

El médico responsable del paciente hospitalizado y sus implicaciones en la calidad de la asistencia

Javier Yetano^a, Ana Chueca^a, Urko Aguirre^{a,b}, Gonzalo López-Arbeloa^c, Ines Gallego^a y Jon Guajardo^a

^aHospital de Galdakao. Galdácano. Vizcaya. España.

^bCIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España.

^cOrganización Central de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Vitoria. Álava. España.

Correspondencia: Dr. J. Yetano Laguna.

Servicio de Documentación Clínica. Hospital de Galdakao.

Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao. Vizcaya. España.

Correo electrónico: javier.yetano@osakidetza.net

Resumen

Introducción: En los hospitales públicos españoles, en algunas ocasiones, el paciente hospitalizado no tiene un médico responsable específico lo que puede tener implicaciones negativas para la calidad de la asistencia. El objetivo de este trabajo es medir el grado de conocimiento de quién es el médico responsable de un paciente ingresado.

Material y métodos: Es un estudio transversal prospectivo sobre las altas de un hospital general público. Se realizaron encuestas personales a los pacientes que se iban de alta y a su enfermera, a quienes se preguntó, por separado, el nombre del médico responsable. También se registró el nombre del médico responsable que figuraba en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y se obtuvieron los porcentajes de coincidencia entre el médico que identificó el paciente, la enfermera y el CMBD comparado con el que firmaba el informe de alta, que se tomó como patrón de comparación por su valor legal.

Resultados: El 26,5% de los pacientes, el 48,8% de las enfermeras y el 72,1% del CMBD identificaron como médico responsable al que firmaba el informe de alta.

Conclusiones: La identificación del médico responsable de un paciente ingresado por parte del paciente y de la enfermera es baja y hay variabilidad según los diferentes servicios médicos. En el futuro, la utilización de la variable médico responsable del CMBD para obtener indicadores de calidad y eficiencia por cada médico producirá efectos beneficiosos: mejorará la asignación clara de cada uno de los pacientes ingresados a un médico, así como su registro en el CMBD.

Palabras clave: Calidad asistencial. CMBD. Médico responsable.

Introducción

La legislación española define al médico responsable del paciente como el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente¹. Sin embargo, en los hospitales públicos españoles, en algunas ocasiones, el paciente hospitalizado no tiene un médico responsable específico, lo que puede tener implicaciones negativas para la calidad de la asistencia. Cuando un paciente ingresa en un hospital público lo hace a cargo de un servicio que se responsabiliza de su asistencia. Esta asignación es positiva para la calidad de su asistencia y clara para todos (el paciente, las enfermeras y el resto de los profesionales sanitarios sa-

Abstract

Introduction: On some occasions, patients admitted to Spanish public hospitals, do not have a specific physician responsible for them and this can have a negative impact on the quality of health care. The aim of this work is to measure the level of knowledge of the physician responsible for a hospitalised patient.

Material and methods: It is a transverse prospective study on the discharges from a public general hospital. Personal surveys were carried out on patients who were discharged and on their nurses, asking them separately the name of the responsible physician. The name of the responsible physician who appeared in the minimum basic data set (MBDS) was also recorded. The percentages of coincidence were obtained by comparing the responsible physician that the patient, the nurse and the MBDS identified with the physician who signed the discharge being taken as the reference value.

Results: The physician who signed the discharge report was identified by 26.5% of the patients, 48.8% of the nurses and 72.1% of the MBDS as the responsible physician.

Conclusions: The identification of the physician responsible for a in-patient by the patient, as well as the nurse is low and variable depending on the different medical services. In the future, the use of the physician responsible variable in the MBDS to obtain quality and efficiency indicators for each physician will improve the assignment of a physician to every in-patient, as well being recorded in the MBDS.

Key words: Quality control. Minimum basic data set. Physician responsible.

ben que un enfermo es de cardiología, por ejemplo). Sin embargo, el paciente o sus familiares, las enfermeras y el resto de los profesionales sanitarios no siempre saben quién es el médico responsable de un enfermo ingresado, pese a que sería bueno para la calidad de la asistencia. Esta última afirmación, de sentido común, se refuerza con la constatación de que los que mejor conocen el funcionamiento de los hospitales, los propios sanitarios, demanden esa personalización cuando ingresan, ellos o un familiar, como enfermos en un hospital. La medicina hospitalaria actual, al utilizar pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos muy especializados, favorece una responsabilidad compartida del proceso (se ha medido que en la asistencia a un enfermo ingresado du-

rante 10 días en un hospital intervienen hasta 60 profesionales). Pero la calidad de la asistencia que recibe un paciente ingresado, su seguridad e incluso lo prolongado de su estancia mejoran si hay un médico que lidera el proceso diagnóstico y se responsabiliza del tratamiento². Además, algunos autores han confirmado que el conocimiento por parte del paciente del nombre del médico que lo atendió durante el ingreso hospitalario es un predictor de la calidad percibida por el paciente³. Sin embargo, no todos los enfermos ingresados en los hospitales públicos españoles tienen claramente asignado un médico responsable y, con frecuencia, la responsabilidad queda diluida entre varios miembros de un equipo o servicio médico. Las consecuencias negativas de la insuficiente personalización de la responsabilidad del paciente ingresado son difíciles de medir, pero un primer paso es saber si realmente es así.

Por otra parte, desde 1993, los hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco recogen en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) el servicio y el médico responsables del alta. El dato del servicio ha permitido medir lo realizado por cada uno de ellos mediante los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)⁴⁻⁶, compararlo con otros similares y mejorar su eficiencia. Sin embargo, la utilización del dato del médico responsable ha sido casi nula.

El objetivo de este trabajo es medir la concordancia entre el médico firmante del informe de alta (responsable legal del episodio de hospitalización) y el encontrado como responsable a tres niveles: el que identifica el paciente que se va de alta, el que cree responsable la enfermera de ese paciente y, por último, el que registra el hospital en la base de datos del CMBD.

Material y métodos

Estudio transversal descriptivo realizado en julio de 2007 sobre las altas de los 5 servicios médicos (digestivo, cardiología, neumología, traumatología y cirugía general) con mayor número de altas de un hospital general público de 380 camas. Se calculó el tamaño de la muestra a partir de las 10.410 altas de 2006 de los 5 servicios con una precisión del 3% y un 90% de nivel de confianza. Se obtuvo una muestra a medir de 215 pacientes. La Dirección Médica del hospital informó del estudio con 2 meses de antelación a los jefes de los servicios afectados y a las supervisoras de las unidades de hospitalización. De cada alta se recogió el médico firmante del informe de alta y el médico que identificaba como responsable el paciente, la enfermera y el CMBD. También se midió el sexo y la edad del paciente (como continua o categorizada), los días de hospitalización (como estancia media y estratificada), así como el servicio responsable.

En una primera fase, una enfermera de la unidad de calidad realizó las encuestas personalmente a los pacientes que se iban de alta cada día y a su enfermera (la que estaba asignada a la cama del paciente), a quienes preguntó, por separado, el nombre del médico responsable. Se registraron los pacientes que creían conocer el nombre de su médico y cuál era su nombre. Igualmente, con las respuestas de las enfermeras,

se registró si identificaban un médico responsable del paciente y cuál era su nombre. Posteriormente, se registró el médico que figuraba en el CMBD en la categoría médico responsable del alta y, por otro lado, el médico firmante del informe de alta. Por último, se obtuvieron los porcentajes de concordancia entre el médico responsable que identificó el paciente, la enfermera y el CMBD comparado con el médico que firmaba el informe de alta, que se tomó como patrón de comparación por su valor legal.

Para hacer el análisis estadístico se calculó, en primer lugar, las frecuencias absolutas y los porcentajes de las variables analizadas, estratificados por servicio, tales como el porcentaje de pacientes que cree identificar al médico responsable o la estancia media. En un segundo lugar se utilizó la prueba de la χ^2 para medir la variabilidad entre los servicios médicos del hospital y para determinar diferencias en cuanto a coincidencias con el informe del alta. Paralelamente, se utilizó el test de Kruskal-Wallis con el fin de hallar diferencias en la edad y la estancia media del paciente. Todos los cálculos fueron realizados con el paquete estadístico SAS System v9.1. Se asumió significación estadística cuando $p < 0,1$.

Resultados

Los 215 pacientes de la muestra aceptaron contestar la encuesta; 190 (88,4%) lo hicieron directamente. En los 25 (11,6%) casos restantes respondió el familiar acompañante por razones de edad elevada, sordera u otra limitación clínica del paciente. En la comparación del grupo que respondió directamente el paciente con el que respondió el familiar, se observa que la variabilidad es estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre ambos grupos sólo en cuanto a la edad, que es menor entre los que contestaron directamente ($63,1 \pm 17,8$ frente a $73,6 \pm 19,8$ años). La distribución del resto de las variables en ambos grupos fue semejante.

En la tabla 1 se describen, estratificadas por servicio médico, las características (sexo, edad, estancia y si identificó a un médico responsable) de los 215 pacientes que respondieron a la encuesta. No hubo variabilidad estadísticamente significativa entre los servicios médicos en el sexo y en cuanto a si el paciente identificó a un médico responsable. Por el contrario, hubo variabilidad entre los servicios médicos ($p < 0,001$) en la edad, los días de estancia y en cuanto a si la enfermera identificó a un médico responsable. En la totalidad de los servicios, sólo el 35,8% de los pacientes y el 62,3% de las enfermeras creen identificar al médico responsable y dan un nombre. En todos los casos estaba recogido un médico responsable en el CMBD y había un informe de alta firmado por un médico.

En la tabla 2 se muestra la coincidencia del médico responsable que identificó el paciente, la enfermera y el CMBD con respecto al del informe de alta. Hay variabilidad estadísticamente significativa entre los servicios médicos pero no por sexo, grupos de edad o días de estancia. En el conjunto de los cinco servicios, sólo el 26,5% de los pacientes y el 48,8% de las enfermeras identificaron como médico responsable al que firmaba el informe de alta, mientras que la coincidencia

Tabla 1. Descripción de la muestra por servicios médicos (n = 215)

	Servicio 1 (n = 32)	Servicio 2 (n = 43)	Servicio 3 (n = 39)	Servicio 4 (n = 55)	Servicio 5 (n = 46)	Total (n = 215)	p
Sexo, n (%)							0,43
Varones	18 (56,2)	22 (51,2)	25 (64,1)	25 (45,5)	27 (58,7)	117 (54,4)	
Mujeres	14 (43,8)	21 (48,8)	14 (35,9)	30 (54,5)	19 (41,3)	98 (45,6)	
Edad, media ± DE	66,5 ± 12,7	68,7 ± 11,7	69,7 ± 16,7	63,2 ± 20,4	55,5 ± 22,3	63,1 ± 17,1	< 0,001
Grupos de edad, n (%)							< 0,001
< 55 años	3 (9,4)	3 (7)	5 (12,8)	19 (34,6)	20 (43,4)	50 (23,3)	
55-74 años	18 (56,2)	23 (53,5)	12 (30,8)	14 (25,4)	13 (28,3)	80 (37,2)	
≥ 75 años	11 (34,4)	17 (39,5)	22 (56,4)	22 (40)	13 (28,3)	85 (39,5)	
Estancia, media ± DE	9,5 ± 4,7	3,5 ± 2,4	4 ± 8,7	9,6 ± 7,4	11,5 ± 13,3	7,7 ± 8,8	< 0,001
Días de estancia, n (%)							< 0,001
≤ 2	2 (6,3)	14 (32,6)	18 (46,1)	7 (12,7)	4 (8,7)	45 (20,9)	
> 2	30 (93,7)	29 (67,4)	21 (53,9)	48 (87,3)	42 (91,3)	170 (79,1)	
Identifica a un médico responsable, n (%)							
Paciente (cree que sí y lo nombra)	14 (43,7)	9 (20,9)	14 (35,9)	20 (36,4)	20 (43,5)	77 (35,8)	0,18
Enfermera (cree que sí y lo nombra)	24 (75)	32 (74,4)	34 (87,2)	12 (21,8)	32 (69,6)	134 (62,3)	< 0,001
CMBD	32 (100)	43 (100)	39 (100)	55 (100)	46 (100)	215 (100)	-
Informe al alta	32 (100)	43 (100)	39 (100)	55 (100)	46 (100)	215 (100)	-

DE: desviación estándar.

Tabla 2. Coincidencia del médico responsable que identifica el paciente, la enfermera y el CMBD respecto al del informe de alta y su variabilidad

	N	Coincidencia respecto al informe de alta					
		Paciente, n (%)	p	Enfermera, n (%)	p	CMBD, n (%)	p
Servicio			0,01		< 0,0001		< 0,0001
Servicio 1	32	11 (34,4)		21 (65,6)		23 (71,9)	
Servicio 2	43	8 (18,6)		31 (72,1)		38 (88,4)	
Servicio 3	39	13 (33,3)		30 (76,9)		39 (100)	
Servicio 4	55	7 (12,7)		3 (5,5)		11 (20)	
Servicio 5	46	18 (39,1)		20 (43,5)		44 (95,6)	
Sexo			0,44		0,07		0,29
Varones	117	34 (29,1)		64 (54,7)		88 (75,2)	
Mujeres	98	23 (23,5)		41 (41,8)		67 (68,4)	
Edad			0,72		0,001		0,18
< 55	50	14 (28)		15 (30)		32 (64)	
55-74	80	23 (28,7)		50 (62,5)		63 (78,7)	
≥ 75	85	20 (23,5)		40 (47,1)		60 (70,6)	
Días de estancia			0,98		0,10		0,71
≤ 2	45	12 (26,7)		27 (60)		34 (75,6)	
> 2	170	45 (26,5)		78 (45,9)		121 (71,2)	
Total	215	57 (26,5)		105 (48,8)		155 (72,1)	

aumentó al 72,1% entre el médico responsable que figuraba en el CMBD y el médico que firmó el informe de alta.

Discusión

Al comparar este trabajo con los de otros autores, la diferencia con los datos publicados por Rodríguez-Cuellar et al⁷, que encontraron que un 91,1% de sus pacientes tras el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon conocían el nombre de su médico, frente al 43,5% de las altas del servicio médico 5 (de cirugía general) de nuestro estudio, se podría explicar por ser el cáncer de colon un proceso grave de estancia prolongada y con una mayor relación paciente-cirujano. La mejor calidad de la variable médico responsable del CMBD con respecto al firmante del informe de alta en nuestro estudio (72,1%) comparada con la de Guilabert et al⁸ (39,5%) se puede explicar por haber transcurrido más de una década desde este último estudio, con la consiguiente mejora de los sistemas de información de los hospitales españoles⁹.

Como limitaciones de este estudio, hay que resaltar que no hay acuerdo entre los servicios de quién es el médico responsable de un paciente ingresado en un hospital público. ¿El médico que ordenó el ingreso? ¿El que pasó la visita diaria mientras permaneció ingresado? ¿El que lo operó? ¿El que firmó el informe de alta? ¿El que figura en el CMBD? Hemos encontrado todas estas opiniones y alguna más. La duda es sencilla de resolver si un cirujano ingresa programadamente a un paciente atendido en su consulta, lo visita a diario mientras está ingresado, lo opera y le da de alta y firma el informe, pero es muy difícil de contestar si el ingreso lo ordena un médico del servicio de urgencias, lo atiende otro en la planta de hospitalización, lo interviene otro y le da de alta otro distinto, el que pasó la visita el día del alta. En este estudio hemos tomado como médico responsable del episodio el que firmó el informe de alta por su valor legal y con él hemos comparado las respuestas de los pacientes y de las enfermeras, por un lado, y lo registrado en el sistema de información del hospital en la categoría médico responsable del CMBD, por otro. Creemos que el hecho de haber informado con antelación de la realización de este trabajo a los jefes de servicio y supervisores no influyó en los resultados pues la encuesta se realizó 2 meses más tarde. Otra limitación que empobrece la discusión es la escasa bibliografía sobre este tema. A la vista de los resultados, se puede concluir que en nuestro hospital la identificación del médico responsable de un paciente ingresado por parte del paciente y de la enfermera es baja y que hay varia-

bilidad según los diferentes servicios. Creemos que la identificación del médico responsable en nuestro hospital es un área de mejora que debe ser afrontada por los profesionales.

En el futuro, así como la utilización de los GRD para medir el producto de cada servicio ha producido una mejora de su eficiencia (y una mejora en calidad de la codificación de los diagnósticos), creemos que el uso de la categoría médico responsable del CMBD para obtener indicadores de calidad y eficiencia por cada médico producirá también efectos beneficiosos: mejorará la asignación clara a un médico de la responsabilidad de cada uno de los pacientes ingresados (así como de su registro en el CMBD) y, en definitiva, puede mejorar la calidad de la asistencia hospitalaria.

Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 3.
2. Taibo MA, Gómez Palacios A, Zorraquino A, Gutiérrez MT, Barrios B, García Blanco A, et al. Repercusión del modelo de pase de visita en la estancia hospitalaria de una unidad quirúrgica. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:235-6.
3. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, et al. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit*. 2000;14:291-3.
4. AP-GRDs. All Patient Diagnosis Related Groups. Definition Manual. Version 21.0. 3M Health Information Systems; 2003.
5. Casas M. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona: Masson; 1991.
6. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Manual de descripción de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (AP-GRD v.21.0). Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Noviembre 2007.
7. Rodríguez-Cuellar E, Ruiz-López P, Alcalde Escribano J, Landa García I, Villeta Plaza R, Jaurrieta Mas E. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. *Cir Esp*. 2004;76:237-44.
8. Guilabert A, Pérez López JJ, Almela V, Company V. Calidad de datos y grupos relacionados con el diagnóstico. *Rev Calidad Asistencial*. 1995;5:287-93.
9. Yetano J, Izarzugaza I, Aldasoro E, Ugarte T, López-Arbeloa G, Aguirre U. Calidad de las variables administrativas del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:216-21.