

predisponentes<sup>2</sup>. *C. bezziana*, perteneciente al suborden Cyclorrhapha (familia Calliphoridae), es responsable de una forma obligada de miasis que afecta habitualmente a diversos animales domésticos (ganado vacuno, equino y mascotas), con notables implicaciones económicas<sup>1</sup>. Una única hembra adulta es capaz de ovipositar varios cientos de huevos en los bordes de las heridas que, al cabo de unas 16 horas, eclosionan dando lugar a un elevado número de larvas que se alimentan durante una semana de los tejidos del huésped<sup>1</sup>. Tras su maduración las larvas caen al suelo y, mediante un proceso de pupación, completan su ciclo biológico que, en condiciones óptimas, dura 24 días. A pesar de los esfuerzos de erradicación emprendidos, *C. bezziana* sigue constituyendo una causa importante de morbilidad en el ser humano, en el que puede ocasionar infestaciones masivas de heridas o cavidades (oral, nasal o vaginal) con una evolución en ocasiones fatal<sup>1,7-9</sup>. La ivermectina ha demostrado ser una opción válida en su tratamiento<sup>1,9</sup>. Se han comunicado ejemplos de miasis por *C. bezziana* de adquisición urbana en sujetos sin contacto con el medio rural<sup>8</sup>. *C. bezziana* no figuraba en una revisión de las 47 especies de dípteros responsables de miasis en España<sup>10</sup> y, en nuestro conocimiento, sólo existe una descripción previa de una miasis ótica por este parásito en una mujer española de 65 años, en la que no se especifica el antecedente de viaje reciente al extranjero<sup>7</sup>. Por tanto, el presente caso supone la primera comunicación de una miasis cutánea autóctona por *C. bezziana* en nuestro país, si bien no puede descartarse cierto grado de infranotificación en la literatura. En ese sentido, creemos que la correcta conservación y posterior identificación de las larvas extirpadas en los pacientes con miasis debería constituir una práctica clínica habitual<sup>1,2</sup>.

## Bibliografía

- McGraw TA, Turiansky GW. Cutaneous myiasis. J Am Acad Dermatol. 2008;58:907–26.
- Sherman RA. Wound myiasis in urban and suburban United States. Arch Intern Med. 2000;160:2004–14.

- Merino FJ, Campos A, Nebreda T, Cánovas C, Cuevza F. Miasis cutánea por *Sarcophaga* sp. Enferm Infect Microbiol Clin. 2000;18:19–21.
- Valero Aleixandre MA, Vilar Sanchís D, Galán-Puchades MT, Fuentes i Ferrer MV. Miasis humana causada por *Sarcophagidae* sp. (diptera) en una lesión ulcerativa postirradiación por tratamiento de un carcinoma epidermoide axilar. Rev Clin Esp. 2000;200:641–2.
- Rubio C, Ladrón de Guevara C, Martín MA, Campos L, Quesada A, Casado M. Miasis cutáneas sobre lesiones tumorales: presentación de tres casos. Actas Dermosifiliogr. 2006;97:39–42.
- Tirado-Balaguer MD, Gomila B, Gil M, Pardo F, Moreno R, Galiano J, et al. Lesión cutánea foruncular en un viajero procedente de un país sudamericano. Enferm Infect Microbiol Clin. 2002;20:471–2.
- González Poggiali N, Vázquez Barro JC. Miasis ótica. A propósito de un caso. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60:213–4.
- Chan JC, Lee JS, Dai DL, Woo J. Unusual cases of human myiasis due to Old World screwworm fly acquired indoors in Hong Kong. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2005;99:914–8.
- Sharma A, Hedge A. Primary oral myiasis due to *Chrysomya bezziana* treated with ivermectin. A case report. J Clin Pediatr Dent. 2010;34:252–61.
- Soler Cruz MD. Estudio de las miasis en España en los últimos cien años. Ars Pharmaceutica. 2000;41:19–26.

M. Fernández-Ruiz<sup>a,\*</sup>, E. Salto<sup>b</sup>,  
R. Cuesta<sup>c</sup> y F. López-Medrano<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mario\_fdezruiz@yahoo.es  
(M. Fernández-Ruiz).

doi:10.1016/j.rce.2010.10.008

## Calidad de los informes de alta hospitalaria en un hospital universitario

### Quality of the hospital discharge reports in a university hospital

Sr. Director:

En las conclusiones del reciente artículo de Zapatero Gaviria sobre la importancia del informe de alta hospitalaria (IAH) se indica que el IAH debe ser el elemento básico informativo y de coordinación entre niveles asistenciales, cuya información ha de revertir tanto en gestores como en clínicos<sup>1</sup>. Sin embargo, la calidad de la información contenida en el IAH ha sido objeto de escasas publicaciones<sup>2-5</sup>, las

cuales se han desarrollado principalmente en servicios muy concretos, tales como servicios de medicina interna<sup>2-4</sup>. Por este motivo, presentamos este estudio que se llevó a cabo con el objetivo de evaluar la calidad de la información de los IAH de un hospital universitario.

Se realizó un estudio transversal, donde se evaluó una muestra de IAH de los pacientes que fueron dados de alta entre septiembre y noviembre de 2006 en el Hospital Universitario de Salamanca. Para ello, se llevó a cabo un muestreo estratificado por servicio según asignación proporcional. El tamaño muestral calculado, estimando una proporción de IAH con información adecuada en el 50%, una precisión del +5% y un error alfa del 5%, fue de 353.

Como indicadores de calidad de la información de los informes se evaluó la correcta cumplimentación de 10 ítems que recogían diversos aspectos del proceso asistencial y que

**Tabla 1** Resultados de la cumplimentación adecuada de los diferentes ítems del IAH

Ítem	Total	Servicios médicos	Servicios quirúrgicos	p*
Día, mes y año de admisión	99,2% (350/353)	99,4% (161/162)	98,9% (189/191)	1
Día, mes y año de alta	93,8% (331/353)	91,4% (148/162)	95,8% (183/191)	0,085
Motivo del alta	86,7% (306/353)	85,8% (139/162)	87,4% (167/191)	0,653
Resumen de la historia clínica y exploración física	94,6% (334/353)	98,2% (159/162)	91,6% (175/191)	0,007
Resumen de la actividad asistencial	84,4% (298/353)	96,9% (157/162)	73,8% (141/191)	< 0,001
Diagnóstico principal	100% (353/353)	100% (162/162)	100% (191/191)	—
Otros diagnósticos	98,9% (349/353)	100% (162/162)	97,9% (187/191)	0,128
Procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos	100% (191/191)	—	100% (191/191)	—
Otros procedimientos significativos	100% (353/353)	100% (162/162)	100% (191/191)	—
Recomendaciones terapéuticas	92,4% (326/353)	95,1% (154/162)	90,1% (172/191)	0,078

\* El nivel de significación estadística se estableció en p < 0,05.

por ley son de obligado cumplimiento<sup>6</sup>: fecha de admisión; fecha de alta; motivo de alta; resumen de la historia clínica y exploración física del paciente; resumen de la actividad asistencial prestada; diagnóstico principal; otros diagnósticos; procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos; otros procedimientos significativos; recomendaciones terapéuticas.

Se consideró que un IAH contenía una información adecuada si en él figuraba el 100% de los datos requeridos. Se utilizó el test de la  $\chi^2$  y el test exacto de Fisher para comparar los porcentajes de informes con información adecuada, así como el cumplimiento de cada ítem según el tipo de servicio (médico o quirúrgico).

El 62% (219/353) de los IAH contenían una información adecuada. Según el tipo de servicio, la información fue adecuada en el 47,6% (91/191) de los IAH quirúrgicos y en el 79% (128/162) de los informes de los servicios médicos; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0,05$ ). En particular, los IAH de los servicios de medicina interna y cardiología presentaron una adecuación de la información significativamente mayor que en el resto de los servicios médicos (el 92% [69/75] y el 67,8% [59/87], respectivamente [ $p < 0,05$ ]). Por su parte, entre los servicios quirúrgicos no hubo diferencias significativas.

En cuanto a la cumplimentación de cada ítem, diagnóstico principal, procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos y otros procedimientos constaron en todos los IAH. Por contra, el resumen de la actividad asistencial, el motivo de alta y las recomendaciones terapéuticas fueron los indicadores peor cumplimentados. En particular, los servicios médicos cumplimentaron significativamente mejor que los quirúrgicos los datos del resumen de la historia clínica y exploración física del paciente, así como de la actividad asistencial (tabla 1).

Este estudio es, hasta el momento, el único trabajo donde se ha evaluado la calidad de la información de los IAH de un hospital universitario. El hecho de que sólo el 62% de los informes hayan presentado una información adecuada indica la existencia de un amplio margen de mejora, situación que es especialmente relevante en los servicios quirúrgicos, donde más de la mitad de los informes presentaron alguna deficiencia de información.

La menor calidad de la información de los IAH quirúrgicos ya ha sido descrita en otros trabajos<sup>5</sup> y se ha intentado justificar por el hecho de que se trata de una asistencia de menor estancia o mayor resolución con gran movimiento de

pacientes<sup>7</sup>. Por su parte, la detección de diferencias significativas en la calidad de la información contenida en los IAH de los distintos servicios médicos es un dato no documentado hasta el momento, dado que ningún otro trabajo ha estudiado este hecho.

En cuanto a los diferentes ítems de información contenidos en los IAH, su cumplimentación, a excepción del resumen de la asistencia prestada en los servicios quirúrgicos y del motivo de alta, se objetivó en más del 90%. Este porcentaje de cumplimentación se encuentra en niveles similares a los descritos por otros autores en lo que se refiere a la fecha de admisión, resumen de la asistencia prestada en servicios médicos y otros diagnósticos<sup>2</sup>, así como en lo referente al diagnóstico principal<sup>2,5</sup>, y representan niveles de cumplimentación más altos en cuanto al motivo de alta, anamnesis y exploración, diagnóstico principal y recomendaciones terapéuticas, donde otros autores obtuvieron, respectivamente, unas cifras de cumplimiento del 26%<sup>2</sup>, el 63,8%<sup>5</sup>, el 71,4%<sup>4</sup> y el 50,9%<sup>5</sup>.

Por su parte, las deficiencias detectadas en la cumplimentación de los ítems relacionados con la evolución del paciente suponen una dificultad para la realización de valoraciones de desenlaces, establecer causas de posibles reingresos o altas inadecuadas, así como de la mortalidad extrahospitalaria reciente.

Por todo ello, se hace necesario disponer de una plantilla única e informatizada para cumplimentar el IAH, donde los indicadores estudiados sean de obligado cumplimiento; de esta forma, la baja calidad de la información encontrada en nuestros informes mejoraría. Dado que nuestro hospital está actualmente inmerso en la informatización de la historia clínica, consideramos que esta situación representa una oportunidad para implementar la mencionada medida de mejora, cuya efectividad se evaluará a medio plazo.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran que este trabajo no ha contado para su realización de beca o soporte financiero alguno.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Bibliografía

- Zapatero Gaviria A. ¿Por qué es importante el informe médico de alta? Rev Clin Esp. 2010;210:355–8.

2. Zambrana JL, Fuentes F, Martín MD, Díez F, Cruz G. 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.
3. Viana Alonso A, Herranz CR, Portillo Pérez-Olivares H, Rodríguez Rodríguez A, Hernández Lanchas C, de la Morena Fernández J. Calidad de los informes de alta de los Servicios de Medicina Interna de Castilla-La Mancha (valoración de la estructura). *An Med Interna.* 1994;11:4–8.
4. Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves G, Marín León I, Lacalle Remigio JR. Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia. *Rev Clin Esp.* 2001;201: 685–9.
5. Sardà N, Vilà R, Mira M, Canela M, Jariod M, Masqué J. Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc).* 1993;101:241–4.

6. Orden del 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE n.º 221 de 14 de septiembre de 1984; 26685–6.
7. 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 Calid Asist.* 2009;24:67–71.

I. Hernández-García\* y R. González-Celador

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública,  
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignaciohernandez79@yahoo.es  
(I. Hernández-García).

doi:10.1016/j.rce.2010.10.009

## Prevalencia de insuficiencia renal en ancianos

### Prevalence of kidney disease in an elderly community cohort

*Sr. Director:*

La insuficiencia renal crónica (IRC) es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad coronaria y se asocia con un peor pronóstico cardiovascular<sup>1,2</sup>. La prevalencia de IRC en población general se estima en el 4,7% aunque en ancianos hipertensos puede llegar hasta el 50%<sup>3</sup>. El uso de los niveles de creatinina presenta importantes limitaciones para estimar el FG principalmente en pacientes ancianos. El filtrado glomerular se estima a partir de la fórmulas de Cockcroft-Gault<sup>3</sup>, *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD 7) o MDRD abreviada<sup>3</sup>. La determinación del filtrado glomerular es una técnica sencilla, de bajo coste y fácilmente aplicable para la detección de enfermedad renal<sup>4,5</sup>. Determinar la prevalencia de IR tiene implicaciones pronósticas en términos de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

La definición de insuficiencia renal (IR) se estableció en función del FG calculado por fórmula MDRD abreviada, definiendo IR si FG < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Por otra parte, según creatinina, se definió IR si la creatinina era ≥ 1,3 mg/dl en varones o ≥ 1,2 mg/dl en mujeres<sup>6</sup>.

Los pacientes del estudio pertenecen al proyecto EPICARDIAN (EPIdemiología CARDiovacular en ANCianos)<sup>7</sup>, estudio observacional de cohortes prospectivo sobre factores de riesgo cardiovascular en > 65 años. La población del presente trabajo proviene de la submuestra aleatoria de la fase hospitalaria (n = 420) del Barrio de Lista con n = 237 en los que se pudo obtener el filtrado glomerular por fórmula MDRD abreviada.

Las características basales de la población estudiada fueron: edad media 73 años, diabetes mellitus 9,7%, tabaquismo 15,6%, hipertensión arterial 77,2%, obesidad (índice

Tabla 1 Prevalencia de insuficiencia renal según criterios

	N = 237
FG < 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>	51 (21,50%)
Creatinina ≥ 1,3 mg/dl en varones o ≥ 1,2 mg/dl en mujeres	33 (14,13%)
FG < 60 ml/min/m <sup>2</sup> y creatinina < 1,2 mg/dl en mujeres o < 1,3 mg/dl en varones)	17 (7,2%)

FG: filtrado glomerular por fórmula MDRD.

de masa corporal ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>) 16,5% e hipercolesterolemia 40,5%. En la tabla 1 se muestran las prevalencias de IR según el método de medición. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Estas prevalencias son similares a las publicadas en otras series similares como el estudio HICAP<sup>8</sup>, donde la prevalencia se estimó entre el 15,10 y el 28,6% en función de si presentaban o no insuficiencia cardíaca.

La determinación de la función renal mediante FG según fórmula MDRD abreviada en pacientes ≥ 65 años aumenta en un 50% el diagnóstico de IR respecto a su diagnóstico por los niveles de creatinina.

## Bibliografía

1. Bustamante J, Gómez-Martínez ML, Bustamante E, Tamayo E. Occult chronic kidney disease in the elderly coronary heart disease. *Med Clin (Barc).* 2009;133:524–6.
2. Lahoz C, Mostaza JM, Mantilla MT, Taboada M, Tranche S, Martín-Jadraque R, et al. Occult chronic kidney disease in patients with stable coronary heart disease. *Med Clin (Barc).* 2008;131: 241–4.
3. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39(2 Suppl 1): S1-266.
4. Bang H, Yuppurturi S, Shoham DA, Klemmer PJ, Falk RJ, Mazumdar M, et al. Screening for Occult Renal Disease (SCO-