

ARTICULO ORIGINAL

Estudio de la calidad del resumen de alta en Medicina Interna

- Study of the quality of discharge summary in an Internal Medicine
- Estudo da qualidade do sumário de alta em Clínica Médica

Romina Sayas¹

ORCID: 0009-0006-0834-6833

Lorena Bruno¹

ORCID: 0000-0001-5678-7971

Rodrigo Jaluff¹

ORCID: 0009-0007-6620-5905

Florencia Araujo¹

ORCID: 0009-0005-0595-4932

Matías Duarte¹

ORCID: 0009-0008-5036-1644

Lucía Maresca¹

ORCID: 0009-0007-5760-2466

Alice Villani¹

ORCID: 0009-0003-2126-3168

Mariela Garau²

ORCID: 0000-0002-9632-7539

Mercedes Perendones¹

ORCID: 0000-0002-3846-2396

1-Facultad de Medicina. Hospital Pasteur. ASSE. Unidad Académica Médica 2.

2-Facultad de Medicina. Unidad Académica Métodos Cuantitativos.

Resumen

Introducción: El alta hospitalaria es el proceso que involucra el egreso desde la internación al domicilio del paciente; su planificación anticipada contribuye a la seguridad del mismo y disminuye los reingresos hospitalarios. El pilar fundamental es el resumen de alta, documento emitido por el médico responsable de la asistencia, que resume la atención realizada. Es considerado un marcador de calidad asistencial. Si bien los componentes básicos de buena calidad están definidos, en la práctica clínica existe gran variabilidad y heterogeneidad en su confección. El objetivo del estudio fue evaluar la confección y calidad de los resúmenes de alta realizados por los médicos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Pasteur. Metodología: Estudio longitudinal, prospectivo, analítico, de intervención, en dos etapas (pre y post intervención en capacitación). Un equipo de médicos entrenados evaluó la presencia/ausencia de las variables de estudio. La presencia de al menos tres de las cinco variables definía “resumen de alta de calidad ADECUADA”.

Resultados: En la etapa 1, 112/165 de los resúmenes de alta fueron de calidad adecuada (67,9%) y 17/165 contenían todas las variables (10,3%). En la etapa 2, 152/192 resúmenes de alta fueron de calidad adecuada (79,2%) y 38/192 contenían todas las variables (19,8 %). Luego de la capacitación aumentó la presencia de todas las variables, siendo significativo para las variables Lista medicación conciliada ($p=0.047$) y Cuidados y recomendaciones al alta ($p=0.021$).

Discusión: El estudio muestra resultados globales y por ítems similares a datos internacionales, destacando el amplio rango que algunos de ellos tienen, considerando efectiva la intervención realizada. De todas maneras encontramos variables con bajo nivel de reporte (examen físico al alta), en los cual deberemos continuar trabajando.

Conclusión: Se trata del primer estudio nacional sobre esta temática. La capacitación sobre la confección del RA en forma estructurada dentro de la formación del médico internista es una medida fundamental tendiente a mejorar la calidad del RA.

Palabras clave: resumen de alta, calidad, servicio medicina interna

Abstract

Introduction: Hospital discharge is the process involving the patient's discharge from the hospital to their home. Advance planning contributes to patient safety and reduces hospital readmissions. The fundamental pillar is the discharge summary, a document issued by the physician in charge of care, which summarizes the care provided. It is considered a marker of healthcare quality. Although the basic components of good quality are defined, in clinical practice there is great variability and heterogeneity in their preparation. The objective of this study was to evaluate the preparation and quality of discharge summaries prepared by physicians in the Department of Internal Medicine at Pasteur Hospital.

Methodology: A longitudinal, prospective, analytical, interventional study in two stages (pre- and post-intervention during training). A team of trained physicians assessed the presence/absence of the study variables. The presence of at least three of the five variables defined a “satisfactory quality discharge summary.”

Results: In phase 1, 112/165 discharge summaries were of adequate quality (67.9%), and 17/165 contained all variables (10.3%). In phase 2, 152/192 discharge summaries were of adequate quality (79.2%), and 38/192 contained all variables (19.8%). After training, the presence of all variables increased, with significant increases for the variables Reconciled Medication List ($p = 0.047$) and Care and Recommendations at Discharge ($p = 0.021$).

Discussion: The study shows overall and item-specific results similar to international data, highlighting the wide range of results found in some of them, which is considered effective. However, we found variables with low reporting rates (physical examination at discharge), which require further work.

Conclusion: This is the first national study on this topic. Structured training on the preparation of the RA within the training of internists is a fundamental measure aimed at improving the quality of the RA.

Key words: discharge summary, quality, internal medicine service

Resumo

Introdução: A alta hospitalar é o processo que envolve a alta do paciente do hospital para o domicílio. O planejamento antecipado contribui para a segurança do paciente e reduz as readmissões hospitalares. O pilar fundamental é o resumo de alta, documento emitido pelo médico responsável pelo atendimento, que resume o atendimento prestado. É considerado um indicador da qualidade da assistência à saúde. Embora os componentes básicos de uma boa qualidade sejam definidos, na prática clínica há grande variabilidade e heterogeneidade em sua elaboração. O objetivo deste estudo foi avaliar a elaboração e a qualidade dos resumos de alta elaborados por médicos do Departamento de Clínica Médica do Hospital Pasteur.

Metodologia: Estudo longitudinal, prospectivo, analítico e intervencionista, realizado em duas etapas (pré e pós-intervenção durante o treinamento). Uma equipe de médicos treinados avaliou a presença/ausência das variáveis do estudo. A presença de pelo menos três das cinco variáveis definiu um “resumo de alta de qualidade satisfatória”.

Resultados: Na fase 1, 112/165 resumos de alta apresentaram qualidade adequada (67,9%) e 17/165 continham todas as variáveis (10,3%). Na fase 2, 152/192 resumos de alta apresentaram qualidade adequada (79,2%) e 38/192 continham todas as variáveis (19,8%). Após o treinamento, a presença de todas as variáveis aumentou, com aumentos significativos para as variáveis Lista de Medicamentos Reconciliada ($p = 0,047$) e Cuidados e Recomendações na Alta ($p = 0,021$).

Discussão: O estudo apresenta resultados gerais e específicos por item semelhantes aos dados internacionais, destacando a ampla gama de resultados encontrados em alguns deles, o que é considerado eficaz. No entanto, encontramos variáveis com baixas taxas de notificação (exame físico na alta), o que requer mais estudos.

Conclusão: Este é o primeiro estudo nacional sobre o tema. Treinamento estruturado sobre a preparação do AR, dentro da formação de médicos internistas, é uma medida fundamental para a melhoria da qualidade do AR.

Palavras-chave: resumo de alta, qualidade, serviço de medicina interna

Recibido: 03/03/2025 - **Aceptado:** 19/05/2025

Unidad Académica Médica 2. Hospital Pasteur – ASSE - Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia. E-mail: romisayas@gmail.com

Licencia Creative Commons cc-by. <https://creativecommons.org>

Introducción

El alta hospitalaria es el proceso que involucra el egreso de un paciente desde la internación al domicilio del paciente, constituye un momento de extrema vulnerabilidad para sufrir eventos adversos. Su planificación anticipada contribuye en la seguridad del paciente y disminuye los reingresos hospitalarios. Es fundamental la instrumentación de aspectos logísticos, de coordinación entre profesionales y de educación (paciente y su entorno).^(1,2,3,4,5,6,7)

Su pilar fundamental es la confección de un resumen de alta (RA). El RA es un documento emitido por el médico responsable de la asistencia del paciente, que resume la atención realizada y establece metas y expectativas en relación a los recursos específicos disponibles para cada paciente.

Es un marcador de calidad asistencial y tiene implicancias legales, de investigación y organizativas (gestión de salud).^(4,5)

En la práctica clínica existe variabilidad y heterogeneidad en la confección del RA, dependiendo del servicio y la especialidad, posiblemente asociado a la diversidad de servicios, ausencia de recomendaciones uniformes que faciliten la elaboración de los mismos y la ausencia de capacitación específica sobre cómo realizar un RA.^(6,8) Se reconoce que los servicios de medicina aportan más datos que los servicios quirúrgicos y que los hospitales de mayor tamaño registran peor calidad del RA.⁽⁶⁾

En la tabla 1, se presentan los componentes básicos de un RA considerados de buena calidad, según la literatura revisada.^(4,5,7,9)

1-Identificación. Contacto del paciente y familiar referente.
2-Fechas de hospitalización.
3-Diagnósticos principales y secundarios. Problemas actuales. Alergias.
4-Historia clínica. Tratamiento efectuado.
5-Resultados de procedimientos y exámenes de laboratorio.
6-Recomendaciones de especialistas consultados.
7-Examen físico al alta. Condición clínica, cognitiva y funcional al alta.
8-Lista de medicamentos conciliada.
9-Información entregada al paciente y a su familia.
10-Detalles para el seguimiento. Horas y profesionales agendados, trámites a realizar.
11-Cuidados (nivel de actividad, alimentación, asistencia, acompañamiento, procedimientos, rehabilitación) y recomendaciones (síntomas de alerta y conducta a seguir en caso de aparición.)
12-Nombre y datos de contacto del profesional a cargo del seguimiento, así como del equipo tratante hospitalario

Tabla 1: Componentes de calidad de un resumen de alta

En Uruguay, la normativa vigente del Ministerio de Salud Pública, establece la obligatoriedad del RA, estando su contenido protocolizado en cuanto a la información sobre los eventos de morbilidad, pero no de los egresos como unidad de producción.⁽¹⁰⁾

El advenimiento de la historia clínica electrónica (HCE) facilita el acceso a la información asistencial, además de permitir optimizar los recursos para poder evaluar la calidad de los RA.^(5,11,12)

El programa de HCE que se utiliza en el Hospital Pasteur, cuenta con dominios obligatorios, algunos incluso pre-cargados, muchos de los cuáles son considerados componentes básicos de un RA de calidad. Tabla 2.

Identificación. Contacto de paciente y familiar referente.
Fechas de hospitalización.
Diagnósticos principales y secundarios. Problemas actuales. Alergias. Colonización crónica por gérmenes multi-resistentes (exclusivo Hospital Pasteur).
Historia clínica, tratamiento efectuado.
Resultados de procedimientos y exámenes de laboratorio.
Nombre y datos de contacto del profesional a cargo del seguimiento, así como del equipo tratante hospitalario

Tabla 2: Dominios obligatorios de la historia clínica electrónica del Hospital Pasteur

En general, la confección del RA es realizada por los médicos residentes, controlados por los internistas jefes de sala. En 2009, un estudio realizado en el Reino Unido reveló que el 90 % de los resúmenes de alta fueron redactados por médicos durante su primer y segundo año de formación básica. ⁽¹⁾

La formación de grado no provee capacitación sobre la confección del RA, adquiriendo la misma durante la especialización, sin que exista un curso específico para tal fin. Tradicionalmente la elaboración del RA se aprende por imitación y de manera no estandarizada. ⁽⁷⁾ Mejorar la calidad del RA se considera una oportunidad única de mejora de la calidad asistencial al ser una medida de alto impacto, llegada masiva y bajo costo. ^(1,5,13)

El presente estudio, tiene por objetivo evaluar la confección y calidad del RA realizado por el personal médico del Departamento de Medicina Interna del Hospital Pasteur.

Metodología

a) Tipo de estudio

Longitudinal, prospectivo, analítico, de intervención, en dos etapas.

b) Población

Los criterios de inclusión fueron todos los RA de los pacientes internados en el área de cuidados moderados del Hospital Pasteur, de ambos sexos, mayores de 15 años. Los criterios de exclusión fueron aquellos RA de pacientes que se retiraron del hospital sin alta médica, que durante la internación fueron trasladados a cuidados intensivos o fallecieron.

c) Procedimiento

En la etapa 1 se realizó un análisis de los RA de Medicina Interna, según la nómina de egresos hospitalarios aportados por el Departamento de Medicina del Hospital Pasteur. El tamaño muestral mínimo calculado para la etapa 1 ($n = 157$) fue el necesario para identificar en la etapa 2 una mejora del 80 al 90% en la completitud de la variable “detalles para el seguimiento” (ítem 10 de la tabla 1) con un nivel de confianza del 95 y una potencia 80. El período de tiempo analizado fue de tres meses (octubre a diciembre del 2022).

Finalizada esta etapa, se realizó una capacitación a todos los médicos del Departamento de Medicina sobre los componentes de un RA de calidad (tabla 1). Esta actividad consistió en una presentación del tema, seguida de seis talleres donde se analizaron distintos RA.

Para la etapa 2 se realizó nuevamente el análisis de RA del servicio de Medicina Interna, obtenidos con igual sistemática que la etapa 1. El período analizado también fue de tres meses (agosto a octubre del 2023).

En la figura 1 se presenta el flujograma del estudio.



Figura 1: Flujograma del estudio
Abreviatura: RA – resumen alta

Cada RA fue analizado por un equipo de médicos entrenados, evaluando la presencia/ausencia de cinco variables consideradas “de calidad”, no precargadas en la HCEA del Hospital Pasteur:

- Condición clínica, cognitiva y funcional del paciente al alta
- Examen físico al alta
- Lista de medicamentos conciliada
- Detalles para el seguimiento. Horas y profesionales agendados, trámites a realizar
- Cuidados y recomendaciones

La presencia de al menos tres de estas cinco variables, definía un “RA DE CALIDAD ADECUADA”.

Los datos se registraron en una planilla electrónica diseñada para tal fin en programa Excel.

d) Definición de variables

Condición clínica, cognitiva y funcional del paciente al alta: hace referencia a la situación física, cognitiva y funcional del paciente al momento del alta, que permita comparar la situación en caso de futuros controles y/o consultas.

Examen físico al alta: hace referencia a los hallazgos físicos en lo que respecta a la afección que motivo el ingreso al hospital.

Lista de medicamentos conciliada: revisión del listado exacto de los medicamentos que recibe el paciente evitando que se agreguen, modifiquen o supriman medicamentos inadvertidamente.

Detalles para el seguimiento. Horas y profesionales agendados, trámites a realizar: hace referencia a fechas de control en el área ambulatoria, si quedan estudios y/o resultados pendientes a coordinar y/o realizar.

Cuidados y recomendaciones: hace referencia a los cuidados sanitarios a realizar en el hogar, como por ejemplo curaciones, vacunación, etc.

e) Análisis estadístico

Se comparó la proporción de RA que consigna cada una de las variables estudiadas antes y después de la intervención mediante test de z para proporciones. Se consideraron significativos valores $p < 0.05$. Para el análisis se utilizó el programa SPSS v23.0 y Epidat v3.1

f) Aspectos éticos

El trabajo fue avalado por el comité de ética de la institución, garantizando la confidencialidad de las historias clínicas seleccionadas, tanto en la identificación del paciente como del médico encargado de realizar el RA.

Resultados

Etapas 1

Se revisaron 205 RA, 40 fueron excluidas, analizándose para el estudio 165 RA (mínimo del tamaño muestral: 157).

112/165 (67,9%) RA analizados, fueron de calidad adecuada (contenían 3/5 variables analizadas) (IC 95%: 60.5%; 75.3%). Tabla 3

Cantidad ítems completos	Resúmenes de alta – frecuencia absoluta	Resúmenes de alta – porcentaje (%)
0	1	0,6
1	11	6,7
2	41	24,8
3	47	28,5
4	48	29,1
5	17	10,3

Tabla 3: Cantidad de variables completas – etapa 1. N = 165

En la tabla 4 se presentan los hallazgos de las variables analizadas.

Variable	Resúmenes de alta – frecuencia absoluta	Resúmenes de alta – porcentaje (%)
Condición del paciente al alta	108	65
Examen físico al alta	62	37
Lista medicación conciliada	114	69
Detalles para seguimiento (*)	123	74
Cuidados y recomendaciones	104	63

Tabla 4: Presencia de las variables analizadas en los resumen de alta. N = 165
(*) Un resumen alta sin dato

Etapa 2

Se revisaron 216 RA, 24 fueron excluidos, analizándose para el estudio 192 RA.

152/192 (79,2%) RA analizados fueron de calidad adecuada (contenían 3/5 variables analizadas) (IC 95%: 73,2%; 85,2%). Tabla 5

Cantidad ítems completos	Resúmenes de alta – frecuencia absoluta	Resúmenes de alta – porcentaje (%)
0	5	2,6
1	9	4,7
2	26	13,5
3	56	29,2
4	58	30,2
5	38	19,8

Tabla 5: Cantidad de variables completas – etapa 2. N = 192

En la tabla 6 se presentan los hallazgos de las variables analizadas.

Variable	Resúmenes de alta – frecuencia absoluta	Resúmenes de alta – porcentaje (%)
Condición del paciente al alta	126	65,6
Examen físico al alta	84	43,8
Lista medicación conciliada	152	79,2
Detalles para seguimiento	148	77,1
Cuidados y recomendaciones	141	73,4

Tabla 6: Presencia de las variables analizadas en los resumen de alta. N = 192

En la tabla 7 se presentan los resultados comparativos antes (etapa 1) y después (etapa 2) de la intervención.

Variable	Etapa 1 Valor absoluto / %	Etapa 2 Valor absoluto / %	p
Condición del paciente al alta	108 (65,5%)	126 (65,6%)	0.938
Examen físico al alta	62 (37,6%)	84 (44%)	0.264
Lista medicación conciliada	114 (81,4%)	152 (89,9%)	0.047 *
Detalles para seguimiento	123 (77,4%)	148 (80,9%)	0.506
Cuidados y recomendaciones	104 (68,4%)	141 (80,1%)	0.021 *

Tabla 7: Completitud de variables presentes antes (etapa 1) y después (etapa 2) de la intervención

El aumento en la calidad de los RA es significativa en “cuidados y recomendaciones al alta” p = 0,021 y “lista de medicamentos conciliada” p = 0.047

Discusión

La revisión bibliográfica sobre esta temática es acotada, la calidad de los RA a nivel internacional exhibe un panorama heterogéneo, según país y servicio sanitario analizado.

La confección del RA es un proceso complejo, se recomienda su realización por equipos multidisciplinarios, sobre todo en aquellos pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos (pacientes institucionalizados, dependientes, hospitalizaciones prolongadas, re-ingresos en los últimos 6 meses, en cuidados paliativos, con pobre red social, baja comprensión, consumo de sustancias, polifarmacia, etc).

En la etapa 1, un 67,9% de los RA fueron de calidad adecuada. Estos hallazgos son similares a los encontrados en servicios de Medicina Interna de hospitales públicos en Andalucía (España), donde el 58% eran adecuados. ⁽²⁾ Cuando se vincula la calidad del RA según el tamaño del hospital, aquellos con menos de 300 camas - comparables con el nuestro- reportaban un 71% de RA de calidad vs hospitales más grandes, donde el porcentaje de RA de calidad es del 34%. Nuestros hallazgos son también concordantes cuando consideramos esta condición.

Se han implicado como responsables de éste hecho, factores relacionados con la carga asistencial, grado de formación de los profesionales, ser hospitales universitarios, importancia de la cultura de seguridad en la institución, etc. ⁽²⁾

En el análisis particular de las variables consideradas, la más presente era “detalles para el seguimiento” (74%), seguido de “lista medicación conciliada” (69%), “condición del paciente al alta” (65%), “cuidados y recomendaciones” (63%), siendo el menos presente “examen físico al alta” (37%).

Alguno de estos resultados son similares a reportes internacionales, donde un 35% de los RA no tiene reflejada la situación al alta, ⁽¹⁴⁾ la falta de medicación oscila entre 2 al 40% ^(4,5) y las indicaciones sobre planes de seguimiento están carentes entre 2 al 43%. ^(4,12,15) Estos dos últimos ítems tienen un rango muy amplio, estando nuestros resultados dentro del mismo.

Las capacitaciones y talleres regulares han demostrado optimizar la calidad del RA, al igual que es uso de formatos electrónicos y de planillas estandarizadas en la confección del mismo. ^(5,11,16)

Esto quedó claramente reflejado en nuestro trabajo, 19,8% de los RA estaban completos vs 10,3% de los RA iniciales.

En la etapa 2 se objetiva que un 79,2% de los RA eran de calidad aceptable. Se objetiva un incremento en la presencia de todas las variables analizadas, siendo estadísticamente significativa para “lista medicación conciliada” y “cuidados y recomendaciones al alta”. La variable “examen físico al alta” es la que sigue presentando el menor reporte (43,8%).

Es necesario realizar un RA centrado en las necesidades y prioridades de la persona. Ello implica un cambio del paradigma, enfocarse en el cuidado actual y futuro del paciente, es parte de las buenas prácticas necesarias de instrumentar.

Conclusiones

Se trata del primer estudio en esta temática en el área de Medicina Interna, y muestra resultados globales y por ítems similares a datos internacionales, destacando el amplio rango que algunos de ellos tienen.

Los RA completos con todas las variables de calidad, aumentaron de 10,9% a 19,8% luego de la capacitación. El incremento fue estadísticamente significativo para las variables “lista de medicamentos conciliada” y “recomendaciones al alta”.

Se considera relevante la capacitación sobre la confección del RA en forma estructurada dentro de la formación del médico internista.

Consideramos importante continuar este tipo de trabajos, aumentando las áreas involucradas.

Bibliografía

- 1- Yemm R, Bhattacharya D, Wright D, Poland F. What constitutes a high quality discharge summary? A comparison between the views of secondary and primary care doctors. *Int J Med Educ.* 2014 Jul 5;5:125-31. doi: 10.5116/ijme.538b.3c2e.
- 2- Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruza G. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17(8):609-12
- 3- Pírez C, Peluffo G, Giachetto G, Menchaca A, Pérez W, Machado K. Alta hospitalaria. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 10/10/2023];91(S1):s64. Disponible en: <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/181>
- 4- Budinicha M, Sastreb J. Planificación del alta. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2020; 31(1):76-84. doi: 10.1016/j.rmcl.2019.09.006.

- 5- Schwarz, CM, Hoffmann, M., Schwarz, P. et al. Revisión sistemática de la literatura y síntesis narrativa sobre los riesgos de las cartas de alta médica para la seguridad de los pacientes. BMC Health Serv Res 19, 158 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3989-1>
- 6- Fuertes Guiró F, Rodríguez Franco A. Mejora de la calidad en el informe de alta médica en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Arch med. 2014; 10,1:1698-9465.
- 7- Eymin G, Aizman A, Lopetegui M, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. Rev Med Chile 2014; 142: 229-237. doi: 10.4067/S0034-98872014000200012
- 8- Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Feb 24;2(2):CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.
- 9- Zambrana-García JL, Rivas-Ruizb F. Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos. Grupo para el análisis de la calidad del informe de alta hospitalaria en los Hospitales de Alta Resolución de Andalucía. Gac Sanit. 2013; 27(5):450-453. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.08.007.
- 10- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Normas nacionales para el registro de egresos hospitalarios [Internet]. Montevideo: MSP, 2022 [citado: 10/10/2023]. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_NORMAS_NACIONALES_PARA_REGISTRO_EGRESOS_HOSPITALARIOS.pdf
- 11- Dean SM, Gilmore-Bykovskyi A, Buchanan J, Ehlenfeldt B, Kind AJ. Design and Hospitalwide Implementation of a Standardized Discharge Summary in an Electronic Health Record. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2016 Dec;42(12):555-AP11. doi: 10.1016/S1553-7250(16)30107-6.
- 12- Belleli E, Naccarella L, Pirotta M. Communication at the interface between hospitals and primary care - a general practice audit of hospital discharge summaries. Aust Fam Physician. 2013 Dec;42(12):886-90.
- 13- Martínez-Ramos M, Flores-Pardo E, uris-Sellés J. Rediseño del proceso de alta hospitalaria. Calid Asist. 2016;31(2):76-83. doi: 10.1016/j.cali.2015.09.004
- 14- Mendoza S, Tabares S, Pérez M, Mayoral N, Bellón S, Collado J, et al. Evaluación de la calidad de los informes de alta hospitalaria de pacientes ingresados en Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2017 [citado 10/10/2023]; 217(Espec Congr): 330 Disponible en: <https://www.revclinesp.es/es-congresos-xxxviii-congreso-nacional-sociedad-espanola-54-sesion-gestion-3534-evaluacion-de-la-calidad-de-41065>
- 15- Horwitz LI, Jenq GY, Brewster UC, Chen C, Kanade S, Van Ness PH, et al. Comprehensive quality of discharge summaries at an academic medical center. J Hosp Med. 2013 Aug;8(8):436-43. doi: 10.1002/jhm.2021.
- 16- Andrade R, Silvera G, Álvarez P, Estrada S, Zeballos J, Ormaechea G. Efecto de una intervención de alta programada sobre los reingresos de pacientes con insuficiencia cardíaca: Estudio APRICA. Insuf. card. 2021; 16(3): 72-78.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Nota de contribución autoral

Romina Sayas: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Lorena Bruno: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Rodrigo Jaluff: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original.

Florencia Araujo: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original.

Matías Duarte: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original.

Lucía Maresca: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original.

Alice Villani: Conceptualización, curación de datos, redacción – borrador original.

Mariela Garau: Conceptualización, análisis formal, redacción – revisión y edición.

Mercedes Perendones: Conceptualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición.

Nota de referencia autoral

Romina Sayas: Especialista en Medicina Interna. Asistente Clínica Médica.

Lorena Bruno: Especialista en Medicina Interna y Diabetología. Ex Asistente Clínica Médica.

Rodrigo Jaluff: Residente Medicina Interna.

Florencia Araujo: Residente Medicina Interna.

Matías Duarte: Residente Medicina Interna.

Lucía Maresca: Residente Medicina Interna.

Alice Villani: Residente Medicina Interna.

Mariela Garau: Médico Epidemiólogo. Profesora Agregada del Departamento de Métodos Cuantitativos.

Mercedes Perendones: Especialista en Medicina Interna y Hepatología. Profesora Agregada Clínica Médica.

Nota de disponibilidad de datos

Los autores declaran que el conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentran disponibles. Autor de referencia.

Nota del editor

El editor responsable por la publicación del presente artículo es la Dra. Mabel Goñi.