

Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general

Benito Flores^a, Bruno Andrés^a, Álvaro Campillo^a, Víctor Soria^a, Mari Fe Candel^a, Joana Miquel^a, Fuensanta Aliaga^b y José Luis Aguayo^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. ^bServicio de Documentación Clínica. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia. España.

Correspondencia: Dr. Benito Flores Pastor.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.
Avda. Marqués de los Vélez, s/n. 3008 Murcia. España.
Correo electrónico: be240762@terra.es

Resumen

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es evaluar la fiabilidad de los informes de alta hospitalaria en relación con el registro de la comorbilidad y las complicaciones en nuestro servicio de cirugía general.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de 50 historias clínicas, seleccionadas según el método de muestreo aleatorio sistemático entre todas las altas generadas en nuestro servicio de cirugía general y digestiva, durante el período de octubre de 2002 a octubre de 2003. Se analizó la fiabilidad del informe de alta respecto al registro de la comorbilidad, incluidas las variables hipertensión, diabetes, cardiopatía, hiperlipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad y alergias. La fiabilidad respecto al registro de complicaciones se evaluó mediante la selección de un grupo de patología (procedimientos quirúrgicos practicados sobre el colon y el recto) y valorando la correlación entre la historia clínica y el informe de alta. Los datos se presentan en porcentajes con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: Respecto a la correlación para el registro de la comorbilidad, presentamos cifras superiores al 93% en todas las variables consideradas.

Respecto al registro de las complicaciones, obtenemos una correlación entre la historia clínica y el informe de alta superior al 85%.

Conclusiones: Nuestros resultados pueden considerarse adecuados, aunque en cuanto a las complicaciones hay una buena oportunidad de mejora.

Palabras clave: Informes de alta. Comorbilidad. Complicaciones. Cirugía.

Introducción

La evaluación del informe de alta se considera imprescindible para una monitorización sistemática y objetiva de la calidad asistencial. El informe de alta es el resumen final de todo un proceso asistencial, e informa sobre el diagnóstico, el tratamiento y las recomendaciones que se deben seguir. Por otro lado, constituye una herramienta de gestión y, como hemos mencionado, de evaluación de la calidad asistencial del servicio clínico correspondiente¹.

Uno de los sistemas de información más utilizados es el conjunto mínimo básico de datos al alta del paciente (CMB-

Abstract

Objective: To evaluate the reliability of hospital discharge reports in the registration of comorbidity and complications in our general surgery department.

Patients and method: A retrospective study of 50 medical records selected by systematic random sampling of all the discharge reports from our general surgery department from October 2002 to October 2003 was performed. We analyzed the reliability of hospital discharge reports regarding the registration of comorbidity including hypertension, diabetes, heart disease, hypercholesterolemia, chronic obstructive pulmonary disease, obesity and drug allergies. Reliability in the registration of complications was evaluated by selecting a surgical procedure (surgical procedures performed in colorectal disease) and by studying the correlation between the medical record and the hospital discharge report. Data are presented as percentages (95% CI).

Results: The correlation for the registration of comorbidity was greater than 93% for all the selected variables.

The correlation between medical records and discharge reports for the registration of complications was over 85%.

Conclusions: Our results can be viewed as satisfactory, although there is room for improvement in the field of complications.

Key words: Hospital discharge report. Comorbidity. Complications. Surgery.

DA), cuya codificación se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Ello permite asignar los diferentes grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y obtener indicadores de eficacia y efectividad². Los datos incluidos en el CMBDA se extraen habitualmente del informe de alta, de ahí la importancia de la correcta cumplimentación de este registro.

Dada su importancia en la gestión clínica, el objetivo de nuestro trabajo es evaluar la fiabilidad de los informes de alta en nuestro servicio de cirugía general. Analizaremos la cumplimentación de la comorbilidad del paciente y de las complicaciones surgidas durante la estancia hospitalaria.

Material y métodos

Fiabilidad de los informes respecto a la comorbilidad

Se realizó un estudio retrospectivo de las altas de los pacientes ingresados en el servicio de cirugía general y digestiva del hospital Morales Meseguer de Murcia, entre octubre de 2002 y octubre de 2003. Los datos fueron proporcionados por el servicio de documentación clínica en una base de datos Access que contenía los registros de 2.044 altas. Estos datos fueron obtenidos del CMBDA que, a su vez, se codifica a partir del informe de alta hospitalaria.

Considerando una proporción esperada del 50%, un rango del 12-13% y un intervalo de confianza (IC) del 95%, obtuvimos una muestra de 50 historias clínicas. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático (cada 40 registros), cuyo criterio de sustitución incluía el inmediatamente anterior, y así sucesivamente hasta obtener los 50 registros.

Tras el diseño del protocolo, que incluía las variables hipertensión, diabetes mellitus, cardiopatía, hiperlipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad y alergias, se realizó un estudio comparativo entre la historia clínica y el informe de alta valorando la correlación para cada una de las citadas variables. Se comprobó si alguna de las variables citadas estaba presente en la historia clínica de ingreso y, en caso afirmativo, si dicha variable quedaba asimismo reflejada en el informe de alta, para cada una de las historias clínicas evaluadas. La ausencia de la variable tanto en la historia clínica como en el informe de alta se consideró como correlación positiva.

Respecto a las complicaciones

Para el estudio de la fiabilidad del informe de alta respecto al registro de complicaciones se eligió un tipo de proceso patológico específico, caracterizado por un postoperatorio frecuentemente complejo: cirugía practicada sobre el colon y el recto. El período de estudio fue el mismo que en el caso anterior, y se incluyeron 133 registros. Realizamos de nuevo un muestreo aleatorio sistemático y obtuvimos una muestra de 25 pacientes, en los que se valoró la correlación entre la historia clínica y el informe de alta para el registro de complicaciones, con el IC del 95%.

Resultados

Comorbilidad

Los 50 pacientes de la muestra se dividieron en 26 varones y 24 mujeres. La edad media fue de 61,6 años (rango, 11-92). En la tabla 1 se refleja la correlación entre el informe de alta y la historia clínica para cada una de las enfermedades consideradas. Cabe destacar unas cifras superiores al 93% en todos los casos, que alcanzan incluso el 100% para la diabetes mellitus, la obesidad y las alergias.

Tabla 1. Correlación entre el informe de alta y la historia clínica para la comorbilidad (n = 50)

Factor	Media ± DE	IC del 95%
Hipertensión arterial	93,8 ± 6%	87,8-99,8
Diabetes mellitus	100%	
Cardiopatía	93,8 ± 6%	87,8-99,8
Dislipemia	95,8 ± 5%	90,8-100
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	95,8 ± 5%	90,8-100
Obesidad	100%	
Alergias	100%	

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

Complicaciones

Los 133 procedimientos quirúrgicos practicados sobre el colon y el recto se distribuyeron tal como se recoge en la tabla 2. La distribución por sexos fue de 68 varones y 65 mujeres, y la edad media de 62,5 años (rango, 27-90). Las complicaciones postoperatorias quedan reflejadas en la tabla 3.

Una vez evaluados los 25 informes de alta del muestreo, encontramos una correlación entre éstos y las historias clínicas del 88 ± 12%, con su correspondiente IC del 95%.

Discusión

El informe de alta hospitalaria es un documento esencial en la historia clínica, porque constituye el resumen de todo proceso asistencial. La complejidad de las atenciones dispensadas a los pacientes en los hospitales implica la necesidad de suministrar una información escrita al paciente, familiar o tutor legal, en la que se recoja el motivo del ingreso y el proceso de la enfermedad, así como los diagnósticos y recomendaciones terapéuticas y de continuidad asistencial. Por otro lado, este informe de alta constituye un documento que permite evaluar externa e internamente la calidad de la asistencia prestada³.

Tabla 2. Distribución de los procedimientos quirúrgicos sobre el colon y el recto (n = 133)

Procedimiento	n
Resección anterior del recto	42
Hemicolectomía derecha	36
Hemicolectomía izquierda	10
Sigmoidectomía	28
Resección abdominoperineal del recto	6
Colectomía total	8
Proctocolectomía	3

Tabla 3. Complicaciones registradas en la historia clínica de pacientes intervenidos por una enfermedad colorectal

Complicación	n
Íleo	20
Infección intraabdominal	15
Infección de la herida	9
Reintervención	9
Dehiscencia de la herida-seroma	8
Infección urinaria	8
Hemorragia intraabdominal	7
Fallecimiento	6
Sepsis del catéter	6
Infección respiratoria	5
Evisceración	1
Complicaciones cardíacas	1
Otras	24
Correlación: n = 88 ± 13% (intervalo de confianza del 95%).	

La implantación de un programa de gestión clínica en una unidad debe incluir una serie de elementos, entre los que destaca la evaluación y la previsión de la actividad asistencial⁴. La cuantificación de esta actividad puede realizarse a partir del CMBDA, que proporciona una precisa información de los procesos clínicos, de donde puede obtenerse información sobre las comorbilidades o diagnósticos secundarios y las complicaciones derivadas de procedimientos médicos o quirúrgicos⁵. La codificación del CMBDA se realiza habitualmente a partir del informe de alta hospitalaria; por ello, es deseable que la cumplimentación de dicho informe sea correcta, dado que las deficiencias en el registro del CMBDA podría dar lugar a variaciones en la asignación de los GRD^{2,5}. Tanto la comorbilidad como las complicaciones se relacionan con la estancia media hospitalaria de forma significativa⁶⁻⁸.

En la evaluación de un informe de alta constatamos la presencia o ausencia de determinados ítems pre establecidos, agrupados en 4 grupos: tipo de letra, datos relativos al hospital, datos de identificación del paciente y datos referidos al proceso asistencial^{3,5}. En este último punto es donde, a nuestro juicio, adquiere mayor importancia la actitud del facultativo que confecciona el informe. Se trata de reflejar el motivo de ingreso, el diagnóstico, la comorbilidad, las circunstancias del ingreso, el motivo y las circunstancias del alta, las complicaciones, las recomendaciones terapéuticas y de cuidados y otros conceptos que afectan al proceso asistencial. Nosotros hemos analizado 2 criterios que consideramos relevantes en todo informe por las razones mencionadas previamente. A la luz de nuestros datos, observamos un elevado grado de cumplimiento en el registro de la comorbilidad (> 95%). No obstante, es deseable que estas cifras alcancen el 100%, lo que evitará errores en la asignación de GRD.

Nuestro análisis de las complicaciones nos permite extraer conclusiones, no respecto al total de informes, sino a los procedimientos quirúrgicos sobre el colon y el recto. No obstante, consideramos representativo este grupo de procesos patológicos, al caracterizarse, como ya hemos mencionado, por un postoperatorio complejo. Hemos obtenido una correlación del 88%, que creemos debe mejorarse. Según los datos obtenidos, las correlaciones de las comorbilidades son mejores que las de las complicaciones. Nuestros informes de alta están diseñados con un programa informático cuyo formulario presenta diferencias en los campos referentes a la comorbilidad y las complicaciones. Así, las comorbilidades se reflejan de forma exhaustiva (hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, cardiopatía, etc.) y sólo hay que marcar el ítem correspondiente. Sin embargo, el registro de las complicaciones se hace a través de un cuadro de diálogo, por lo que ciertas complicaciones menos relevantes, como la infección de herida, el seroma o la flebitis, pueden no quedar reflejadas. Consideramos que algunas modificaciones en el diseño de los formularios nos ayudarán a mejorar la calidad de los informes.

De acuerdo con Zambrana et al, las nuevas tecnologías informáticas y el diseño de formularios y plantillas nos podrían facilitar la cumplimentación de todas las variables necesarias⁵.

Bibliografía

1. Curiel J, Estévez J. La normalización de la historia clínica. En: Curiel J, Estévez J, editores. Manual para la gestión sanitaria y la historia clínica hospitalaria. Madrid: Editores Médicos S.A., 2000.
2. Saguer M, Gómez A. Estancias medias alargadas y grupos relacionados con el diagnóstico como indicadores de eficiencia en la gestión clínica. Rev Calidad Asistencial 2003;18:575-9.
3. Curiel J, Estévez J. Criterios a seguir en la evaluación del informe de alta y otros documentos de la historia clínica. En: Curiel J, Estévez J, editores. Manual para la gestión sanitaria y la historia clínica hospitalaria. Madrid: Editores Médicos S.A., 2000.
4. Tejedor M, Pérez J, García J. Gestión clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). Rev Calidad Asistencial 2003;18:125-31.
5. Zambrana J, 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 Calidad Asistencial 2002;17:609-12.
6. Mittal A, Blyth P, Civil I. Trauma and comorbidity. A pilot study. NZ Med J 2001;114:232-3.
7. Crockett AJ, Cranston JM, Moss JR, Alpers JH. An association between length of stay and comorbidity in chronic airflow limitation. Int J Qual Health Care 2000;12:41-6.
8. Kinnunen T, Saynajakangas O, Tuuponen T, Keistinen T. Impact of comorbidities on the duration of COPD patients' hospital episodes. Respir Med 2003;97:143-6.