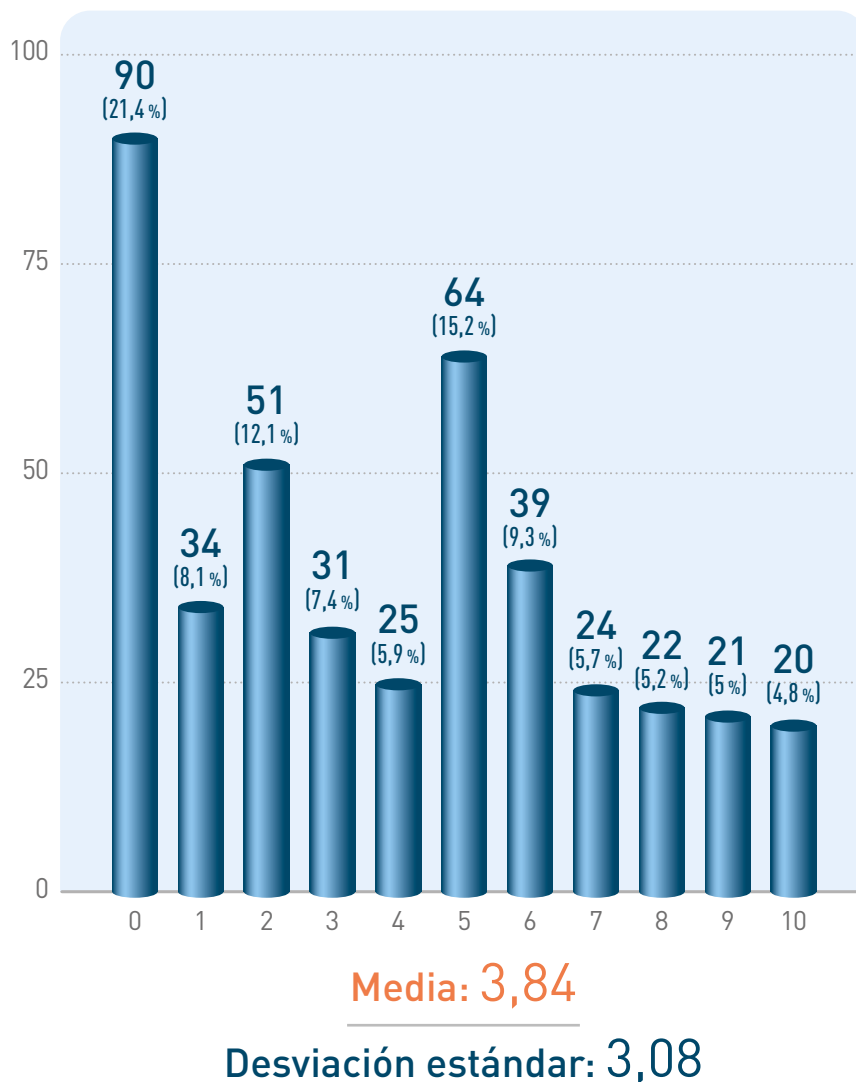
e. En mi centro, el diseño del informe de alta ha tenido en cuenta las necesidades y requerimientos de los médicos de atención primaria, para una adecuada continuidad asistencial:



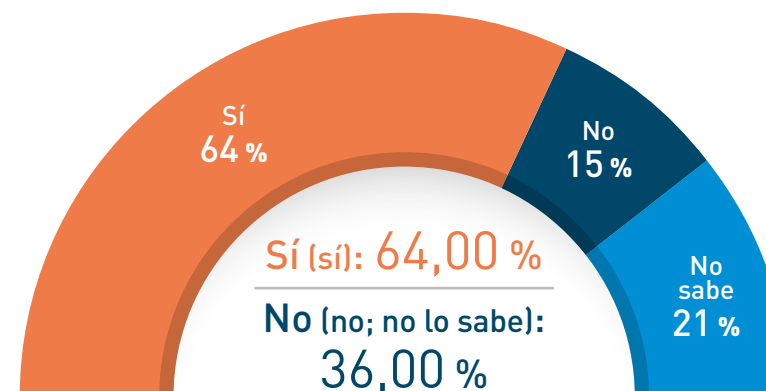
f. En mi centro se ha cuidado que el informe de alta sea comprensible por otros especialistas distintos al que lo ha elaborado:



- g. Es una política de mi centro evitar la utilización de siglas al cumplimentar el informe de alta:



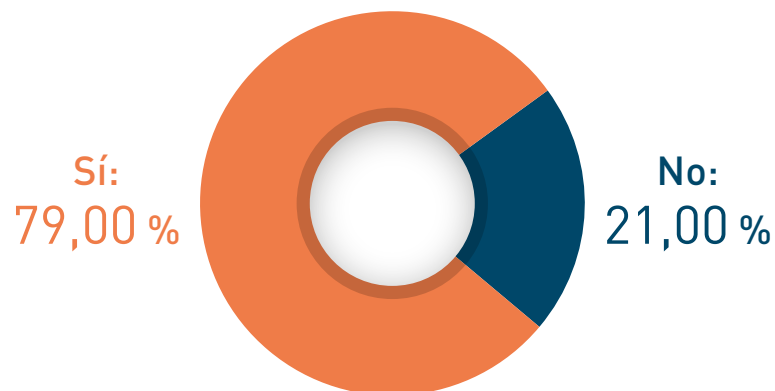
- 4.7. En el informe de Alta, ¿Hay posibilidad de omitir información delicada al generar informe de alta? (hábito tóxico, antecedente o diagnóstico):



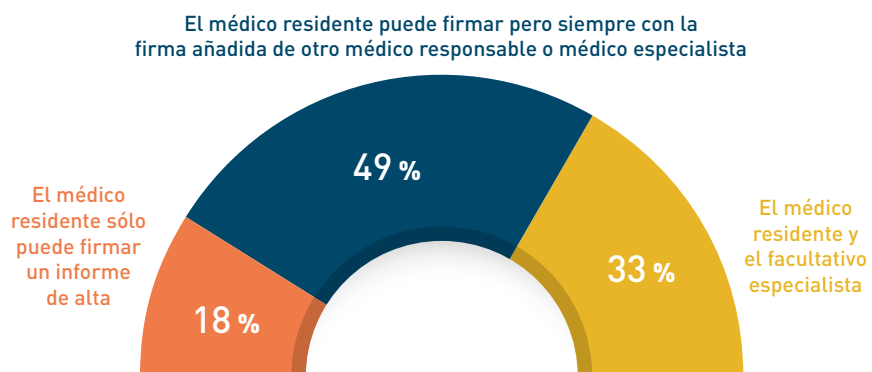
- 4.8. Una vez firmado/cerrado el informe de alta, ¿se puede modificar el contenido?



4.9. Si la respuesta es que, si se permite modificar el informe de alta, ¿se actualizará lo modificado en la Historia Clínica?



4.10. El médico residente puede firmar el informe de alta:

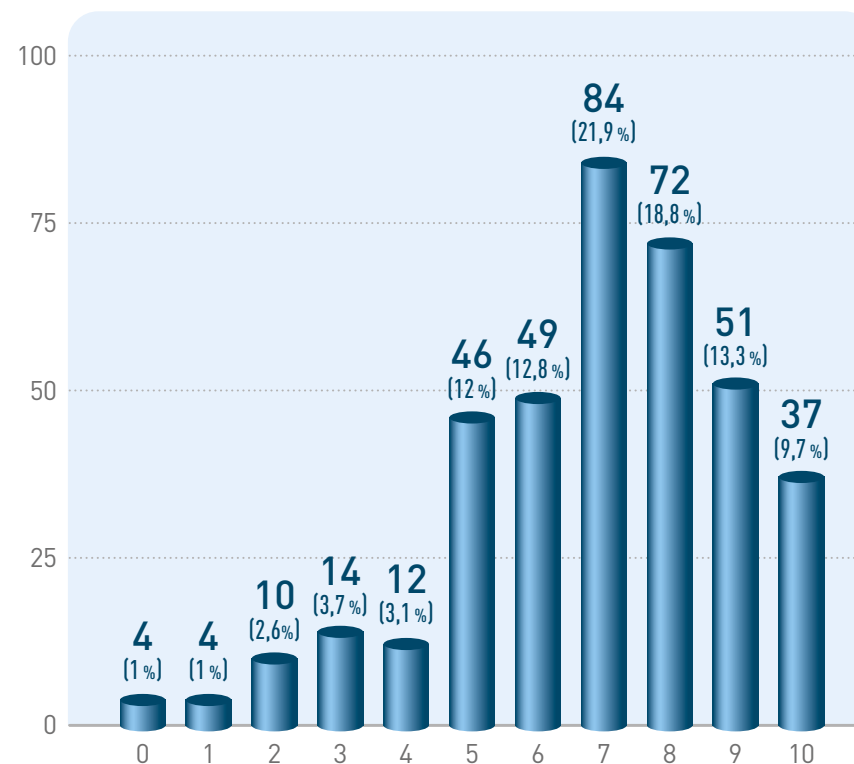


Sí (el médico residente sólo puede firmar un informe de alta; el médico residente y el facultativo especialista): 51,00 %

No (el médico residente puede firmar, pero siempre con la firma añadida de otro médico responsable o médico especialista): 49,00 %

5. Preguntas específicas para sociedades

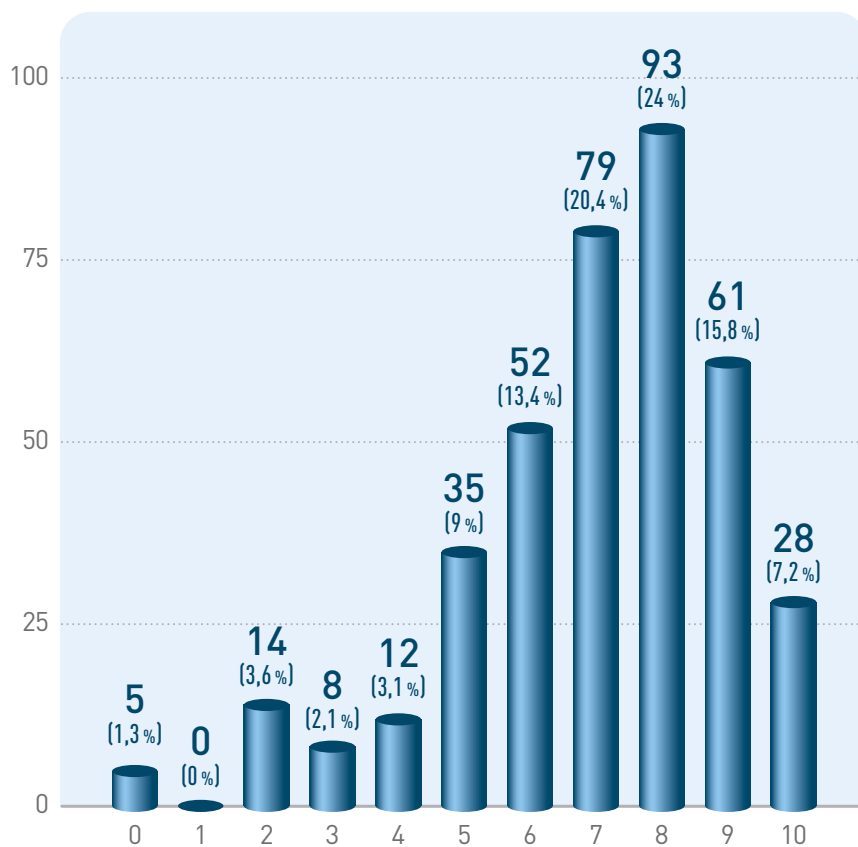
5.1. ¿En qué medida considera que el informe de alta es válido y suficiente para la codificación del CMDB del episodio hospitalario con la CIE-10?



Media: 6,87

Desviación estándar: 2,14

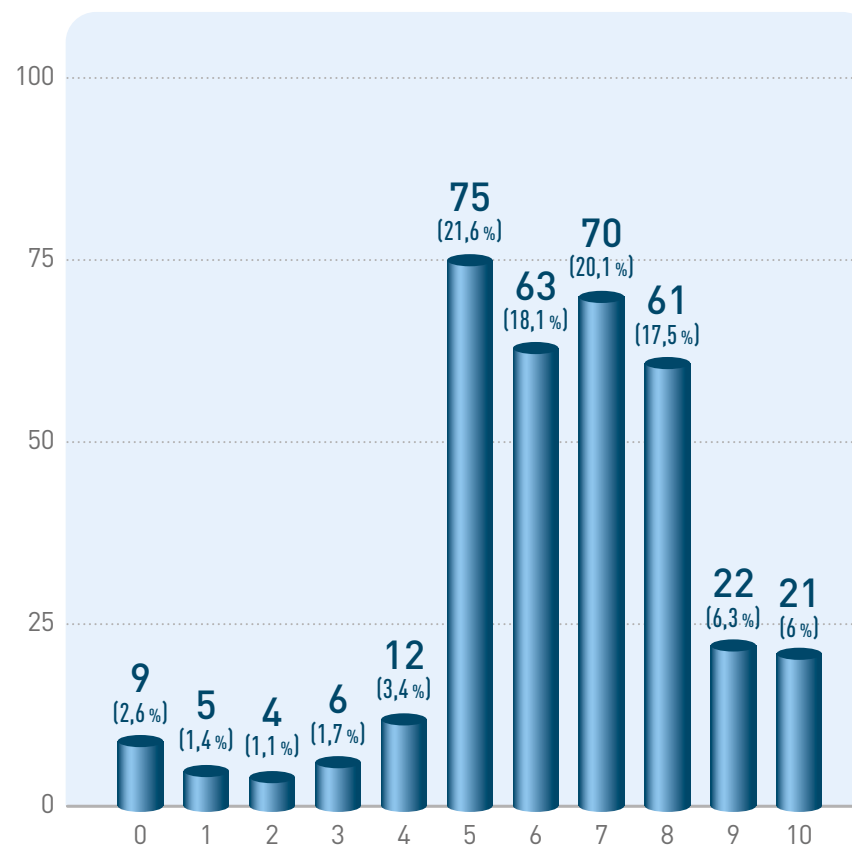
5.2. ¿En qué medida considera que el informe de alta es válido y suficiente para la gestión del seguimiento del paciente tras su alta hospitalaria?; citas de revisión, curas, interconsultas a otros servicios, citas con su médico de atención primaria, etc.



Media: 7,01

Desviación estándar: 2,04

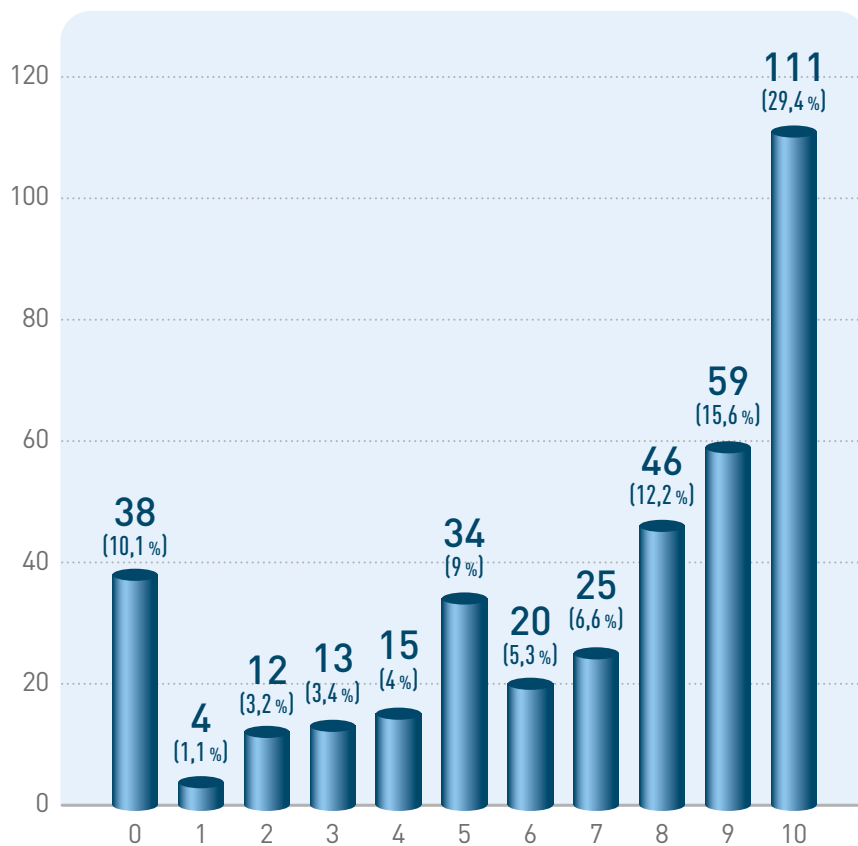
5.3. ¿Los informes recibidos por SIFCO (Sistema de información del Fondo de Cohesión), para el traslado del paciente a su hospital, en qué medida considera que son válidos y suficientes para poder realizar adecuadamente esta gestión?



Media: 6,37

Desviación estándar: 2,07

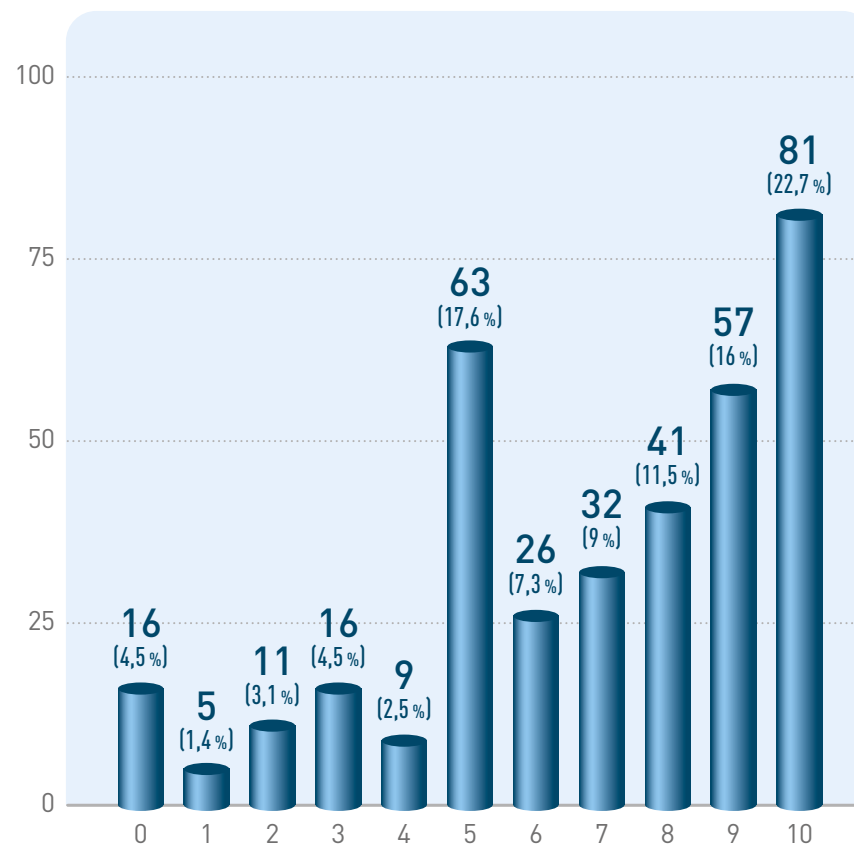
5.4. ¿Los pacientes de su hospital tienen acceso a sus informes de alta automáticamente, a través de la carpeta del paciente u otros mecanismos, de forma que no necesitan solicitar una copia a través de Documentación Clínica o Atención al paciente?



Media: 6,90

Desviación estándar: 3,29

5.5. ¿Hay establecido en su hospital algún procedimiento para cumplir los derechos ARCO-POL (Acceso, rectificación, Cancelación, Oposición, Portabilidad, supresión y limitación) pertinentes de los pacientes, sobre sus informes clínicos?



Media: 6,88

Desviación estándar: 2,82

5. COMENTARIOS

En el cuestionario se recogieron los siguientes comentarios que se transcriben literalmente:

RESPECTO A LA ESTRUCTURACIÓN DE LOS MODELOS DE INFORME, EN BASE AL REAL DECRETO 1093/2010, DE 3 DE SEPTIEMBRE

- La estructuración de los informes depende de la actividad del servicio. Y es más la calidad del dato que su cantidad.
- En el caso de enfermería alguno de los campos obligatorios no nos proporciona información importante para la continuidad asistencial del paciente en atención primaria y faltan otros que no aparecen.
- No conozco el RD, pero creo que los informes de alta deben estar cumpliendo con estos requisitos.
- Debe ser más operativo ya que las mejoras son todos anexos y conexiones con informe externos que enlentecen la realización de la historia clínica.
- Se pegan los informes completos, las analíticas con lo que el resultado es un informe de muchas páginas y difícilmente entendible.

- Este decreto deja de estar en vigor en el año 2025, por un decreto más actualizado.
- Se da relevancia únicamente a aspectos epidemiológicos y administrativos.
- Evitar “arrastre” de diagnósticos y procedimientos.
- El expediente electrónico nuestro es poco flexible en su estructura y para poder hacer cualquier modificación es complicado.
- Objetivos ligados a productividad.
- Es importante diferenciar a quién va dirigido el informe.
- Antecedentes personales muy extensos y sin relación con el episodio asistencial.
- Deben estar normalizados todos los informes en todos los centros.
- Codificación de diagnóstico al alta (solo se realiza gras hospitalización, no otros procesos).

- Historia clínica cambiada recientemente, producto mínimo viable, base SAP, muy rígida, poco intuitiva y lineal de momento. Está generando muchos problemas de seguridad del paciente, que ha habido que reforzar desde otras perspectivas.

- Falta mucho por mejorar.

- Aunque el diseño es adecuado no se utiliza adecuadamente. por el copia pega inoportuno, no correcta cumplimentación o importantes ausencias de información.

- Se deberían de distribuir entre los profesionales cuando se aprueban.

- Me resulta redundante y con apartados innecesarios. Y es poco funcional de cara al trabajo práctico.

- Reducir el uso de acrónimos y abreviaturas, no se describe siempre el tratamiento farmacológico completo al alta (nombre medicamento y pauta) si se trata de medicamentos que tomaba previamente el paciente en su domicilio (se deriva a AP para su conciliación).

- No está pensado para servicios quirúrgicos.

- La burocracia generada al respecto limita la fácil visualización de los campos principales del informe que contienen la información clínica principal, y provoca la generación de informes de 3-4 páginas.

- Hay que modificar el contenido de los apartados.

- Investigaré el real decreto, una infografía de la SEC sería útil.

- Pero el informe de enfermería al Alta no se respeta, tal y como propone el decreto, no se le da valor por parte de los responsables de la HCE ni de los gestores.

- Creo que los informes de alta en mi contexto son excesivos en extensión y contenido, llevan consumen mucho tiempo al médico y no reflejan (en su mayoría) el proceso de ingreso hospitalario ni las necesidades/objetivos del paciente tras el alta. Son una enumeración de pruebas sin que se sepa su porqué, un diagnóstico fundado en ellas y un tratamiento que, no recoge si cambia/modifica o anula el previo.

- Mejor diseño de códigos diagnósticos.

- Se debería adaptar a fuentes tipo AVACAR.

- Se prioriza un diseño de codificación, en un documento que debe ser fácilmente entendible por el paciente.

- Obligando incluir una parte de redacción propia. Facilitar poder incluir recomendaciones al alta.

- Hay algunos apartados obligatorios que no están incluidos en el decreto y enlentecen la atención y faltan algunos

elementos de ayuda (enlace con prescripción activa, resumen de antecedentes unificado...).

- Adaptar el informe de alta de enfermería al decreto.
- Necesidad de informes estructurados.
- Necesita adaptación de algunos apartados.
- Enlentece la atención, no es ágil ni práctico, fuente de errores al arrastrar contenidos...
- Mayor difusión de información clínica necesaria.
- Cumplimentar la estructura no garantiza la calidad del informe.
- Otros procedimientos me parece redundante.
- Se deberían cargar automáticamente fechas de inicio y final de tratamientos, recomendaciones al paciente, citas de revisiones pendientes... todo automáticamente.
- Debería incluir la información de enfermería y trabajo social, al menos.
- Cuando se modifique según el RD 2023 considero que será más adecuado.

- Se debe aligerar y hacer más comprensible para pacientes.
- Curso formativo obligatorio por parte del centro.
- Clínicamente no se incluyen los antecedentes o visitas anteriores en los informes de seguimiento en consultas.
- Inviabile y poco práctico.
- Se deberían estructurar las recomendaciones al alta.
- Diseño anticuado, con variación de plantilla según servicios y unidades, con diferente distribución de la información.
- Aunque he hablado con programadores del hospital los cambios son muy difíciles de implementar.
- Hay apartados que no aportan nada.
- Cada servicio hospitalario lo hace de una forma diferente.
- El informe de alta debe ser claro, con un tamaño de letra grande y claramente legible para los pacientes y familiares que muchas veces tienen problemas visuales. Creo que es preferible que sea completo y contenga toda la información mínimamente relevante (de cara a futuro no suele saber lo que acabará siendo relevante y cosas que en el momento de redactarla puedan no parecerlos pueden acabar siéndolo). Hay que eliminar la infinidad de

códigos numéricos y demás morralla que nos obligan a reflejar ahora y poner un texto bien escrito. Por parte del clínico debe escribirse con rigor y sinceridad, explicando la interpretación que se ha hecho del cuadro del paciente (hay que mojarse), para que en el futuro se le atienda mejor y se puedan detectar otros problemas o patologías.

- Una vez hecho el informe no sé puede modificar, lo que genera falta o error en informe final por pereza del personal empezar de nuevo a partir de cambios en el formulario inicial para generar el informe de alta.

- Cursos de formación y comisión HCE.

- Sería muy importante una historia electrónica única para todo el territorio nacional, o al menos de la comunidad autónoma, con unificación de las variables más importantes, que permita elaborar un informe de alta fácil de entender al paciente, con la información necesaria. Por otro lado, actualmente, duplicamos o triplicamos la información en varios programas y esto hace que perdamos tiempo y seamos poco rentables.

- En la comunidad autónoma y en nuestro centro en particular se han realizado acuerdos para el diseño de los informes.

- El volcado de los antecedentes es complejo. Hay que introducir el mismo dato en diferentes programas.

- El informe de alta acaba siendo un recopilatorio de exploraciones complementarias sin conexión, es excesivamente largo y a menudo carente de juicio clínico.

- Difícil adaptación en la codificación y ciertos campos obligatorios.

RESPECTO A LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTE CON ATENCIÓN PRIMARIA

- Falta la unificación de historia clínica entre primaria y todos los hospitales, utilizan muchos programas diferentes.

- Debería haber más información compartida disponible.

- *On time.*

- Acceso rápido y bidireccional de las prescripciones.

- Pues que, a veces sí que es útil, pero en otras no lo es tanto, no es algo constante que ocurra o se cumpla siempre ya que es operador dependiente.

- Mejorar los avisos a los profesionales de los informes en los pacientes de su cupo.

- Necesidad de Botón integrador.

- Continuidad asistencial, armonización terapéutica.
- Debe haber bidireccionalidad entre Atención Primaria y Hospitalaria.
- Alerta de alta para que lo sepa el médico y enfermera de AP, acceso desde AP a la HCE.
- Resumen evolución. Lista de problemas sin resolver. Cuidados al alta.
- Enviar el informe de alta al MAP.
- Se comparten informes de alta de episodios de consulta, quirófano e ingreso. Además, se comparten resultados de pruebas complementarias. Quedaría pendiente mayor transparencia durante los episodios y no solamente transferir la información cuando estos se cierran.
- Son programas distintos y cierta información no se vuelca.
- Acceso a medidas terapéuticas.
- Diagnóstico y tratamiento.
- Accesibilidad y garantizar continuidad asistencial.
- El médico de atención primaria no tiene tiempo para leer y entender un informe de 4 páginas.
- Informe de alta detallado, con evolución, procedimientos, tratamientos y problemas habidos durante el episodio.
- Comunicación automática de la existencia del alta y del informe al profesional titular del cupo de Atención Primaria.
- Establecimiento consensuado entre las partes implicadas para un correcto establecimiento de reglas/normas.
- Información completa de todo lo ocurrido durante la hospitalización.
- Facilidad de acceso a una información adaptada al receptor.
- Parámetros obligatorios pero seleccionados y muy simples de rápida visualización.
- Citas de seguimiento y tratamiento.
- Comunicación bidireccional entre ambos.
- Cita con su médico de familia directamente al alta hospitalaria en un tiempo corto para revisión del estado del paciente, actualización de medicación y seguimiento del cumplimiento terapéutico.
- Queda en manos del paciente realizar en muchas ocasiones la gestión de la cita con ap. tanto para continuidad asistencial como para gestión de incapacidad temporal.

- A veces son excesivamente largos y sin juicio clínico para que se comprendan las decisiones, el plan, etc.
- Si todos los servicios hospitalarios cumplieren con el Real Decreto 1093/2010 en Atención Primaria (AP) se podría acceder a la mayor parte de informes necesarios para un seguimiento adecuado desde la AP ya que no siempre se indica en el informe de alta. No obstante, desde mi punto de vista es imprescindible que aparezca el diagnóstico, tratamiento y situaciones de alerta (más o menos críticas) en las que el médico de AP debería estar atento por si el paciente requiere una nueva valoración urgente por el propio médico del hospital.
- La conservación de toda la información en la historia clínica tanto en el programa informático hospitalario como en el de Atención primaria y por igual.
- Citas, tratamiento y recomendaciones al alta.
- Curso clínico.
- Información pertinente accesible de forma fácil.
- Revisión exhaustiva por el personal responsable con tiempo suficiente para contrastar la información antes de entregar el documento al paciente, para evitar errores, falta de información o dudas que puedan surgir que suponga modificar el informe en lo posible (menos aún en boli o información verbal aclaratoria q no quede reflejada en ese informe).
- No se completan hechos como la evolución del paciente y posibles situaciones.
- Son dos programas informáticos distintitos, que no se fusionan.
- Muchos especialistas no describen antecedentes personales/demuestra, no describen la evolución, no describen procedimientos adicionales, complicaciones, infecciones durante el ingreso, otras comorbilidades... Las áreas quirúrgicas siguen teniendo los informes más “escuetos”, poco informativos. No dan indicaciones de cómo y cada cuanto curar herida quirúrgicas.... Nada.
- Acceder a toda la información.
- Como he dicho anteriormente, creo que los informes de continuidad de cuidados deberían ir en la línea de lo que hemos conseguido con el paciente y seguir trabajando en esos objetivos en salud.
- No hay donación al sistema de primaria de toda la información hospitalaria precisando acceder directamente al historial hospitalario.
- Los médico de AP reciben alerta del alta de un paciente de si cupo, pero no tienen rutas establecidas para seguimiento del paciente de forma automatizada, salvo que el paciente sea el que solicita la cita con él en las 2 primeras semanas.

- La información sobre continuidad de cuidados y la conciliación de fármacos suele ser escasa y confusa.
- La claridad de la información, así como el histórico de visitas.
- Solo se vuelcan Inf. de alta firmados, luego de las patologías en curso muchas veces no visualizan la información necesaria para el seguimiento.
- Comunicación fluida con AP.
- En algunos informes de cuidados falta información.
- Es el profesional de Atención Primaria el que debe buscar o indagar la información de interés a través de los sistemas de HCE resumida.
- Todos los informes de alta a la vez que se firman por el médico, llegan a la propia historia de Atención Primaria lo que no quita para que sea mejorable.
- El tiempo en generar informes y la estructura lleva a extensos informes con datos de los que luego es difícil extraer información.
- Debería haber algún sistema que le salte al MAP de que el paciente ha sido dado de alta, pero estratificando el riesgo que tiene es decir según la gravedad de la patología por

la que ingresa y según la precocidad de revisión que debe tener en primaria.

- Creo que les salta solo que han sido dados de alta, pero con la misma importancia una gastroenteritis que un infarto y eso dificulta la rapidez con que en primaria puedes establecer un seguimiento.
- Envío sistemático de los informes de alta hospitalaria al médico de familia responsable. Planificación de seguimiento atención hospitalaria/atención primaria coordinados en las principales patologías.
- Objetivos a cumplir en primaria y tiempos de espera en primaria.
- Los programas de los dos niveles asistenciales “se hablan” pero son DITO no completamente integrados en HCE. Tendríamos que utilizar la HCE de la misma forma.
- Diagnóstico bien definido y plan terapéutico y de seguimiento.
- De alguna manera, el paciente al salir de alta del hospital, debería tener las fechas exactas con todas las revisiones que precise, ya sean de Atención Primaria, nuestro servicio u otras especialidades.
- La continuidad de cuidados que lideran las enfermeras no tiene correspondencia en el valor de su información

clínica, tampoco en la emitida por las enfermeras gestoras de caso.

- No existen buenos documentos integradores de los procesos que identifiquen de manera fehaciente a los actores: enfermera responsable del paciente en el Hospital. intervención de la gestora de casos, o de los fisioterapeutas.... esto cambia radicalmente en CMBD y los costes....cálculo de los GRD.....un diagnóstico médico por sí solo no habla de costes reales de cosas como el entrenamiento para el autocuidado que hacen las enfermeras por ejemplo.
- Falta comunicación con Primaria, se deja la responsabilidad al paciente.
- Actualización terapéutica y valoración de aspectos de seguimiento clínico.
- Citas pendientes no adecuadamente formalizadas.
- Solo se transmite el informe de alta.
- No se comparte toda la información.
- La continuidad asistencial no está normalizada para toda la región.
- A veces existen errores de comunicación con el volcado de informes y también puede haber errores con el alta de

tarjeta sanitaria en pacientes de nueva incorporación o recién nacidos.

- Al menos debería garantizarse la seguridad del paciente polimedcado.
- Diagnósticos principales y secundarios. Citas de seguimiento en el ámbito hospitalario . Con fecha y hora. Duración de tratamiento farmacológico.
- Falta de respuesta del médico especialista en algunos casos.
- Plan terapéutico recomendado, plan de trabajo social, consultas externas programadas, cambios tratamiento y seguimiento, tratamiento y seguimiento.
- En muchas ocasiones indican que no pueden acceder al metabuscador de informes donde se alojan. Habría que simplificar sistemas y trabajar todos en el mismo entorno.
- Unificar la información del paciente: que el acceso a esta información sea directo en la propia HCE de AP del paciente y no a través de herramientas secundarias.
- Consensuar información clave a transmitir y evitar abreviaturas.
- Mayor facilidad para el intercambio de datos relevantes del paciente.

- Tendría que volcar toda la información de un sistema al otro.
- Informes mas resumidos destacando aquello que queremos que se controle en AP.
- En el hospital hay muy poco acceso a la historia de primaria y de otros centros.
- Todo lo que sea clave para la salud del paciente: antecedentes, pruebas realizadas (insuficiencias), informes de Enfermería, evolución...anatomía.
- Desde el programa informático de atención primaria no se tiene acceso a la historia clínica hospitalaria, deben abrir otro programa y acceder con otras claves (que no siempre ni todo el mundo tiene habilitado) de tal manera que, si por ejemplo en un informe de alta se resume el plan terapéutico de un paciente, pero se omiten las conversaciones que se tuvo con la familia o el paciente, su médico de familia no tendrá toda la información. Además, no existe un canal de comunicación fluido entre primaria y hospitalaria así que, si desde hospitalaria quisiera contactar con su médico de familia, tengo que conseguir su número personal o su email para poder explicar detalles que no hubieran quedado claros en el informe de alta, cosa que no siempre se puede conseguir y desde luego no es una praxis ni fácil ni correcta.
- Debe reflejar claramente el estado clínico del paciente al alta en casos que han sido de gravedad o cuando se tra-

ta de pacientes complejos. Creo que es positivo que (con delicadeza y siempre respetando su criterio) se sugiera al médico de cabecera el tipo de seguimiento que debe hacer y qué tipo de ajustes de tratamiento puede precisar el paciente, así como sugerir actitud a seguir en caso de nueva descompensación de la misma patología (si derivar a CCEE de especialistas o para ingreso, si debe valorarse adoptar una actitud paliativa...).

- Primera revisión.
- Deberían ser más explícitos en cuanto a objetivos de seguimiento en ambulatorio.
- la conciliación médica, el seguimiento del proceso.
- Podrían tener acceso a los evolutivos de la consulta y no solo a los informes cerrados.
- Facilitar cauces de comunicación ágil con revisiones periódicas de pacientes crónicos complejos.
- Recomendaciones terapéuticas y seguimiento concreto.
- Información unificada 100% a través de historia clínica única.
- Los de primaria pueden leer la historia completa del hospital, no así los del hospital la de primaria.

- Indicaciones tratamiento y revisiones.
- Que tuvieran acceso a la historia completa y formularios.
- Integración de sistemas de registro.
- Garantizar diagnóstico principal claro y recomendaciones sobre cuidados (dieta, tóxicos, curas), tratamiento y citas de seguimiento.
- Puntos críticos a vigilar. Forma de contactar con la enfermera o médico que lo van a llevar o han llevado. Implicación del paciente en su proceso.
- Formació del professional per a que en la HC o en les dades de l'assistència incloses les d'infermeria figure tot en llenguatge natural i tècnic per tal de ser coherent en la codificació dels informes (variables del CMBD).
- Alerta sobre alta hospitalaria e informe de alta.
- La claridad en el diagnóstico y ajuste de tratamiento al alta.
- Falta comunicación entre atención primaria y especializada. Cuesta mucho trabajar en equipo, por ejemplo, para ver resultados pendientes. Médicos de familia te dan cita para dentro de 15-20 días, lo que dificulta mucho el seguimiento del paciente al alta.
- Deberíamos utilizar el mismo entorno de historia clínica informática, en mi comunidad vemos solo una parte de su historia y de forma poco operativa.
- Obligación de realizar informes asistenciales en consultas externas.
- Las distintas aplicaciones usadas por cada nivel asistencial con la falta de tiempo hacen que muchas veces esa información se pierda.
- El acceso a la historia clínica del paciente, desde entidades privadas, públicas o consultas privadas.
- La información transmitida en el informe de alta suele ser muy resumida. Creo que debería ser más extensa y completa, para mejorar la continuidad asistencial: Notas clínicas. Motivo de consulta, pruebas y tratamiento, diagnóstico final. Difusión de estos derechos. Diagnóstico claro, tratamiento y planificación clara de seguimiento de visitas (quien y cuando) y pruebas complementarias. Información no se actualiza con la regularidad necesaria, como antecedentes.
- Cuidados y seguimientos por MAP y otros especialistas. Control de interacción de farmacia.

RESPECTO A ASPECTOS CLAVE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ALTA

- Debe quedar claro los diagnósticos y procedimientos realizados y detectados durante el ingreso y sería extremadamente útil conocer la fragilidad con la que ingresa el paciente y con la que se va de alta dado el importante valor pronóstico que tiene la fragilidad. También sería útil que en los casos de fragilidad moderada o severa se pudiera añadir algún plan de cuidados de final de vida en caso de las previsibles complicaciones y saber hasta dónde se tiene que llegar instrumentalmente con el paciente en caso de ser derivado a urgencias o recogido por el SEM en domicilio, sociosanitario o residencia o si existe algún tipo de adecuación del tratamiento del soporte vital o de documento de voluntades anticipadas.
- Un informe que oculta errores no solo desacredita al personal responsable, sino que pone en riesgo futuros pacientes al no permitir mejoras reales en los protocolos. La asistencia no mejora, la calidad y la seguridad de paciente es una pantomima. Estamos rodeados de expertos en calidad y atención a las personas que solo se hacen fotos. Esta encuesta y en estos foros deberían estar los pacientes y decirnos que esperan de una atención de calidad en vez de regalarnos lo oídos unos a otros. La calidad no se mide con estándares sino con sentimientos de personas a las que cuidamos y a sus familias.
- Formación de facultativos asistenciales: p.ej. algunos tienen el criterio de que el Diagnóstico Principal es el de mayor impacto en lugar de aquél que motiva el ingreso, otros, a veces, no son lo suficientemente específicos en los diagnósticos de cara a su codificación.
- Que se evalúe la calidad de los datos, que se evite la posibilidad de copiar y pegar porque se evitarían errores por falta de revisión del resultado final y que se fomente un lenguaje comprensible para los pacientes.
- Reducir el uso de siglas, reducir el uso del cut and paste mediante interfaces más inteligentes, añadir recomendaciones para pacientes en lenguaje comprensible (podría ser realizado por la Gen AI), establecer políticas de calidad y auditora de los informes, mejorar la integración de primaria por continuidad asistencial.
- Estandarizar los apartados mínimos que debe tener el informe de alta.
- Seguir reforzando la calidad de la información clínica del informe de alta y la Historia Clínica. Abordar la cumplimentación de informes de consultas externas.
- Se necesita interoperabilidad de los sistemas de información para evitar la fatiga del profesional ya que en el momento actual hay datos necesarios que hay que buscar en varios lugares.

- Los informes de alta actualmente son infumables por el problema del corta y pega de absolutamente todas las analíticas e informes de exploraciones realizadas. Es frecuente informes de 3 y 4 páginas. Esto es intolerable. Normalmente no existe un resumen de que es lo que le ha pasado al paciente, que es lo que se le ha hecho, cuales son las recomendaciones al alta y que cuidados o procedimientos tiene post hospitalización.
- Docencia y compromiso de no poner un síntoma como diagnóstico al alta (sobre todo en Urgencias). Facilitar volcar analíticas resumidas y otras pruebas complementarias en informe de alta. Introducir obligatoriedad de emitir un juicio clínico actualizado por especialidad cada vez que se atienda a un paciente, de esta forma podríamos disponer de unos antecedentes actualizados por cada especialidad correspondiente, facilitando la elaboración de historia clínica.
- Tiempo para hacer informes.
- Algunos contenidos del informe de alta se solapan con los del informe de cuidados de enfermería, que también se entrega y se emite en el mismo momento. Con que estén en uno de ellos es suficiente.
- Los informes de alta deben ser entendibles tanto por los pacientes como por el resto de profesionales que lo lean.
- Es muy importante q los facultativos comprendan la importancia del informe de alta y su repercusión tanto en los pacientes, sus familias, resto de profesionales y también, y muy importante, como recogida de datos para el análisis de la actividad.
- Facilidad de uso, integrar funciones de inteligencia artificial para resumir: 1) que estuvieran codificados y con información explotable 2) Información simplificada y con los datos trascendentes para el seguimiento 3) Actualización automática de antecedentes tras episodios recurrentes 4) Correlación y captura automática del tratamiento prescrito con receta electrónica ... y mil cosas más...
- Trazabilidad de quien accede al historial.
- En seguimiento ambulatorio, la prescripción farmacológica obliga a asociar diagnósticos poco convencionales de carácter redundante que complican el historial de pacientes comorbidos especialmente.
- Obligatoriedad de rellenar los campos correspondientes para poder generar un informe, preferiblemente en forma de formulario del que se puedan explotar datos posteriormente.
- Me parece indispensable la calidad del informe de alta. Algunos informes de alta se limitan a hacer copia pega de todas las pruebas realizadas en el hospital sin ningún

criterio. Es complicado trabajar de esa manera. á veces se pueden pasar por alto información esencial, debido a que los informes llegan a tener hasta 14 páginas. Sería recomendable realizar los informes para la comprensión de todos los profesionales que atienden a ese paciente, y sobre todo para el mismo paciente.

- Puntos críticos: redacción correcta, clara y resumida. Evitar abreviaturas, al menos en el diagnóstico al alta. Evitar comentarios en los que se “ordene” realizar actuaciones a otros profesionales. No incluir comentarios personales. No confiar en que otros compañeros van a poder ver los informes en la historia electrónica, porque no siempre es así. Otros comentarios: Existe una recomendación de seguridad generalizable en la Comunidad de Madrid, en la cual participé, en la que se explicaban todos estos puntos críticos y se aportan soluciones.

- Evitar siglas lo máximo posible.

- Especificar el motivo de ingreso.

- Diagnósticos exhaustivos y múltiples sin tener relación con el episodio asistencial.

- Abuso de copia y pega.

- 1.- Redactarlas “de novo” al alta del paciente sin utilizar “corta y pega”. 2.- Información más resumida, con-

cisa y clara de las exploraciones. 3.- Resumen final de cuatro líneas en el que quede claro lo que se ha hecho, porqué se ha hecho y se plantee el seguimiento. 4.- El tratamiento farmacológico debe ser escrito clara e íntegramente. No sólo las modificaciones al previo y “resto igual”.

- Debería existir un modelo único a nivel nacional, que permitiera codificar información y extracción automática de indicadores, accesible para todos los sistemas de salud de todas las comunidades e incluso para hospitales privados.

- Tienen que simplificarse los informes de alta para facilitar su lectura e interpretación en los diferentes entornos asistenciales. Tienen que tener juicio clínico para que además de saber lo que se ha hecho se identifique la situación clínica del paciente, el plan a seguir y los razonamientos que han llevado a las decisiones que se han tomado con lo que deberían incluir un apartado final de conclusión o resumen breve del paciente, del ingreso y del plan al alta. Se tiene que especificar muy claramente el plan terapéutico.

- El informe de alta hospitalaria debería estar más orientado a la comprensión del paciente y se deberían traducir muchos de los términos empleados poniéndolos con llamadas o entre paréntesis. Este tema debería tenerse mucho más en cuenta.

- En relación a los puntos 3.2. y 3.3 si se puede recuperar la información indicada pero suele estar dispersa en notas clínicas que hace difícil y compleja su búsqueda.

- Historia Clínica Electrónica universal para todo el SNS en España.

- La redacción de los informes es a menudo deficiente. Se utiliza excesivamente el corta y pega o el volcado de informes de laboratorio completos o de exploraciones complementarias, cosa que dificulta la lectura. A menudo, la tipografía no es la misma en todo el informe, y se usan en exceso los acrónimos y tecnicismos, imposibilitando así la comprensión por parte del paciente.

- Actualización de informe junto a receta electrónica.

- El informe de alta a veces no se da al paciente y se le refiere que le llega a su médico de AP.

- En la historia clínica hay una parte de documentación escaneada, de regular calidad y acceso. Hay especialidades que no suelen describir antecedentes, comorbilidades. En actas quirúrgicas hay a veces codificaciones de los procedimientos raros que nadie revisa/corriges. Hay datos que piden desde ministerio para IQZ, que nadie documenta.... Hay mucha área de mejora.

- Los informes de alta deberían tener una estructura homogénea y utilizar SNOMED-CT.

- Los informes de alta de cuidados de enfermería deben considerar el plan de cuidados, los NIC y los NOC. Los NOC nos hablan de los resultados en salud, que en realidad son PROM. Esto debería quedar muy claro en el informe de alta para poder seguir trabajando en primaria en esa línea.

- Debería haber una comunicación mucho más fluida con primaria, de hecho, incluso sería beneficioso que pudiera haber cierta rotación de personal entre primaria y especializada, en las especialidades médicas y de enfermería.

- Que se realice siempre y que incluya los puntos principales del decreto.

- Se deben dar normas de buenas prácticas en el informe evitando los corta y pega de analíticas, informes enteros de pruebas para hacer un informe más resumido.

- Digitalización de todas las pruebas complementarias, incluido el ECG.

- Formación al médico, Auditorías periódicas por el área de calidad de datos, feedback a los médicos.

- Debería existir formación sistemática y obligatoria en cumplimentación de documentos clínicos y aspectos legales de los mismos dirigida a todos los profesionales que realizan o incluyen documentos en la historia clínica de los pacientes.

- No se hacen todos los informes de alta, o no se firman, se abusa del copia/pega con el peligro que supone y no hay cultura sobre apartados, contenido y a quién va dirigida la información de alta.
- También hay desconocimiento de la legalidad vigente y la importancia y obligación de hacer un buen informe de alta hospitalaria.
- Los informes de cuidados de enfermería no siempre contienen todos los apartados necesarios para cumplir los criterios de calidad. Deberíamos llegar a un consenso y cumplirlo.
- Procesamiento de lenguaje natural con sistemas de reconocimiento de voz para poder dictar.
- Deben de ser más legibles y entendibles por los pacientes. Alguna tecnología tipo IA debería transformar automáticamente el informe de alta en algo que los pacientes puedan entender.
- En Asturias todos los informes están normalizados y en todos los hospitales se gestionan de la misma forma y están ajustados al CMDIC, tanto en ítems como en formato, independientemente de opiniones subjetivas que se puedan expresar, ya que se ha hecho centralizadamente.
- Estandarización en la codificación de diagnósticos. Evitar el uso de siglas/acrónimos en los diagnósticos. Protocolizar

las recomendaciones al alta en algunas patologías (p. ej. tras síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca, etc.).

- Se debería contar con un informe de alta predefinido con los apartados claves que tiene que contener.
- Que de forma automática quede registrado todos aquellos médicos que entren en el informe de alta y lo modifiquen, así como su número de colegiado.
- Que se permita poder extraer de la historia clínica aquella información relevante para no tener que copiar ni pegar diagnósticos, plan terapéutico...
- Se debería poder explotar datos y realizar revisiones de calidad anuales, sobre la calidad de los informes de alta.
- Falta de historia clínica unificada entre los hospitales de la CAM y su falta de integración con atención primaria.
- Personalmente no me gusta tener que ser un modelo estricto o definiciones encasilladas. Creo que cada uno debe tener libertad en su forma de hacer su informe de alta.
- Sería interesante valorar la posibilidad de elaborar los informes de alta con inteligencia artificial, por la carga de trabajo que se ahorraría. En la actualidad los tiene que elaborar el facultativo sin asistencia de personal administrativo.

- Imprescindible un juicio clínico breves y conciso y siempre establecer un plan de seguimiento para que quede claro tanto al paciente como a los médicos que les verán después.
- Conciliación de tratamientos.
- Establecer MACROS para facilitar información a los pacientes y que sean comunes a todo el ámbito del sistema sanitario, para unificar información al alta.
- El tema codificación es extremadamente importante y muy complejo. En mi CCAA además, que es uniprovincial, existen dos sistemas diferentes para hospitales y un tercero para AP. Esto dificulta en gran medida un funcionamiento eficiente.
- Establecer el diagnóstico principal solo relacionado con el motivo de ingreso, consensuado por proceso asistencial que facilite la labor del documentalista.
- Reducir la extensión y el contenido. Las pruebas complementarias cuelgan independientes en la HCE.
- Incluir un resumen al final de 5 líneas que recoja lo esencial del ingreso.
- En el tratamiento establecer claramente qué pasa con el que tomaba previamente.
- Incluir los objetivos que tiene que perseguir el paciente de forma clara.
- Incluir la información de quién le va a hacer el seguimiento al alta, evitando frases de “citarse con...” y si va a ser en el mismo servicio, entregarle una cita o dejar pendiente una cita en buzón.
- Añadir un informe de continuidad de cuidados por parte de enfermería con recomendaciones de vida: cuando conducir, qué comer, etc..., incluyendo también los objetivos y programando una cita con la enfermera de su centro de salud (<5 días) que será el enlace con su médico de familia. En cualquier alta.
- Homogeneizar los diagnósticos y mejorar su codificación
- A ustedes no les interesa la información clínica que emiten las enfermeras, que por cierto son responsables de los cuidados que reciben los ciudadanos y al alta, quienes realizan atención domiciliaria y continuidad de cuidados. No solo los médicos deben emitir informes.
- Estamos en el siglo XXI, tenemos EPAs, Enfermeras especialistas....con conocimiento y criterio clínico diferenciado de los médicos.
- En mi Comunidad autónoma cada centro hospitalario tiene una historia clínica diferente que no se comunican en-

tre sí y tampoco con primaria. El visor utilizado sólo permite ver unos tipos de informes (alta, urgencias y sólo en algún caso consultas externas). Hay dificultad para hacer continuidad asistencial. El tratamiento actualizado es un punto crítico con los informes.

- Debería ser obligatorio un resumen de como máximo una página que incluya motivo ingreso, evolución diagnósticos y tratamiento
- Habría que tener una codificación más actualizada tanto en diagnóstico como en procedimientos.
- Mejorar la transferencia de dato de CMBD entre comunidades y ministerios (el sistema es diferente en Galicia que en el ministerio) y eso dificulta el envío.
- Es necesaria una normalización de contenidos y una codificación de procedimientos, diagnósticos, alertas, alergias, etc., en todos los centros.
- Es de vital importancia que las historias estén normalizadas, y que los informes se puedan elaborar desde otros objetos clínicos primarios por ejemplo formularios bien estructurados y que los informes no permitan la edición libre; ya que en ocasiones se alimentan los informes de información de interés no volcada de dichos objetos que no queda reflejada en otro apartado de la historia, perdiéndose el histórico de la misma.

- Considero que el estudio quiere identificar un problema en un ámbito, pero quizá se echa en falta que la problemática real de los documentos clínicos que afectan a la asistencia prestada, según el CMDIC en el Sistema Nacional de Salud realmente es: 1. Informe clínico de alta. 2. Informe clínico de consulta externa. 3. Informe clínico de urgencias. 4. Informe clínico de atención primaria. 5. Informe de laboratorio. 6. Informe de resultados de pruebas de imagen. 7. Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas. 8. Informe de cuidados de enfermería. 9. Historia clínica resumida. No quiero decir con esto que el estudio no esté bien definido, pero el problema es mucho mayor que el analizada, especialmente en ámbitos como la consulta externa que por regla general inducen asistencia y prescripciones en atención primaria y no hay ni una codificación de lo que está pasando.

- Sería interesante poder generar una plantilla de informe de alta y un formulario de recogida de datos de Historia Clínica único para todos, y que luego cada centro pueda añadir campos si los necesita, pero para homogeneizar deberíamos tener esta plantilla.

- Formación en codificación.

- Me parece crítico mejorar la usabilidad de las HCE para que se adapten al trabajo de los profesionales sanitarios y no al revés. Actualmente parece que su diseño responde más a criterios administrativos que a la necesaria usabili-

dad por parte de los que al final somos los usuarios finales. Al mejorar esto, probablemente mejoren muchos problemas de cumplimentación, codificación y estructuración de los datos.

- Evitar abreviaturas, evitar copiar si la fuente primaria no está accesible.
- Evitar el copia pega de un antecedente a otro de un mismo paciente, y comprobar siempre los datos que se registran en cada acto clínico. Uso de formularios para poder explotar datos para investigación. Incrementar la coparticipación de la HCE de atención primaria de forma bidireccional.
- Nuestra experiencia es que el hecho de no contar con los servicios de documentación clínica en el diseño y estructura de la HCE (solo con informáticos) ha dado como resultado una HCE farragosa, nada intuitiva, difícil de cumplimentar, con dificultad para encontrar la información y donde no están integrados los resultados de las pruebas complementarias: analítica, iconografía, pruebas cardiológicas, neumológicas, digestivas, etc.
- Se arrastran errores por el copia/pega. ¿Todo lo que aparece es necesario? (datos sensibles).
- Mucha de la información depende del software que uses, dependiendo a veces, que los resultados sean volcados

uno a uno por el médico, por lo que se omite mucha información que puede ser útil en el futuro...

- Enlaces directos al evolutivo de ingreso para profesionales de AP. En ocasiones mejora la atención extra hospitalaria conocer las incidencias acaecidas durante el ingreso.
- Esta debería incluir toda la agenda de citas especializadas post ingreso para evitar la recitación por primaria y el contacto con los profesionales de especialidad para garantizar la coordinación primaria-hospital.
- En caso de necesitar reingreso debería agilizar se las vías alternativas para evitar el colapso de urgencias hospitalarias y el riesgo de infección nosocomial.
- Habría que primar aspectos de IA para automatización, disminuir la carga administrativa y priorizar los aspectos clínicos.
- El informe de alta debe ser claro, con un tamaño de letra grande y claramente legible para los pacientes y familiares que muchas veces tienen problemas visuales. Creo que es preferible que sea completo y contenga toda la información mínimamente relevante (de cara a futuro no suele saber lo que acabará siendo relevante y cosas que que en el momento de redactarla puedan no parecerlos pueden acabar siéndolo). Hay que eliminar la infinidad de códigos numéricos y demás morralla que nos obligan a

reflejar ahora y poner un texto bien escrito. Por parte del clínico debe escribirse con rigor y sinceridad, explicando la interpretación que se ha hecho del cuadro del paciente (hay que mojarse), para que en el futuro se le atienda mejor y se puedan detectar otros problemas o patologías.

- No usar el corta y pega en los informes de alta. Usar datos en el informe actualizados y no duplicados.
- Evitar siglas.
- Describir en el apartado de evolución todos los eventos que han ocurrido durante la estancia hospitalaria del paciente.
- Los informes de alta creo que mi centro tienen mucho margen de mejora para hacerlos más útiles para pacientes y resto de facultativos. Parte del problema es del programa informático, que debía captar y volcar la información de forma más fácil y comprensible lo cual imagino tiene fácil (que no barata) solución. La dejadez individual, ya institucionalizada, en la realización de informes ya la veo más problemática de resolver.
- Tener una normativa fiable y una comisión de historias clínicas que vele por la calidad de las mismas.
- Formación de los médicos para entender la importancia de este documento no sólo en las cuestiones clínicas sino también legales.

- La presión asistencial dificulta las tareas administrativas. No disponemos de tiempo para realizar informes desde 0, por lo que utilizamos el corto-pega (el campo de “laboratorios importa desde el informe). Por otro lado, la fragmentación de la asistencia hace que la información sea ingente. Debería facilitarse la importación de todas las pruebas complementarias desde la HCE e incluir el tiempo necesario para la elaboración de informes en la adecuación de las plantillas.
- Como puntos críticos se debe tener en cuenta los siguientes aspectos: 1. La obligatoriedad de especificar el motivo de Alta (Domicilio-fin de cuidados / Exitus / traslado a otro centro...). 2. Cuando se trate de Traslado a Otro Centro, debe ser obligatorio la cumplimentación exacta del Hospital de traslado al que se refiere). 3. Debe ser obligatorio la cumplimentación del Médico que firma el Alta.
- Los informes de alta tienen una estructura definida de los apartados necesarios para contener la información relevante. Apartados como antecedentes es mucho más útil presentar texto clínico que de una visión clara de lo acontecido, en lugar de códigos y textos clínicos en CIE10 difícil de entender por los pacientes.
- Por ese motivo entiendo que, aunque en la historia dispongamos de información codificada y estructurada en el informe debemos incluir textos más entendibles por los pacientes.

- Los informes de alta deben incluir toda la información relevante haciendo especial hincapié en la información necesaria de cuidados y tratamiento para el paciente, con el fin de garantizar la continuidad asistencial y la comprensión de las indicaciones.
- La historia clínica debe contener toda la información generada a un paciente. En nuestra comunidad al existir solo una historia clínica se comparten todos los datos, y en el informe de alta deben ser reflejados sólo aquellos que sean relevantes para el proceso actual y en un lenguaje entendible por el paciente.
- Debemos evitar expresiones que no aclaran toda la información requerida, como suele ocurrir en el tratamiento cuando se indica: continuar medicación habitual sin especificar los medicamentos, y siempre actualizando la prescripción en la receta electrónica, explicando los cambios de tratamiento tanto para el paciente como para el profesional que va a continuar su asistencia. Aunque se ha mejorado en este sentido, no se hace sistemáticamente en todos los servicios.
- Los apartados del informe de alta deben ser los relevantes para cada atención, por ejemplo, carece de sentido incorporar sistemáticamente las vacunas en todos los informes....
- Formación de los residentes; actualmente se forman unos a otros, heredando vicios y estilos propios de cada servi-

cio; unificar el modelo de informe; limitar el uso de abreviaturas y el copiado y pegado.

- Implicación del paciente con su proceso de enfermedad/tratamiento.
- Costes de la estancia a título informativo.
- Esta encuesta está dirigida a médicos hospitalarios. Los Médicos de Familia lo único que podemos decir es que, aunque con excepciones, los informes de alta en algunas especialidades no son comprensible y no se firman por lo que desde AP no se pueden ver. En Madrid al no tener HC compartida hay que entrar en el Hospital con el tiempo que eso lleva para encontrarte un informe no firmado y por tanto ilegible.
- La historia clínica está informatizada. El profesional que elabora l'informe d'alta (IA) no reflectix tot el que ha passat en l'assistència. Hi ha un abús d'abreviatures. Hi ha molts errors en la interpretació de què es el diagnòstic principal i el procediment principal així com confusió entre antecedents i malalties actuals en tractament.
- Dar la importancia que tiene a la historia.
- Considero que el programa informático debería incluir en el informe de alta todas las pruebas (analíticas con sus unidades, pruebas de imagen, interconsultas...) según mi indica-

ción para no perder tiempo en copiar analíticas y dedicarlo en hacer el tratamiento más comprensible para el paciente.

- Puntos críticos: tratamiento al alta: 1. Informar verbalmente al paciente y a sus familias y dejar por escrito la medicación retirada y la medicación que sea nueva. 2. conciliación de la medicación al ingreso y al alta: hay medicamentos en la receta electrónica que el paciente ya no está tomando. 3. La receta electrónica no se actualiza. 4. Las horas a las que se deben tomar los fármacos se ponen como 1-0-1 en lugar de comida y cena.

- Gracias por su iniciativa. Me parece fundamental y muy necesaria revisar la calidad de los informes de alta.

- Creo que habría que intentar que todos los hospitales de una misma comunidad usen el mismo programa de historia clínica electrónica y que la información se pueda consultar con facilidad no como actualmente.

- Que la informática se ponga al servicio de los clínicos por médicos que elaboren sus informes de alta con calidad, que en este centro es excepcional.

- Mejoraremos en la calidad de nuestros informes cuando se introduzca de forma generalizada el uso de la inteligencia artificial que con unas indicaciones establecidas lo elabore con los datos de la HCE. Hasta entonces soy poco optimista.

- Cambios en el contenido de algunos apartados, en los apartados mínimos, en el motivo del alta.

- En mi centro y mi labor diaria uno de los mayores problemas está en el tratamiento, se tiene a poner seguir con el mismo y muchas veces esto da lugar a confusiones, otras veces no está bien actualizado y genera errores de medicación. Una de las quejas de los pacientes es que no entienden los informes, ni las abreviaturas ni el lenguaje lo que los hacen dudosamente útiles

- Mejora de la calidad de informes de alta: La historia clínica debería incluir sistemas que simplifiquen la redacción del informe de alta. (uso de IAs para propuesta de informe de alta, en base a lo registrado en HC).

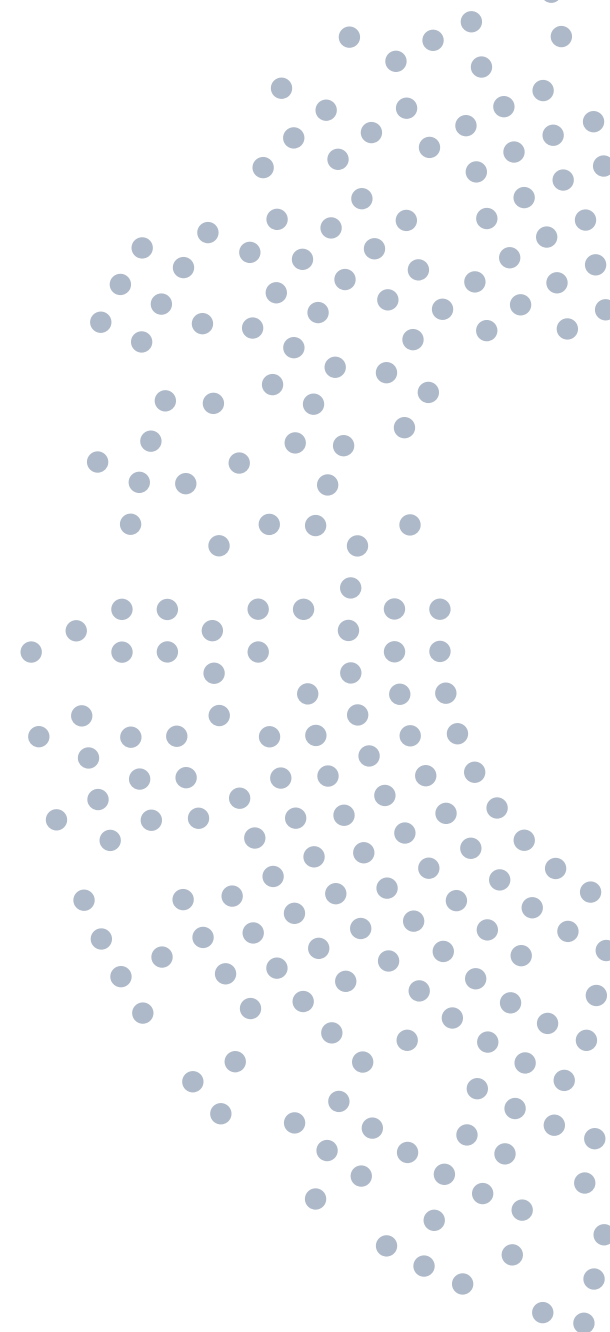
- Puntos críticos a resolver: Debería ser única y compartida entre todas las comunidades autónomas, y entre todas las organizaciones sanitarias, para poder acceder a toda la información sobre los pacientes; pruebas radiológicas, medicación, intervenciones quirúrgicas, etc.

- La Comunidad Valenciana está en proceso de gestión de historia clínica única, donde se contempla el apartado de informes de alta.

- Creo necesario mejorar las indicaciones de cuidados a dar a los usuarios, así como signos de alerta para volver a consultar.

- Evitar las siglas, que los fármacos prescritos en la receta se vuelquen directamente en el informe de alta, que salgan todos los médicos que han asistido al paciente incluyendo adjuntos y residentes.
- Informes de alta: añadir apartado de recomendaciones al alta y un apartado obligatorio sobre el plan de actuación ante signos de alerta o cambios clínicos. También se ha de registrar obligatoriamente la conciliación de la medicación al alta con TODOS los medicamentos que tomaba previamente el paciente indicando si se suspende la toma al alta, si se mantiene o si se modifica la pauta.
- Copiar-pegar: establecer mecanismos para volcado de información que no permita copiar datos.
- Consentimiento Informado: mejorar el contenido con alternativas de tratamiento como campo obligatorio.
- HCE: desde el SNS debe promoverse la calidad de la HC como punto estratégico de la seguridad del paciente, con guías con análisis y recomendaciones para evitar eventos en la transición de la información entre profesionales y para garantizar la continuidad elaborar protocolos a nivel autonómico con la información requerida en informes al alta, para traslados entre centros etc... y para estandarizar el uso de abreviaturas, etc.
- Evitar las siglas, escribir los tiempos de cada fase y los profesionales que han intervenido y los minutos en que lo han hecho, es necesario para proteger al paciente.
- En mi centro la recogida de antecedentes patológicos es deficiente con frecuencia y si hay errores en fechas muchas veces se arrastran y nadie los modifica.
- En el apartado de medicación actual se arrastra de episodios previos y sin frecuencia no se actualiza.
- Se adjuntan todas las analíticas realizadas en plan listado ya que copian y pegan y el alta acaba teniendo 10 o 12 paginas.
- ¡No resumen las interconsultas que realizamos los especialistas y en su lugar copian y pegan nuestros cursos clínicos!
- La nota de evolución con frecuencia no aclara nada.
- Al haber muchos latinos hay expresiones y palabras que no utilizamos habitualmente aquí.
- A veces el tratamiento no se escribe completo solo los cambios e induce a errores.
- Se dan de alta con resultados de pruebas diagnósticas pendientes que nadie acaba valorando.
- Claves: Estructura organizada y claridad de información.

- A resolver: fiabilidad de los diagnósticos del CIM-10 introducidos por los médicos, no siempre se corresponden con el diagnóstico(s) en el informe.
- El informe de alta ha de servir tanto para otros médicos como información sobre el paciente como para este último a nivel de tratamiento claro y planificación de acciones.
- “Evitar siglas no universales. Los informes de OFTALMOLOGIA son ilegibles.
- Cuando se modifica Antecedentes Personales en informe de alta no queda grabado para posteriores informes de anamnesis.
- Si se comienza el informe de alta días previos al día efectivo de alta, no se actualiza la fecha y puede dar error.
- El impacto del cambio que suponen las leyes y nuevas directrices no se acompañan de un incremento de personal ni recursos para poder llevarlas a cabo. Finalmente repercute en un menor tiempo para poder realizar el resto de tareas.



6. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos, podríamos extraer, a título de ejemplo, las siguientes conclusiones:

- En general no se conoce, ni a nivel de SNS, ni a nivel Regional, ni a nivel de Centro si existe una política que audite la calidad de los datos, aunque si se considera que debería haberla.
- En general se considera que el sistema de la HCE proporciona acceso a la información necesaria para las decisiones clínicas.
- Se reciben escasas recomendaciones o formación actualizada para hacer un mejor uso de la HCE.
- Solo la mitad de la muestra indica que la HCE se comparte electrónicamente con AP y solo una tercera parte de estos considera que la información que se comparte es adecuada para la continuidad asistencial y la coordinación entre profesionales.
- Solo la mitad de los encuestados conocen el decreto 1093/2010 de 3 de setiembre y en su respuesta hay una gran variabilidad sobre si el diseño de los informes de alta de su centro responde a la estructura y contenido establecidos en el decreto.
- Respecto al modelo de HCE que utilizan en su centro hay gran variabilidad en la posibilidad de elegir los epígrafes y datos a volcar posteriormente en el informe de alta.
- También hay variabilidad en: la evaluación periódica de la calidad de los informes de alta, la comprensión para los pacientes, que se haya tenido en cuenta las necesidades de AP para una adecuada continuidad asistencial, para que sea comprensible para otros especialistas distintos al que lo ha elaborado.
- No hay una política para evitar la utilización de siglas.
- Un 21% no sabe si se puede omitir información delicada.
- Un 25% no sabe si se puede modificar el contenido, una vez firmado/cerrado.
- Un 18% indica que el médico residente solo puede firmar un informe de alta.
- En las respuestas específicas para las sociedades también dan en general mucha variabilidad en todas las preguntas, aunque tendiendo a considerar que el informe de alta es suficiente para la codificación del CMBD, suficiente para la gestión de seguimiento del paciente tras el alta.

- Mas discrepancia hay en considerar que los informes recibidos por SIFCO son válidos y suficientes para poder adecuada gestión del traslado de un paciente.
- En general se considera que los pacientes tienen acceso a sus informes de alta automáticamente y que no necesitan solicitar una copia, pero no es despreciable el porcentaje que considera que esto no es así, un 22% puntúan por debajo de 5 y sería del 36% por debajo de 7.
- Variabilidad también en considerar si el hospital ha establecido algún procedimiento para cumplir con los derechos ARCOPOL.

En relación con los comentarios, reforzarían las valoraciones realizadas en la encuesta en los siguientes puntos:

- Los informes de alta asistenciales deben de ser comprensibles y operativos para la población a la que van dirigidos. A la vista de los comentarios *"Se debe aligerar y hacer más comprensible para pacientes."*, *"Reducir el uso de siglas, reducir el uso del cut and paste mediante interfaces más inteligentes, añadir recomendaciones para pacientes en lenguaje comprensible (podría ser realizado por la Gen AI),"*
- Los informes de alta deben ser sometidos a la mejora, de acuerdo con la información identificada por las partes interesadas (en este caso profesionales). A la vista de los comentarios *"La información transmitida en el informe de alta suele ser muy resumida. Creo que debería ser más extensa y completa, para mejorar la continuidad asistencial..."*, *"Los informes de alta creo que mi centro tienen mucho margen de mejora para hacerlos más útiles para pacientes y resto de facultativos"*, *"establecer políticas de calidad y auditora de los informes, mejorar la integración de primeria por continuidad asistencia."*
- Se debe desarrollar en otro proyecto la elaboración de un cuestionario para conocer el punto de vista de los pacientes. A la vista de los comentarios *"Creo que los informes de alta en mi contexto son excesivos en extensión y contenido, llevan consumen mucho tiempo al médico y no reflejan (en su mayoría) el proceso de ingreso hospitalario ni las necesidades/objetivos del paciente tras el alta."*, *"El informe de alta debe ser claro, con un tamaño de letra grande y claramente legible para los pacientes y familiares que muchas veces tienen problemas visuales."*

7. AGRADECIMIENTOS

A todas las Sociedades y profesionales que han participado colaborando en la elaboración del cuestionario y dando respuesta al mismo.

Este proyecto se ha realizado en el marco de la Alianza Estratégica en la Mejora del Proceso Asistencial impulsada por:

- FACME
- FAISS
- SEC
- SECA
- SEDAP
- SEDISA
- SEDOM
- SEIS

Con el apoyo de
Novartis.



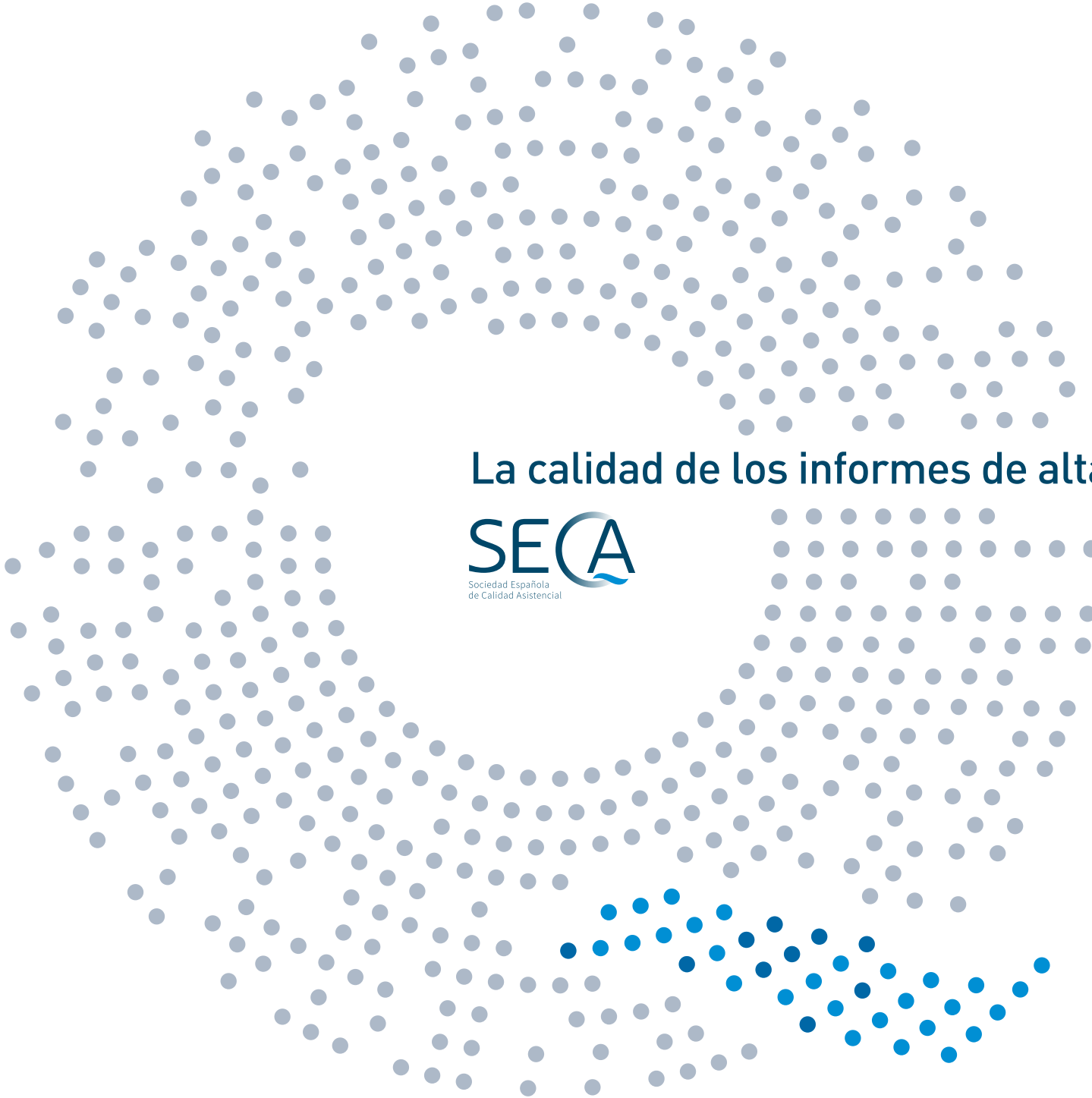
ALIANZA

La estrategia en la mejora del proceso asistencial



ADENDA

La calidad de los informes de alta hospitalaria desde la perspectiva de los **gestores**



La calidad de los informes de alta hospitalaria



2024
2025

1. RESULTADOS – GESTORES

1.1. Resultado global

Del total de 421 encuestas analizadas en el presente estudio, **34** corresponden a personal de gestión y administración dentro del ámbito sanitario, mientras que las 373 encuestas restantes han sido respondidas por profesionales clínicos, incluyendo personal médico, de enfermería y farmacéutico.

El personal de gestión y administración desempeña un papel fundamental en la organización y supervisión de los procesos asistenciales, particularmente en lo que respecta a la documentación clínica y la calidad de los informes de alta hospitalaria. Si bien su labor no implica la elaboración directa de estos documentos, su visión resulta esencial para evaluar la implementación de estándares de calidad, la interoperabilidad de los sistemas de información y la adecuación de los informes de alta para su utilización en la gestión hospitalaria y la toma de decisiones estratégicas.

Por su parte, la perspectiva de los profesionales clínicos es determinante para valorar la aplicabilidad y utilidad de los informes de alta en la práctica asistencial, especialmente en lo referente a la continuidad de la atención y la seguridad del paciente. La combinación de ambas aproximaciones, administrativa y clínica, permite un análisis integral de la calidad y eficacia de estos documentos dentro del sistema sanitario, proporcionando una visión holística que contribuye a la identificación de oportunidades de mejora.

1.2. Resultados específicos

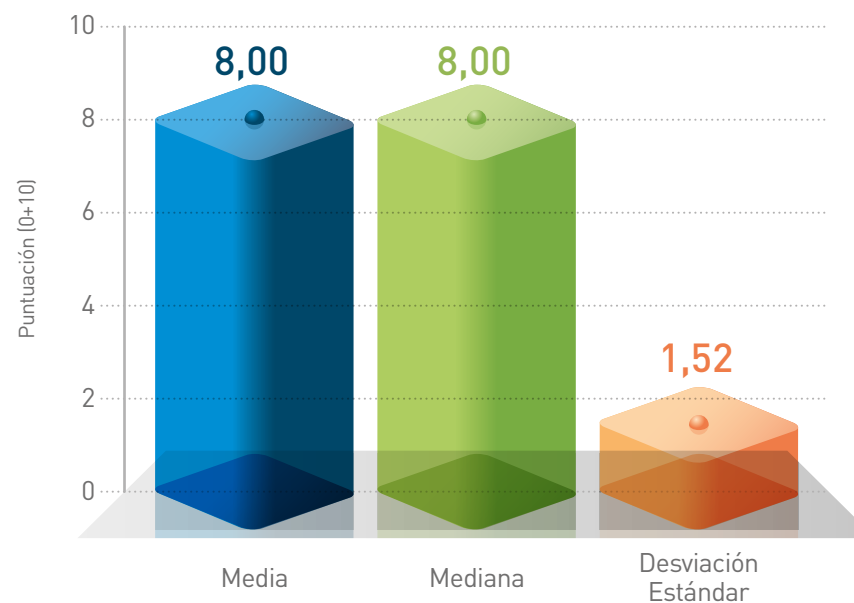
A partir del análisis de los datos, se han identificado las siguientes preguntas con valores más representativos, tanto por su puntuación media como por su variabilidad:



1.2.1. Concordancia de la Información en la HCE y el Informe de Alta

“En mi centro, la información registrada en el informe de alta se corresponde fielmente con la registrada en la HCE”:

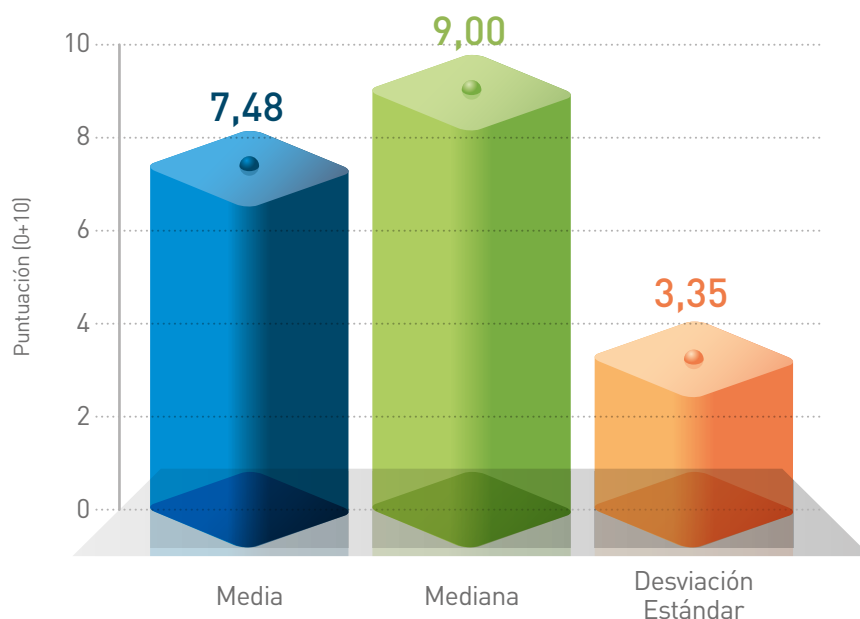
- Media: 8,00
- Mediana: 8,00
- Desviación estándar: 1,52
- Comentario: Este resultado sugiere una alta correspondencia entre la HCE y los informes de alta, lo que es fundamental para la coherencia en la documentación hospitalaria.



1.2.2. Procedimientos para los Derechos ARCO-POL

“¿Hay establecido en su hospital algún procedimiento para cumplir los derechos ARCO-POL sobre los informes clínicos?”:

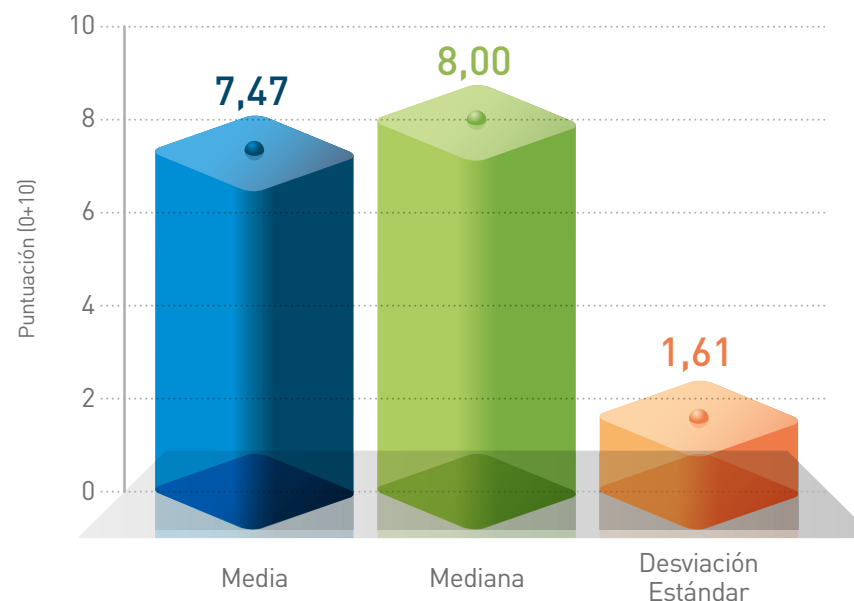
- Media: 7,48
- Mediana: 9,00
- Desviación estándar: 3,35
- Comentario: Aunque la media es alta, la dispersión en las respuestas sugiere que estos procedimientos no están plenamente garantizados en todos los centros.



1.2.3. Suficiencia del Informe de Alta para la Gestión Administrativa

“¿En qué medida considera que el informe de alta es válido y suficiente para la gestión operativa y administrativa del hospital?”:

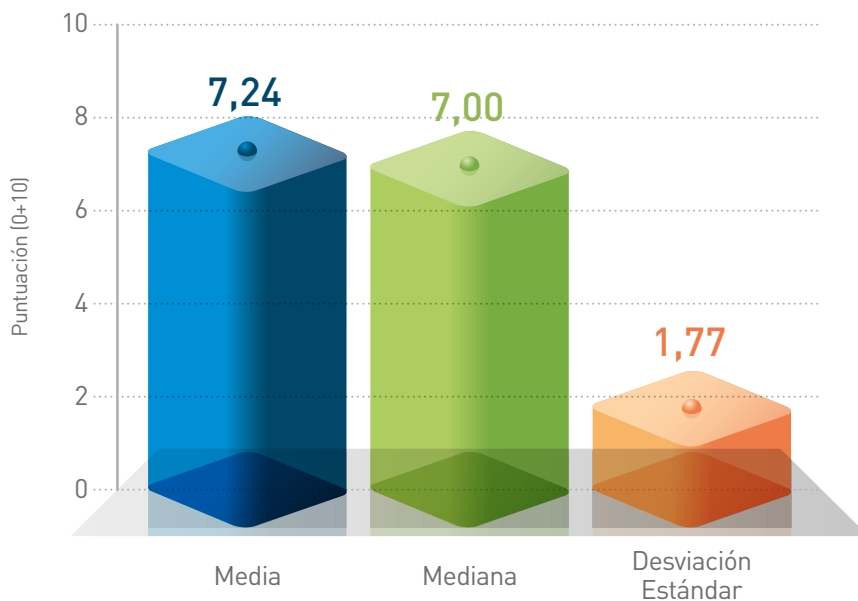
- Media: 7,47
- Mediana: 8,00
- Desviación estándar: 1,61
- Comentario: Se percibe que el informe de alta cumple en gran medida con los requerimientos administrativos, aunque existen oportunidades de mejora en claridad y estandarización.



1.2.4. Accesibilidad del Informe de Alta en los Sistemas Hospitalarios

“¿En qué medida el informe de alta está integrado y accesible dentro de los sistemas hospitalarios?”:

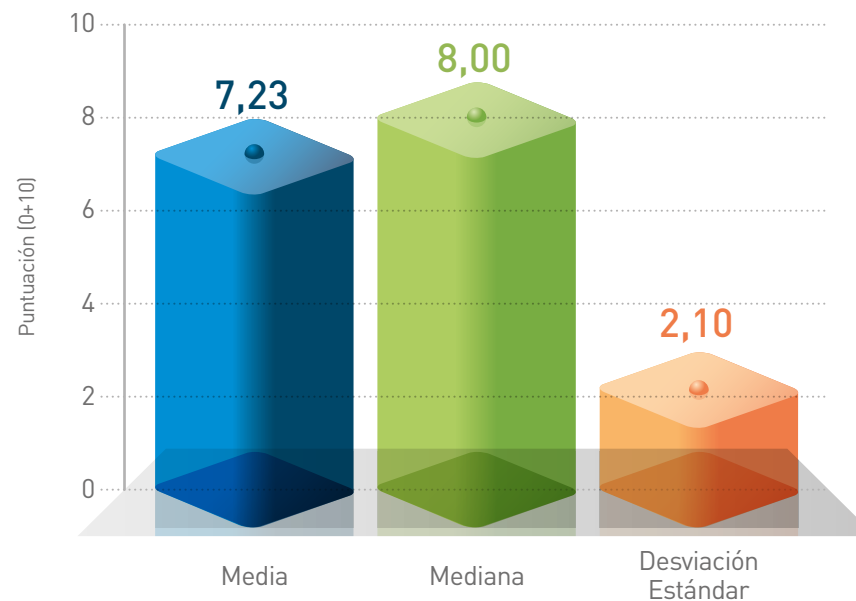
- Media: 7,24
- Mediana: 7,00
- Desviación estándar: 1,77
- Comentario: Aunque la integración del informe en los sistemas de información es percibida como adecuada, aún se requieren mejoras en interoperabilidad.



1.2.5. Interoperabilidad de la HCE con la Gestión Administrativa

“¿En qué medida el sistema de HCE permite una interoperabilidad efectiva con los sistemas administrativos del hospital?”:

- Media: 7,23
- Mediana: 8,00
- Desviación estándar: 2,10
- Comentario: La interoperabilidad sigue siendo un reto en algunos hospitales, donde la conexión entre la HCE y los sistemas administrativos podría ser más eficiente.



2. COMENTARIOS

1. Estructuración y contenido de los informes de alta

- Se pegan los informes completos, las analíticas con lo que el resultado es un informe de muchas páginas y difícilmente entendible.
- Acceso rápido y bidireccional de las prescripciones.
- Curso clínico.
- Son dos programas informáticos distintos, que no se fusionan.

2. Relación con la Historia Clínica Electrónica (HCE)

- Es el profesional de Atención Primaria el que debe buscar o indagar la información de interés a través de los sistemas de HCE resumida.

3. Información compartida con Atención Primaria

- *No se identificaron comentarios directamente relacionados con esta categoría.*

4. Comprensión y utilidad del informe de alta

- Al menos debería garantizarse la seguridad del paciente polimedicado.

5. Evaluación y auditoría de la calidad de los informes

- No se identificaron comentarios relacionados con esta categoría.

6. Uso de tecnología e inteligencia artificial

- *No se identificaron comentarios relacionados con esta categoría.*

7. Capacitación y formación de profesionales

- *No se identificaron comentarios relacionados con esta categoría.*

3. CONCLUSIONES

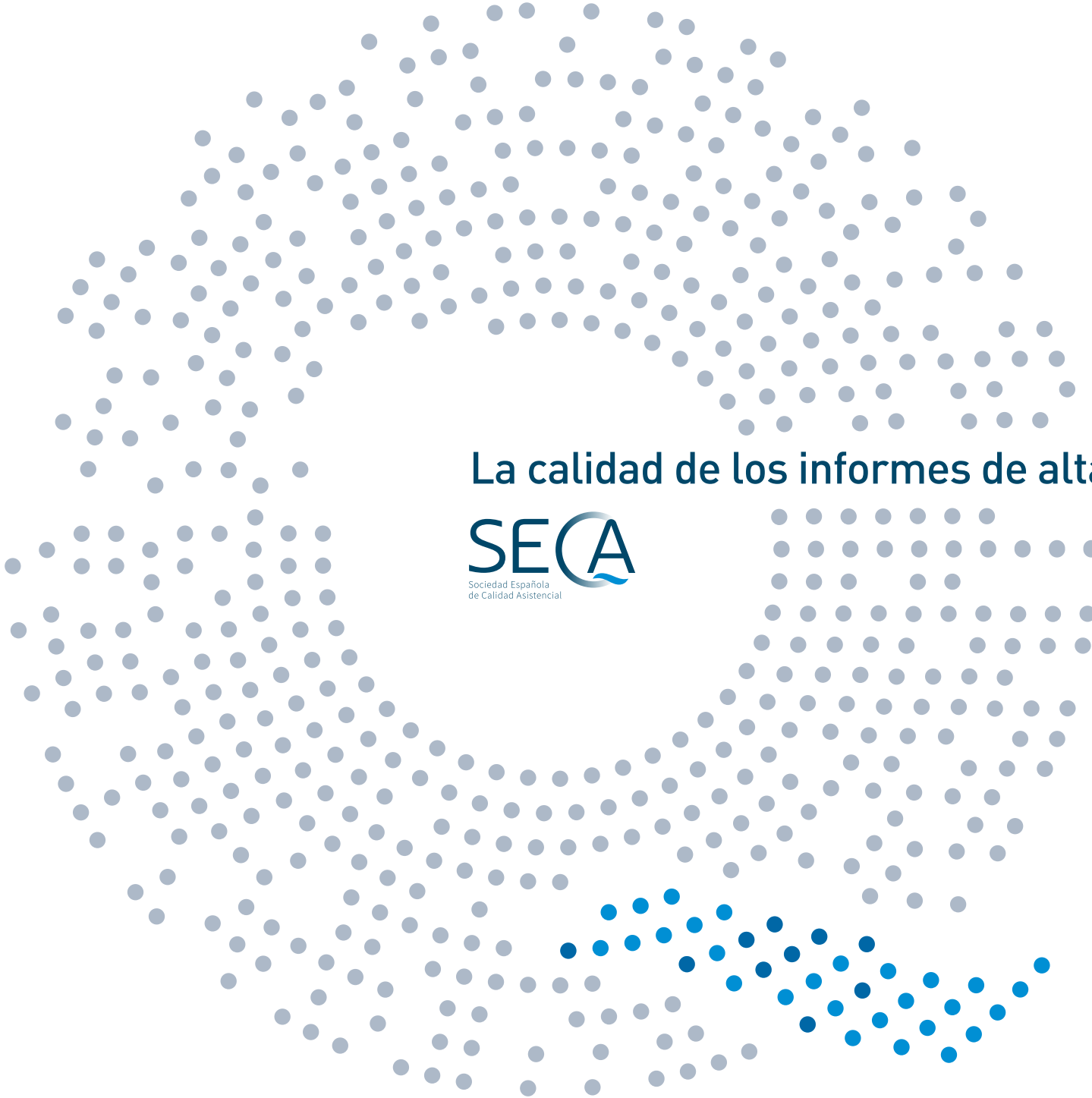
A partir de estos hallazgos, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La correspondencia entre la HCE y el informe de alta es generalmente alta, lo que indica una adecuada coherencia documental.
- Los procedimientos ARCO-POL están implementados en la mayoría de los hospitales, aunque existen diferencias en su nivel de cumplimiento.
- El informe de alta es considerado suficiente para la gestión operativa y administrativa, aunque su estructura podría optimizarse para facilitar su uso.
- La accesibilidad e integración del informe de alta en los sistemas hospitalarios es adecuada, pero aún hay margen de mejora en términos de interoperabilidad.
- La conexión entre la HCE y los sistemas administrativos necesita fortalecerse, para garantizar una mayor eficiencia y trazabilidad de los procesos documentales.



ADENDA

La calidad de los informes de alta hospitalaria desde la perspectiva de los clínicos



La calidad de los informes de alta hospitalaria



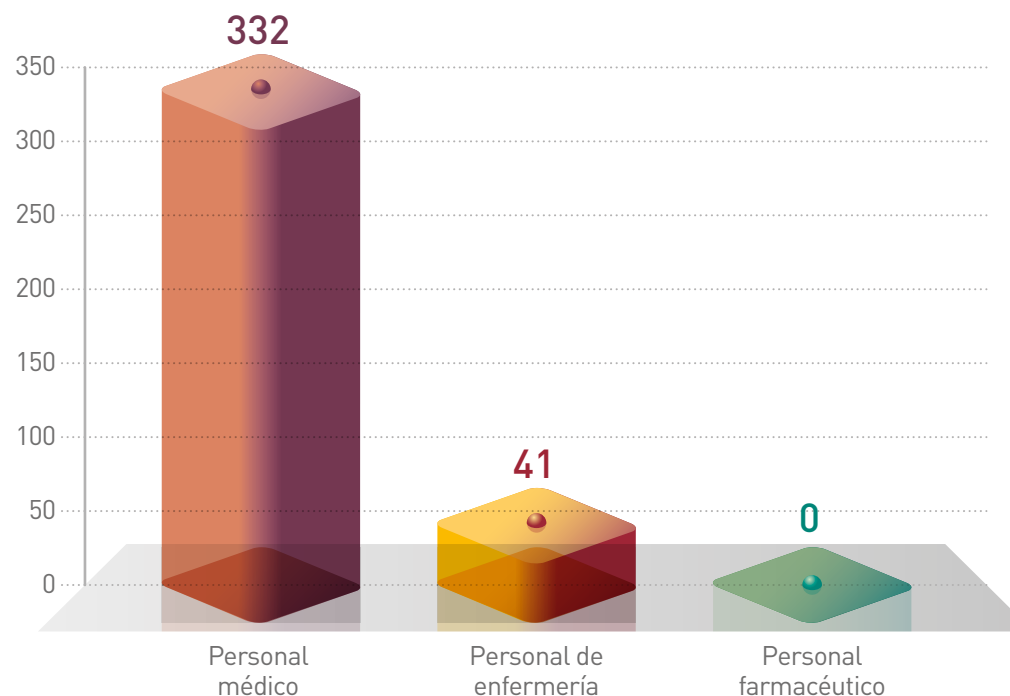
2024
2025

1. RESULTADOS – PROFESIONALES CLÍNICOS

1.1. Resultado global

En el presente estudio, se han analizado un total de 421 encuestas, de las cuales **373** corresponden a profesionales clínicos, incluyendo personal médico (332 encuestas) y personal de enfermería (41 encuestas). Estos grupos profesionales desempeñan un papel fundamental en la elaboración, uso e interpretación de los informes de alta hospitalaria, por lo que su percepción resulta clave para evaluar la calidad de estos documentos y su impacto en la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.

El resto de las encuestas (48 en total) corresponden a otros perfiles profesionales, incluyendo personal de gestión/administración (34 encuestas), otros profesionales sanitarios (11 encuestas) y personal farmacéutico (3 encuestas).



1.2. Resultados específicos

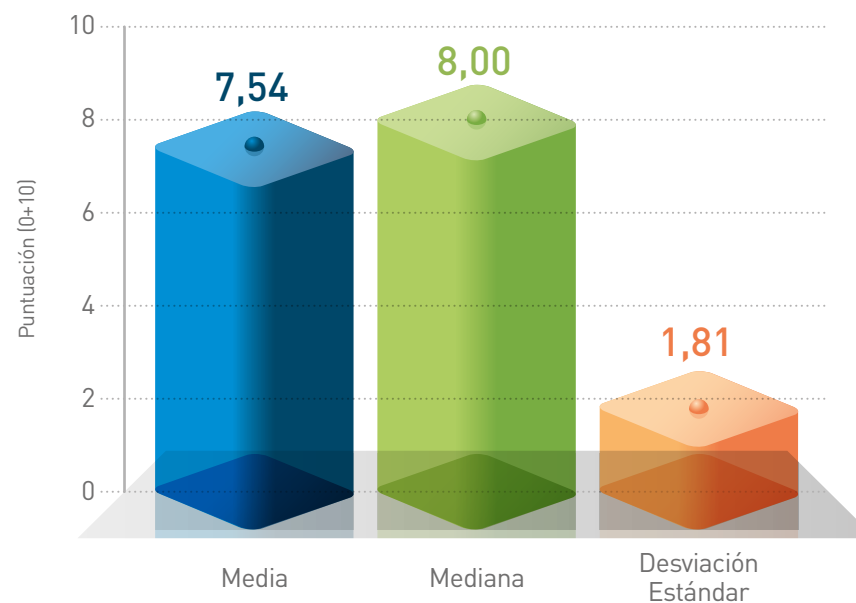
A partir del análisis de los datos, se han identificado las siguientes preguntas con valores más representativos, tanto por su puntuación media como por su variabilidad:



1.2.1. Accesibilidad y Calidad de la Historia Clínica Electrónica (HCE)

“En qué medida el sistema de HCE que utiliza proporciona acceso a toda la información que necesita para sus decisiones clínicas”:

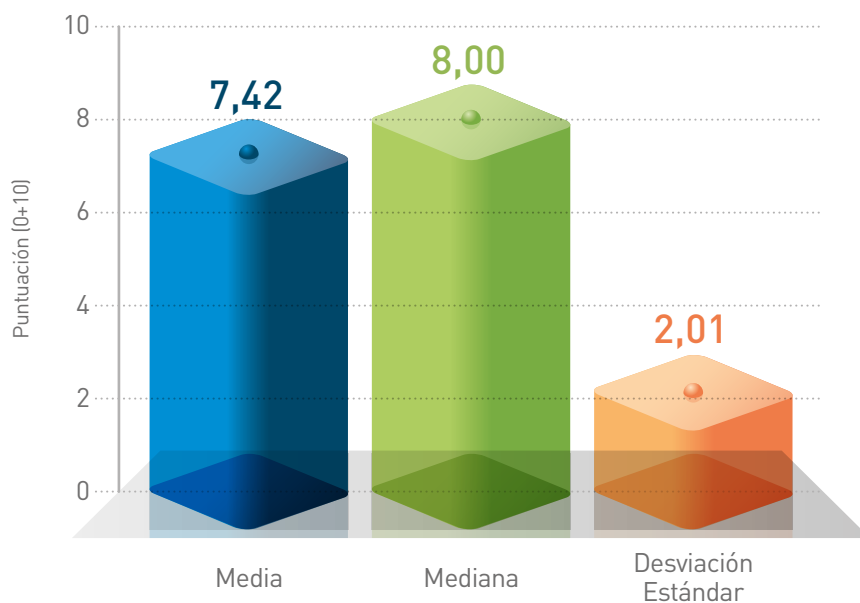
- Media: 7,54
- Mediana: 8,00
- Desviación estándar: 1,81
- Comentario: Este es uno de los puntos mejor valorados por los encuestados, lo que indica que la mayoría de los profesionales clínicos considera que el sistema de HCE facilita el acceso a la información relevante para la toma de decisiones.



1.2.2. Concordancia de la Información en la HCE y el Informe de Alta

“En mi centro, la información registrada en el informe de alta se corresponde fielmente con la registrada en la HCE”:

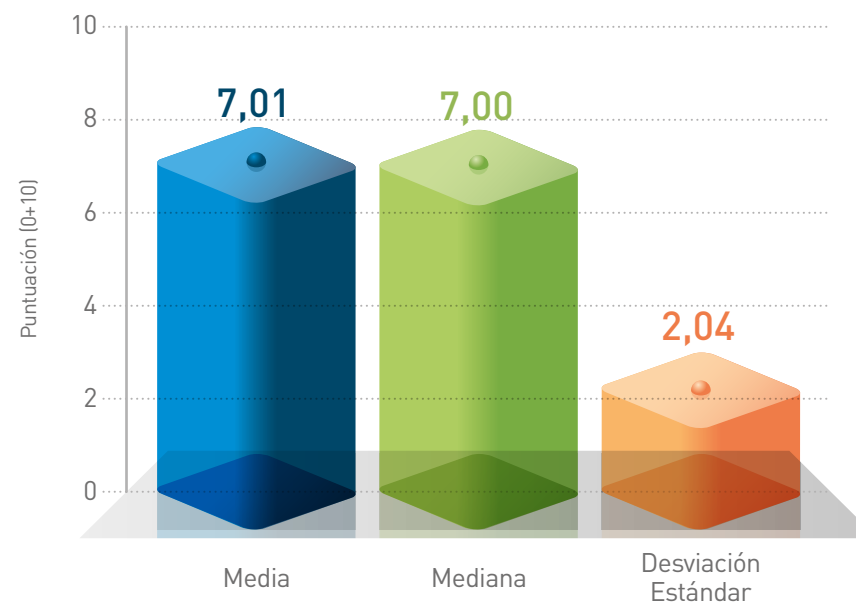
- Media: 7,42
- Mediana: 8,00
- Desviación estándar: 2,01
- Comentario: La percepción general es positiva, aunque con cierto margen de mejora para asegurar la total correspondencia entre ambos sistemas.



1.2.3. Suficiencia del Informe de Alta para la Gestión del Seguimiento del Paciente

“¿En qué medida considera que el informe de alta es válido y suficiente para la gestión del seguimiento del paciente tras su alta hospitalaria?”:

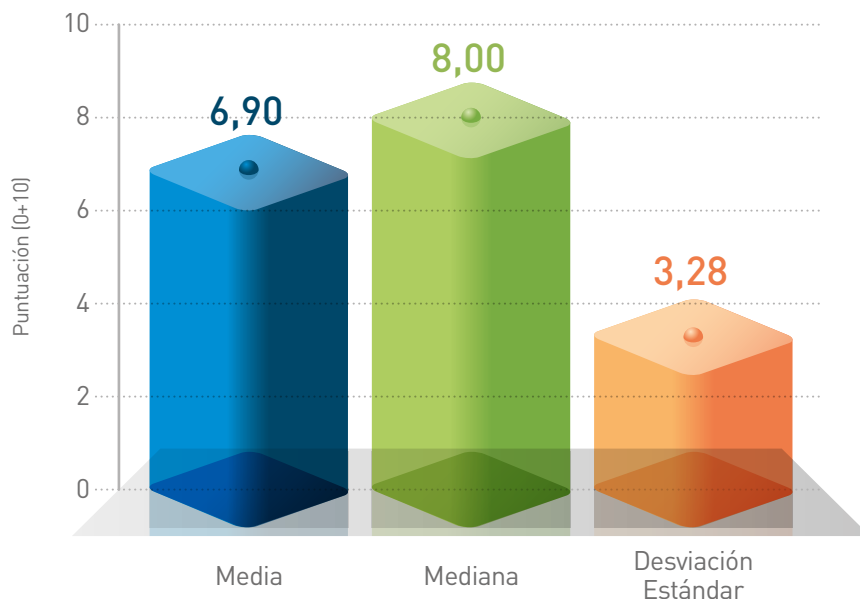
- Media: 7,01
- Mediana: 7,00
- Desviación estándar: 2,04
- Comentario: Este resultado refleja una opinión relativamente favorable, aunque con cierta dispersión en las respuestas que indica diferencias entre centros o especialidades.



1.2.4. Acceso de los Pacientes a sus Informes de Alta

“¿Los pacientes de su hospital tienen acceso a sus informes de alta automáticamente, a través de la carpeta del paciente u otros mecanismos, sin necesidad de solicitar una copia?”:

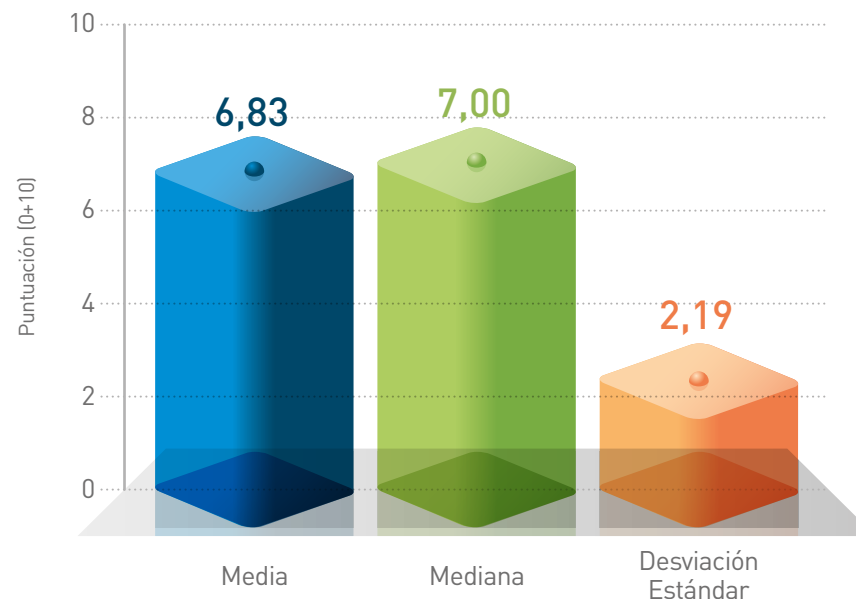
- Media: 6,90
- Mediana: 8,00
- Desviación estándar: 3,28
- Comentario: A pesar de que el acceso a los informes es relativamente alto, la elevada desviación estándar indica que existen centros en los que este proceso no está garantizado de manera uniforme.



1.2.5. Suficiencia del Informe de Alta para la Codificación Hospitalaria (CIE-10)

“¿En qué medida considera que el informe de alta es válido y suficiente para la codificación del episodio hospitalario con la CIE-10?”:

- Media: 6,83
- Mediana: 7,00
- Desviación estándar: 2,19
- Comentario: Aunque la puntuación es moderadamente alta, el nivel de dispersión en las respuestas sugiere diferencias en la calidad y estructura de los informes de alta en los distintos centros sanitarios.



2. COMENTARIOS

1. Estructuración y contenido de los informes de alta

- Los informes deben ser más claros y contener parámetros obligatorios pero simples para una rápida visualización.
- Reducir la extensión del informe, eliminando información innecesaria o duplicada.
- Necesidad de estructuración homogénea en todos los centros hospitalarios.
- Adaptar los informes para servicios específicos, como quirúrgicos y de enfermería.
- Incluir un resumen de evolución, problemas sin resolver, cuidados al alta y objetivos de seguimiento.
- Evitar el “arrastre” de diagnósticos y procedimientos entre episodios.

- Personalización de los informes según la actividad del servicio y calidad del dato.

2. Relación con la Historia Clínica Electrónica (HCE)

- Integrar plenamente la HCE entre atención primaria y hospitalaria.
- Garantizar interoperabilidad entre los sistemas de distintos niveles asistenciales.
- Automatizar el acceso a información clave del paciente directamente desde la HCE.
- Superar las barreras entre los programas informáticos utilizados por hospitales y atención primaria.
- Simplificar el acceso a datos relevantes en los sistemas de registro.

- Mejorar la estructura de la HCE para adaptarse mejor a las necesidades del personal clínico y administrativo.

3. Información compartida con Atención Primaria

- Mejorar la comunicación bidireccional entre atención primaria y hospitalaria.
- Enviar informes de alta directamente a los médicos de atención primaria responsables.
- Garantizar citas de seguimiento y recomendaciones claras al alta para evitar depender del paciente.
- Hacer los informes más útiles para atención primaria, incluyendo diagnósticos claros, tratamientos y citas de seguimiento.

- Planificar un flujo automatizado para la continuidad asistencial en patologías específicas.

4. Comprensión y utilidad del informe de alta

- Asegurar que los informes sean fáciles de entender para los pacientes y sus familias.
- Evitar el uso de acrónimos y términos técnicos sin explicación.
- Facilitar la comprensión del estado clínico del paciente y las recomendaciones al alta.
- Garantizar que el informe refleje la evolución clínica y los pasos a seguir en atención primaria.
- Incluir elementos automáticos para cargar fechas de tratamientos, citas pendientes y recomendaciones.

5. Evaluación y auditoría de la calidad de los informes

- Realizar auditorías periódicas sobre la calidad de los informes.
- Incluir indicadores de calidad como parte del diseño del informe.
- Promover revisiones anuales de calidad en los informes hospitalarios.
- Establecer estándares nacionales para homogeneizar y auditar la calidad.

6. Capacitación y formación de profesionales

- Difundir mejor las buenas prácticas en la cumplimentación de informes.
- Unificar plantillas y formatos para evitar diferencias entre servicios y unidades.

- Capacitar a los profesionales en el uso correcto de los sistemas de HCE y en la generación de informes clínicos adecuados.
- Proveer herramientas para asegurar que toda la información relevante esté incluida en el informe.
- Promover revisiones periódicas del contenido y diseño de los informes para mejorar su utilidad.

3. CONCLUSIONES

A partir del análisis de los resultados, se extraen las siguientes conclusiones:

- La calidad de los datos generados en el SNS obtiene una valoración moderada, lo que indica la necesidad de mejorar la fiabilidad y estructuración de la información clínica.
- Los informes de alta cumplen en términos generales con los requisitos para la codificación hospitalaria, aunque en algunos casos presentan deficiencias que dificultan la precisión del proceso.
- Los informes de alta son considerados adecuados para la gestión del seguimiento del paciente, aunque la variabilidad en las respuestas sugiere que existen diferencias en la calidad de los documentos según el contexto asistencial.
- Se identifican vacíos en la adecuación de la información compartida con la Atención Primaria, lo que podría afectar la continuidad asistencial y la seguridad del paciente en su transición del hospital a la atención ambulatoria.



Sociedad Española
de Calidad Asistencial

www.calidadasistencial.es



secretariaseca@calidadasistencial.es

Tel. +34 984 051 604

+34 984 051 671

Fax. +34 984 281 671

C/ Uría, 76 - 1º, Oficina 1ª • 33033 Oviedo

X @calidadasistenc

 SECA Sociedad Española
de Calidad Asistencial

 @calidadasistenc

 seca_calidad_asistencial

 SECA Sociedad Española
de Calidad Asistencial

