

## La reunión de alta al egreso hospitalario como doble vínculo entre la docencia y la atención primaria de salud

### The discharge meeting to the hospital discharge as a double link between teaching and primary health care

Zenén Rodríguez Fernández, Raúl Ramón Rizo Rodríguez, Amparo Mirabal Fariñas, Ana María Nazario Dolz

Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba.

---

#### RESUMEN

La educación en el trabajo es la forma fundamental de la organización del proceso docente educativo en los años de estudios superiores de las carreras de la Educación Médica Superior. El pase de visita docente asistencial es la modalidad por excelencia de educación en el trabajo, que por lo general culmina con la reunión de alta convocada para los pacientes cuyo egreso hospitalario se ha decidido con vistas a su seguimiento a través del nivel primario de atención sanitaria. Esta actividad es importante en la evaluación de la calidad de la asistencia brindada a los enfermos y su grado de satisfacción, por lo que se considera un doble vínculo entre la asistencia y la docencia y entre los niveles primario y secundario de atención, sobre la base bidireccional de la relación médico paciente y los principios éticos que la sustentan y en la cual el médico cumple su papel de educador, de ahí la necesidad de profundizar en los diferentes aspectos cognoscitivos sobre el tema a fin de incrementar la ejecución adecuada de esta imprescindible actividad docente asistencial.

**Palabras clave:** educación médica en el trabajo; reunión de alta; egreso hospitalario; informe médico de alta; niveles de atención médica.

## ABSTRACT

Education at work is the fundamental form of the organization of educational process in the years of higher education of the career of Higher Education. The teaching assistance pass is the most important form of education at work, which usually culminates with the high-level meeting convened for patients in which the hospital discharge has been decided with a view to follow-up through the primary level of education health care. This activity is important in assessing the quality of care provided to patients and their level of satisfaction, so a double link between care and teaching and between the primary and secondary levels of care is considered, based on Bidirectional relationship of the patient medical relationship and the ethical principles that underpin it and in which the physician fulfills his role as educator, hence the need to deepen the different cognitive aspects on the subject in order to increase the adequate execution of this essential activity Teaching assistant.

**Keywords:** medical education at work; meeting high; hospital discharge; high medical report; levels of medical care.

---

## INTRODUCCIÓN

La educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana<sup>1</sup> es la forma fundamental de la organización del proceso docente educativo en los años de estudios superiores de las carreras de la Educación Médica Superior<sup>2,3</sup> en la que el estudiante bajo la dirección del profesor participa activamente en el proceso de enseñanza aprendizaje. Esto se logra mediante la atención de personas sanas y enfermas, contribuyendo en alguna medida a la transformación del estado de salud del individuo o la colectividad. Su objetivo instructivo es la adquisición de conocimientos y habilidades, la destreza y la competencia para su futuro desempeño profesional. Desde el punto de vista educativo, interesa el desarrollo de la capacidad intelectual, física, espiritual y la formación de valores que conforman la personalidad del educando en la sociedad. Es necesario reconocer que existe una unidad dialéctica entre instrucción y educación.

El grupo básico de trabajo o equipo de salud integrado por alumnos, internos, residentes, especialistas, enfermeros y tecnólogos con un profesor jefe o responsable, presta los servicios de salud al individuo o la colectividad tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios. Durante el desarrollo de las acciones asistenciales, docentes, investigativas y de administración se sigue el principio de "trabajo en colectivo" donde todos tienen la obligación de enseñar a los compañeros del escalón inmediato inferior, en una dinámica en que todos aprenden de todos, tomando como eje la solución de los problemas inherentes a los propios servicios de salud.

El pase de visita docente asistencial<sup>4</sup> es una de las modalidades por excelencia de educación en el trabajo en la que se resalta la aplicación del método clínico<sup>5</sup> que concluye con la contrastación de las hipótesis diagnósticas por medio de los resultados de los exámenes paraclínicos y la toma de decisiones. Luego de aplicado

---

el tratamiento oportuno y adecuado del enfermo, así como de determinado su pronóstico y una vez que el grupo básico de trabajo valora el egreso del paciente de la institución, cabe la necesidad de convocar a la reunión de alta.<sup>6</sup>

Esta modalidad de educación en el trabajo tiene variantes. Depende si la atención médica se ha efectuado en el enfermo internado en el hospital o no, pues en el primer caso, se supone un mayor nivel de complejidad de los síntomas y signos del paciente, y las posibles complicaciones de la enfermedad, así como el riesgo inmediato o mediano para su vida lo que no ocurre en el segundo. Por tal razón, la reunión al egreso adquiere atención particular para el hospitalizado, pero puede aplicarse al paciente externo con sus adecuaciones.

En el trabajo docente asistencial cotidiano de los hospitales, se efectúa -en muchas ocasiones- la reunión de alta con todos los integrantes del grupo básico de trabajo y se deriva la responsabilidad de cumplimentar esta actividad a los de menor calificación. Si la reunión al egreso no se realiza o se efectúa inadecuadamente, no se ha completado el método clínico, el cual debe tener conclusiones. Si bien por otra parte, el equipo de salud podrá sentirse muy complacido por un preciso diagnóstico y un exacto tratamiento. Si no se traduce todo ese esfuerzo en la adecuada orientación hacia el paciente y sus familiares indicándole la próxima conducta a seguir; no se está cumpliendo con el objeto social de la profesión que se practica.

La reunión de alta o egreso constituye un momento muy importante en la evaluación de la calidad de la asistencia brindada a los enfermos y su grado de satisfacción,<sup>7</sup> por lo que se considera un doble vínculo entre la asistencia y la docencia y entre los niveles primario y secundario de atención, sobre la base bidireccional de la relación médico paciente y los principios éticos que la sustentan. Todas esas razones justifican la realización de esta revisión a fin de profundizar en los diferentes aspectos cognoscitivos sobre el tema en aras de incrementar la ejecución adecuada de esta imprescindible actividad docente asistencial.

## **ASPECTOS GENERALES DE LA REUNIÓN DE ALTA AL EGRESO HOSPITALARIO**

### **CARACTERÍSTICAS DE LA REUNIÓN DE ALTA AL EGRESO HOSPITALARIO**

La reunión de alta es un tipo de educación en el trabajo que complementa el pase de visita. Tiene un objetivo docente asistencial y contribuye a mejorar la interrelación de los hospitales con el nivel primario de atención.

#### **Objetivos generales de la reunión de alta hospitalaria**

- Cumplir una necesidad asistencial al servir de eslabón entre el período de ingreso y el egreso del paciente.
- Contribuir a la formación del personal de la salud a nivel del hospital y en la interrelación hospital policlínico consultorio, lo que garantiza una atención médica integral.<sup>8</sup>
- Cumplir los requisitos administrativos del cierre de la historia clínica.

### Objetivos específicos de la reunión de alta hospitalaria

- Informar al paciente y sus familiares sobre la naturaleza de la enfermedad, siempre que sea posible y así lo aconsejen las características de esta. En todo momento deben cumplirse los principios de la ética médica.
- Instruir al paciente y sus familiares sobre el modo de conducir el tratamiento al egreso.
- Orientar al paciente sobre la importancia de su seguimiento en el policlínico o en el consultorio.<sup>8</sup>
- Explicar al paciente y al familiar la importancia de la rehabilitación, si fuese necesario.
- Instruir al personal en formación sobre esta actividad, mostrándoles lo que ello representa en la relación médico paciente.
- Demostrar de una manera práctica que el período de hospitalización solo constituye una mínima proporción de la historia natural de la enfermedad.
- Educar al personal de la salud en la necesidad de tomar medidas preventivas oportunas durante y después de su período de hospitalización.
- Constituye el momento oportuno para revisar la historia clínica y detectar si está o no completa. Hacer el resumen que se envía al área de atención primaria con los diagnósticos definitivos, así como los documentos médico legales.
- Sirve para conocer el grado de satisfacción del paciente y los familiares sobre la atención recibida en el medio hospitalario.

Todo lo expresado se reitera en el Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública de Cuba,<sup>9</sup> establece que el alta médica constituye una decisión colectiva dirigida por el jefe de servicio, tomada teniendo en cuenta la evolución del paciente según su enfermedad, los resultados de los exámenes complementarios o diagnósticos, en base a un adecuado juicio médico y requiere de las siguientes acciones:

- a) Evolución y evaluación final con un comentario al alta médica,
- b) cierre de la historia clínica,
- c) instruir al paciente y sus familiares sobre el modo de conducir el tratamiento al egreso, la importancia de su seguimiento por su área de atención y de su rehabilitación de ser necesario,
- d) coordinación sobre la atención y seguimiento del enfermo en el área de salud,
- e) conocer el grado de satisfacción del paciente y los familiares sobre la atención recibida en el medio hospitalario,
- f) llenado de la documentación y entrega por escrito: Certificado médico de reposo, de diagnóstico y/o medicamentos controlados; emisión de recetas y métodos; indicaciones de otros exámenes diagnósticos a realizar,
- g) citación para turno médico si lo requiriere,
- h) resumen de historia clínica (contrarreferencia) con los elementos fundamentales del diagnóstico, tratamiento, evolución y rehabilitación del paciente.<sup>6,7</sup>

De forma semejante a como se planifica el pase de visita<sup>4</sup> también la reunión de alta se organiza teniendo en cuenta las condiciones ambientales donde debe existir privacidad, buena iluminación, limpieza y orden. Deben participar el paciente, el familiar o su apoderado sanitario o cuidador y el equipo de salud que participó en la atención del paciente. Debe tenerse en cuenta la capacidad de comprensión del enfermo y su familiar. Utilizar un lenguaje claro y comprensible para informar adecuadamente y evitar que tengan que buscar otras fuentes de información menos precisas. No actuar con prisa constituye este momento esperado por todos donde se emiten consideraciones de extrema importancia tanto para el enfermo, sus familiares y el personal médico y paramédico que atendió al paciente.<sup>5</sup>

La reunión de alta permite, además:

- Rediscutir el diagnóstico final en el grupo de trabajo y analizar críticamente el proceso.
- Revisar y corregir errores de la historia clínica convirtiéndose en un ejercicio docente y asistencial.<sup>10</sup>
- Escribir epílogo-juicio clínico final.
- Verificar el correcto cierre de la hoja de egreso, elemento este muy vinculado a la confiabilidad de la información estadística, de la institución de donde proceda el egresado.<sup>11</sup>
- Llenar otros documentos como reporte de neoplasia o enfermedad de declaración obligatoria o emisión de dieta médica.
- Debe estar presente el codificador o estadístico de la institución para plasmar en la hoja de egreso el registro según el Código Internacional de Enfermedades.<sup>12</sup>
- Si la enfermedad tiene interés científico se realiza una revisión de la bibliografía médica actualizada.<sup>5,6</sup>

### **Aspectos metodológicos**

Se establecen dos variantes de la reunión de alta al egreso hospitalario: una académica con la participación de todo el personal de la sala; y otra que será la reunión regular del alta hospitalaria.

En la reunión de alta académica participan los profesores y especialistas, residentes, estudiantes de Medicina, la enfermera jefa de sala, enfermeras, estudiantes de Licenciatura en Enfermería de un GBT, y la secretaria, pantristas y auxiliares generales de la sala. Se invitará al médico de la familia que corresponda y si fuera necesario se coordinará la participación de otros especialistas.

Será precedida por el jefe del grupo básico de trabajo, quien decidirá el alta siempre que sea posible con 24 horas de antelación,<sup>8</sup> debiéndose realizar la reunión en presencia del paciente y el familiar, cuidando que no se cometan iatrogenias durante su desarrollo. Esta actividad se realizará con una frecuencia semanal como mínimo, después del pase de visita, de 11:00 a 12:00 m o en horario de la tarde, previa coordinación con todos los participantes y fundamentalmente con el médico de la familia.

El residente iniciará la reunión con un resumen de la historia clínica que comprenderá: la historia clínica propiamente dicha, los problemas diagnósticos, tanto los resueltos como pendientes de solución o insolubles en sus aspectos bio-sico-sociales, exposición y análisis de la terapéutica seguida, así como la evolución del paciente, establecimiento del pronóstico y grado de incapacidad si lo hubiera.

El jefe del grupo básico de trabajo dirigirá la reunión de modo que se produzca una discusión viva y crítica, con la participación de todos los integrantes. Después hará las conclusiones, cuyo resumen será recogido por el residente y adjuntado a la historia clínica.

Al final de la reunión se cumplirán las normas administrativas del cierre de la historia clínica y se entregarán los modelos correspondientes: certificado del alta, hoja de egreso, resumen para el área de atención primaria, recetas y métodos correspondientes.

En la reunión regular de alta hospitalaria solo participan los residentes, internos y estudiantes de Medicina de la estancia bajo la dirección del profesor o el especialista. La dinámica y los asuntos a tratar son los mismos que los descritos anteriormente, la frecuencia diaria y al menor número de participantes debe hacerse de manera sintética, sin descuidar los objetivos antes señalados. Se realizará siempre inmediatamente al concluir el pase de visita.

### **Reingresos y costos hospitalarios**

Según la Organización Mundial de la Salud,<sup>13</sup> en los últimos años, se ha generado una alarma mundial por el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial, en los países en desarrollo, las que suscitan ingresos y egresos reiterados. Estas enfermedades son complejas, se prolongan en el tiempo, y por lo general, demandan apoyo de cuidados. Tal vez por este motivo se ha enfatizado cada vez más en la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, continuo e integral en lo que juega papel preponderante la atención primaria de salud.<sup>14,15</sup>

El plan de egreso hospitalario, restringido por algunos al alta institucional, es una expresión de este tipo de cuidado que adquiere particular relevancia en los sistemas de salud, a nivel mundial, en los que se analiza el incremento del costo de la hospitalización. En este caso se reconoce solamente la dimensión económica del ejercicio de la medicina, teniendo en cuenta que todo lo que en un futuro casi inmediato sea científicamente posible, no será económicamente asumible.<sup>16,17</sup>

Esta consideración presiona el paso de los pacientes de servicios de mayor a menor complejidad y de la institución al hogar,<sup>14,15</sup> sin que exista la preparación adecuada para asumir esta responsabilidad de cuidados por parte del paciente, la familia o el cuidador. De ello se deriva la importancia de la reunión de alta hospitalaria,<sup>18,19</sup> la cual proporciona la información precisa con el diagnóstico al egreso y las orientaciones necesarias para su cumplimiento en el hogar, útiles para mantener compensado a un paciente aquejado de una enfermedad crónica.<sup>16-19</sup> De esta manera se evita su reingreso por omisión o desconocimiento de aspectos relacionados con la terapéutica farmacológica o no farmacológica a seguir por el egresado.

El porcentaje de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención médica.<sup>17,20</sup> Puede deberse a factores clínicos y sanitarios, relacionados con el paciente y su entorno social y familiar o con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Los primeros podrían evitarse al diseñar intervenciones efectivas para el seguimiento de los pacientes tras el alta. Su pilar inicial es el informe médico de alta para la adecuada atención del enfermo en el nivel primario de salud.

### El informe médico de alta (IMA)

Diferentes autores<sup>21,22</sup> consideran el IMA como un documento básico de la historia clínica del paciente. Suele redactarlo el médico responsable del enfermo durante su hospitalización. Contiene una información esencial para el paciente, su familia y/o el cuidador principal, y debe facilitar la continuidad asistencial en la transición desde el hospital hasta el entorno ambulatorio. Además, es un elemento clave del que se van a extraer los principales indicadores del funcionamiento hospitalario: eficiencia y calidad asistencial. Para que todos y cada uno de estos destinatarios obtenga el mayor provecho del IMA, debe estar redactado de forma completa, fiable y exhaustiva.<sup>23,24</sup>

Según las recomendaciones de una conferencia de consenso para el informe médico de alta en especialidades médicas,<sup>24</sup> entre los aspectos más relevantes para que cumpla de forma eficiente los objetivos para los que fue designado figura la debida redacción en términos médicos. Debe ser un resumen sintético, preciso y conciso de la historia clínica. Estará dirigido fundamentalmente al paciente con un plan terapéutico claro y comprensible, todo lo cual se debe cumplimentar con una adecuada información verbal del médico responsable en el momento del egreso. Se deben señalar las pruebas realizadas, las que están pendientes o aquellas cuyos resultados se esperan. Debe hacerse referencia al calendario de citas propuestas y resaltar el papel del médico de familia como coordinador principal del cuidado del paciente en régimen ambulatorio. Todo ello resalta la importancia de la reunión de alta hospitalaria.

La calidad y la exhaustividad de la codificación clínica realizada en el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas hospitalarias guardan una estrecha relación con la calidad del IMA. Este debe contener el diagnóstico principal, los secundarios, las comorbilidades, la evolución clínica, con todas las complicaciones surgidas durante el ingreso, y los procedimientos realizados, especialmente si alguno es quirúrgico. A partir de toda esta información se van a generar los principales indicadores de la gestión hospitalaria. Estos reflejan los aspectos de eficiencia y calidad, usados tanto por gestores como por los médicos en la toma de decisiones y la base de datos demográficos y epidemiológicos con los del proceso asistencial, en el diseño de proyectos de investigación en enfermedades concretas.<sup>25,26</sup>

El documento debe incluir la firma de médicos de otras especialidades, especialmente las quirúrgicas, y la participación de otros profesionales sanitarios, como farmacólogos y de enfermería. Sería excelente que este documento fuese refrendado por el Ministerio de Salud Pública para su implantación generalizada en Cuba, habida cuenta de que la hoja de egreso tradicional no cumplimenta todas estas expectativas.

En el Hospital "Hermanos Ameijeiras" de La Habana,<sup>27</sup> ante la necesidad de incluir un mayor número de historias clínicas en el local asignado para archivo y localizar con mayor rapidez la información relacionada con ingresos anteriores de los enfermos, a partir del año 2000 se sustituyó la hoja de egreso vigente por otro formulario diseñado expresamente, denominado Informe de Alta, cuyos datos se introdujeron en el proyecto de automatización del departamento de registros médicos del centro.

Ocho años después de la implantación del IAM con el doble propósito de eliminar de documentos de la historia clínica y constituir el registro básico con vistas a obtener información de calidad para la toma de decisiones, se logró eliminar los tarjeteros manuales para los datos concernientes a la morbilidad y mortalidad, así como a

procedimientos médicos y quirúrgicos. Además, facilitó obtener información estadística pertinente para la evaluación de historias clínicas e investigaciones médicas. Entonces se recomienda la sustitución de la hoja de egreso por el IAM e incluirlo dentro del sistema automatizado en todos los hospitales del país, lo que coincide con otros autores consultados.<sup>28,29</sup>

El aprendizaje para la redacción del IMA se adquiere en los primeros años de formación de la especialidad. Al igual que otros aspectos de la práctica clínica, está determinada por el estilo general y las costumbres del servicio docente en el que se realiza la residencia, lo que se podría considerar el "estilo de práctica". La enseñanza de la elaboración del IMA debería estar más estructurada y supervisada durante el período formativo, pues es crucial y difícilmente modificable con el paso del tiempo.

Como resumen, *García y Jiménez*<sup>22</sup> proponen el siguiente decálogo para mejorar la calidad del IMA:

- 1) Piense en las necesidades de los distintos usuarios y trate de satisfacerlas.
- 2) Ponga atención en la recogida de los datos de filiación.
- 3) Utilice un orden de fácil lectura y evite las abreviaturas.
- 4) Sea preciso en el uso del lenguaje y evite términos ambiguos o confusos.
- 5) Cumplimente todas las variables establecidas.
- 6) Recoja todas las complicaciones sucedidas durante el ingreso.
- 7) Redacte las recomendaciones en términos totalmente comprensibles por los pacientes.
- 8) Sea realista a la hora de prescribir tratamientos farmacológicos.
- 9) Describa el seguimiento necesario tras el alta.
- 10) Identifique correctamente al autor o autores del informe.

Según *Zambrana y Rivas*,<sup>29</sup> el análisis de la calidad de 1 708 informes de alta realizado en especialidades médicas de 11 hospitales de Andalucía, reveló un excelente grado de cumplimentación de los datos exigidos por la normativa vigente en España, pero deben mejorar en su calidad intrínseca. Los informes de alta hospitalaria con más margen de mejora son los correspondientes a pacientes ingresados por procesos quirúrgicos, hallazgos ya objetivados en estudios previos.<sup>30,31</sup> La calidad del informe de alta hospitalaria es menor en los grandes hospitales universitarios que en las instituciones sanitarias comarcales, donde la asistencia es el centro de su actividad.<sup>30</sup>

### **El informe médico de alta en las especialidades quirúrgicas**

*Galindo y otros*,<sup>32</sup> en un estudio descriptivo preliminar realizado en el Hospital Central de la Cruz Roja, centro público del Servicio Madrileño de Salud, mostraron que 39 % de los informes de alta quirúrgicos provisionales estaban incompletos y realizados sobre plantilla genérica (59 %) o como simple nota de alta manual (41 %). A causa de esto, se rediseñó la metodología de elaboración y archivado, se dispuso una secretaría quirúrgica única y común para realizarlos bajo un único responsable, así como la protocolización consensuada con los servicios de un sistema informático de archivo centralizado accesible mediante intranet.



Con esta metodología, se logró normalizar y archivar electrónicamente la totalidad de los informes. El paciente lo recibe impreso en el momento del alta y con las citas para primera cura y/o revisión en consulta en 98 % de los ingresados y en 100 % de los operados mediante cirugía mayor ambulatoria. En las intervenciones menores no se alcanzó el objetivo. Se concluyó, entonces, que la alternativa de normalización extensiva del informe de alta quirúrgico junto al rediseño del proceso de su elaboración resulta eficiente para maximizar la calidad de la información clínica entregada al enfermo y a su vez, minimizar la espera desde que el facultativo confirma el alta hasta que el paciente abandona el centro.

Para servir a sus fines y por lo tanto considerarlo de calidad,<sup>21,22</sup> un IMA debe ser completo en los apartados recogidos, fiable en sus contenidos (diagnósticos, procedimientos, comorbilidades y complicaciones). Debe entregarse en el momento del alta tras la atención prestada, sea esta hospitalaria, de carácter ambulatorio médico o quirúrgico (hospitalización, cirugía mayor ambulatoria o cirugía menor, hospitales de día, atención domiciliaria y consultas) o incluso de consulta especializada, y recoger las citas oportunas o derivaciones para continuar la asistencia hasta el fin del episodio o su control mantenido. El formato en papel debe ser corporativo, con perfecta identificación del paciente y, si es posible, elaborado mediante una aplicación informática<sup>12</sup> que evite errores de transcripción, permita la explotación de los datos (codificación semiautomática,<sup>12</sup> estudios clínicos, epidemiológicos o farmacológicos) e incluso su transmisión a otros centros asistenciales.<sup>33,34</sup>

La excelencia en la calidad del IMA es, a veces, inalcanzable por razones culturales de los profesionales, de recursos humanos, organizativos o técnicos, de conocimientos informáticos, entre otras causas. Sin embargo, es tal la importancia para la organización que el gestor debería liderar cualquier oportunidad de mejorarlos.<sup>21,22</sup>

Los IMA de los servicios quirúrgicos suelen presentar un nivel de calidad inferior a los médicos,<sup>33,34</sup> quizás por tratarse de una asistencia de menor estancia o mayor resolución con alto movimiento de pacientes. Sin embargo, también estos lo utilizan para determinar -sistemática y objetivamente- la calidad asistencial prestada.<sup>11,23</sup> Existe una clara conciencia del valor de su fiabilidad.<sup>11,33</sup>

Hoy, todos los informes clínicos del referido centro están disponibles para facultativos y admisión a través de la red interna mediante un gestor informático específico dotado de las oportunas medidas de seguridad y confidencialidad, sin coste adicional alguno.<sup>32</sup> Se muestra así que, en ausencia de sistemas de historia clínica computarizada, hay sencillas y eficientes alternativas para garantizar la calidad de información documental entregada al enfermo.

## CONCLUSIONES

La reunión de alta al egreso hospitalario es importante en la evaluación de la calidad de la asistencia brindada a los enfermos y su grado de satisfacción. La reunión de alta se considera un doble vínculo entre la asistencia y la docencia y entre los niveles primario y secundario de atención, sobre la base bidireccional de la relación médico-paciente y los principios éticos que la sustentan. Esta reunión es un acto solemne, de profundo sentido humano y científico. El informe escrito debe ser completo y reflejar todos los aspectos considerados en la comunicación oral previa y en la cual el médico cumple su papel de educador.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Sacasas JÁ. El principio rector de la educación médica cubana. Un reconocimiento a la doctrina pedagógica planteada por el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy. Educ Med Super [Internet]. 2013 Jun [citado 07 Ene 2016];27(2):239-48. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412013000200011&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000200011&lng=es)
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 15. Reglamento para la organización del proceso docente educativo en los centros de educación médica superior; 1988.
3. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Resolución No. 210. Reglamento para el trabajo docente y metodológico; 2007.
4. Álvarez Rodríguez A, Gallardo Gálvez J. El pase de visita docente asistencial. Rev Ciencias Médicas de La Habana [Internet]. 2000 [citado 12 dic 2015];6(2). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/46/html>
5. Corona Martínez LA. El método clínico como método de enseñanza en la carrera de medicina. Rev Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [Internet]. 2009 [citado 13 Dic 2015];7(6):23-5. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1727-897x2009000600005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1727-897x2009000600005&script=sci_arttext)
6. Castañeda-Gueimonde C, Amigo-González R, Amigo-Castañeda P, Rodríguez-Díaz M, Noda-Pulido A. Reunión al egreso o sesión de alta: vínculo entre asistencia y docencia. Revista Médica Electrónica [revista en Internet]. 2016 [citado 24 de mayo 2016];38(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1834>
7. Reyes A, González A, Rojas MF, Montero G, Marín I, Lacalle JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. Rev Clin Esp. 2001;201:685-9.
8. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Planificación del alta del hospital al domicilio [Internet]. Inglaterra: Cochrane; 2010 [citado 15 dic 2015]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD000313/planificacion-del-alta-del-hospital-al-domicilio>
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución. Reglamento General de Hospitales; 2007.
10. Vidal Ledo M, Fernández Sacasas JA. La enseñanza de la Clínica Reflexiones sobre el tema. Educ Med Super [Internet]. 2005 Jun [citado 13 Dic 2015];19(2):1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412005000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200010&lng=es)
11. Flores B, Andres B, Campillo A, Soria V, Candel MF, Miquel J, et al. Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general. Rev Cal Asist. 2004;19:443-5.

12. Yetano J, Guajardo J, Conde F, Montero AB, Valle P, Ayuso C. Codificación semiautomática de las altas hospitalarias a partir de los informes de alta informatizados. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2007;8:49-58.
13. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Repositorio Internacional para Compartir Información [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [citado 18 dic 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/%2010665/82062/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_13.1\\_spa.%20pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/%2010665/82062/1/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.%20pdf)
14. Sánchez B. Cuidado seguro: la nueva tendencia en el cuidado de la salud. *Actual Enferm*. 2011;14(2):27-32.
15. Bowman E, Sachs G, Emmett T. Do hospital-to-home transitional care programs for older adults address palliative care domains? A systematic review. *J Pain Symptom Manag*. 2012;43(2):420.
16. Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiel IG, Zarnke K. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *CMAJ*. 2010;182:551-7.
17. Epstein AM, Jha AK, Orav EJ. The relationship between hospital admission rates and rehospitalizations. *N Engl J Med*. 2011;365:2287-95.
18. Tellett L, Pyle L, Coombs M. End of life in intensive care: Is transfer home an alternative? *Intens Crit Care Nurse*. 2012;28(4):234-41. Citado en PubMed; PMID:22406252.
19. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob* [Internet]. 2010 [citado 18 dic 2015];(16). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&nrm=iso)
20. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R. Gestión de los reingresos en Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2013;213(4):203-7. DOI: 10.1016/j.rce.2012.03.007
21. Zapatero Gaviria A. ¿Por qué es importante el informe médico de alta? *Revista Clínica Española* [Internet]. 2010 [citada 18 dic 2015];210(7):355-58. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256510002353>
22. García Alegría J, Jiménez-Puente A. El informe de alta hospitalaria, utilidad y propuestas de mejora. *Rev Clin Esp*. 2005[citado 25 de mayo de 2016];205(2):75-8. Disponible en: [www.revclinesp.es/es/el-informe-alta-hospitalaria-utilidades/articulo/13072500/](http://www.revclinesp.es/es/el-informe-alta-hospitalaria-utilidades/articulo/13072500/)
23. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E. Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med* 2006[citado 25 de mayo de 2016];144:742-752. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16702590>
24. Conthe Gutiérrez P, García Alegría J, Pujol Farriols R, Alfageme Michavilla I, Artola Menéndez S, Barba Martín R. Consenso para el informe de alta en especialidades médicas. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:505-10.

25. Jiménez Puente A, García Alegría J, Lara-Blanquer A. Sistemas de información para clínicos II. Cómo analizar la eficacia y calidad de la asistencia intrahospitalaria. *Rev Clin Esp.* 2010.
26. Barba R, Losa JE, Guijarro C, Zapatero A. Fiabilidad del CMBD en el diagnóstico de la enfermedad tromboembólica. *Med Clin (Barc).* 2006;127:255-7.
27. Alemán Lage MC, Ríos Massabot NE, Hernández Romero F. El doble propósito del informe de alta en el hospital "Hermanos Ameijeiras". *Rev Cubana Salud Pública [Internet].* 2009 Sep [citado 25 de mayo de 2016];35(3):1-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000300017&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300017&lng=es)
28. Ríos Massabot NE, Plasencia Iglesias AE, Senra Armas LA, Páez Prats I. El archivo de historias clínicas. Cuestión de Espacio. *Rev Cubana Salud Pública.* 2002;28(1):18-21.
29. Zambrana García JL, Rivas-Ruiz F. Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos. *Gaceta Sanitaria, Barcelona Sep./Oct.* 2013;27(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.08.007>
30. Hernández García I, González Celador R. Calidad de los informes de alta en un hospital universitario. *Rev Clin Esp.* 2011;211:219-21.
31. Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD. Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Calid Asist.* 2002;17:609-12.
32. Galindo M, García S, Cadenas A, O'Shea I, López M, Gómez JM, et al. Normalización extensiva del informe de alta quirúrgico. Una alternativa de calidad eficiente. *Rev Calidad Asistencial.* 2009;24(2):67-71.
33. De Ramón RM, Egea I, Salañer B. Proceso de mejora de la información clínica del registro de actividad quirúrgica del Hospital La Fe. *Papeles Médicos.* 2006;15:4-16.
34. Galindo Gallego M, López Nieto M, García de San José S, Rodríguez Santirso MA, Gómez Muñoz JM, Culebras Viñals A. Sistema informatizado para la programación de actividad quirúrgica (SIPAQ). *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios.* 2008;8:53-64.

Recibido: 6 de julio de 2016.

Aprobado: 10 de septiembre de 2016.

*Zenén Rodríguez Fernández.* Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora", Santiago de Cuba.

Correo electrónico: [zenen@medired.scu.sld.cu](mailto:zenen@medired.scu.sld.cu)