

Comparación de dos métodos de detección de posibles efectos adversos intrahospitalarios

Comparison of two methods for detecting possible adverse events in hospitalised patients

Sr. Director:

La seguridad en la atención sanitaria es un atributo de calidad que debe estar presente en los sistemas de salud y, por ello, el estudio de los efectos adversos relacionados con la atención médica es un punto de partida necesario para mejorarla. Los datos de los que disponemos en España, obtenidos del Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, muestran una incidencia del 8,4%¹. En la mayoría de los trabajos publicados, la fuente más comúnmente utilizada para la identificación de efectos adversos es la revisión manual de historias clínicas. Sin embargo, el inconveniente de esta metodología es que precisa de importantes recursos de personal y tiempo. Por ello nos planteamos si, como indican algunos autores^{2,3}, la utilización de bases de datos clínicas y administrativas a partir del conjunto mínimo básico de datos que utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC), podría ser una herramienta adecuada para la identificación de efectos adversos, puesto que su aplicación sería mucho más sencilla, económica y rápida que la revisión manual de historias clínicas.

Así, el objetivo de nuestro estudio fue analizar y comparar la concordancia entre la información que identifica un efecto adverso a partir de la documentación utilizada para la codificación (informe de alta, informe interdepartamental y hoja operatoria) respecto a la revisión manual de historias clínicas. Para ello seleccionamos 48 códigos CIE-9-MC, que suponían una probabilidad alta de existencia de un efecto adverso y, a continuación, buscamos manualmente la existencia o no de esos efectos adversos en una muestra de 100 altas hospitalarias de pacientes hospitalizados durante más de 24 h entre enero de 2001 y diciembre de 2003. Un miembro del equipo seleccionó aleatoriamente estas 100 historias de entre dos estratos. De ellas, 50 presentaban uno o más efectos adversos y las otras 50 no mostraban ningún código de posible efecto adverso según los códigos CIE-9-MC seleccionados. Lógicamente, la proporción y el grupo al que pertenecían las historias clínicas fueron ciegos para los revisores. Durante ese tiempo no se realizaron controles de calidad de la codificación y no se tuvieron en cuenta los efectos adversos derivados de fallos administrativos o de organización. Finalmente, una vez concluida la revisión manual de las historias clínicas así como la detección de los efectos adversos en la base de datos clínica y administrativa, se analizaron los casos y se dividieron en los siguientes 4 grupos: a) efectos de hospitalización en los que la codificación CIE-9-MC revelara un efecto adverso que en la revisión manual no se hubiera detectado; b) efectos de hospitalización en los que tanto la codificación CIE-9-MC como la revisión manual revelaran un efecto adverso; c) efectos de hospitalización en los que la codificación CIE-9-MC no revelara un efecto adverso que en la revisión manual

sí se hubiera detectado, y d) efectos de hospitalización en los que no se revelara ningún efecto adverso, ni en la codificación CIE-9-MC ni en la revisión manual. Posteriormente, comparamos los resultados de concordancia entre los 2 métodos y, tras los primeros resultados, decidimos hacer una segunda revisión de las historias clínicas en colaboración con personal con más experiencia en los casos en los que no existiera acuerdo entre ambos métodos. Con los resultados de esta segunda revisión, calculamos el grado de concordancia entre ambos métodos y los resultados fueron una coincidencia en 71 historias clínicas y un índice κ de 0,45⁴.

Este resultado confirma la importancia de que los revisores y los codificadores posean experiencia suficiente en este campo, puesto que el índice κ se mejoró en la segunda revisión. Ésta fue una limitación de nuestro estudio, ya que los revisores no eran expertos en codificación sino personal formado previamente para el estudio y, por tanto, con poca experiencia, de lo que se deriva la importancia de los cursos de formación para personal codificador así como su supervisión por parte de profesionales clínicos experimentados. Otra limitación de nuestro trabajo es el hecho de que los clínicos infraregistran los efectos adversos en los informes de alta, aunque si los reflejan en la historia clínica, lo que se podría solventar, en parte, con informes de alta más completos.

En conclusión, hasta ahora no se ha desarrollado ningún método para la detección de efectos adversos de mayor fiabilidad que la revisión manual de historias. Sin embargo, pensamos que es necesario continuar en esta línea y conseguir un registro de códigos CIE-9-MC que facilite la detección de estos efectos adversos. Además, sugerimos la necesidad de que en los diferentes centros hospitalarios se comience a trabajar de forma coordinada y multidisciplinaria en la elaboración de un sistema de codificación que pueda validarse. También sería útil que cada centro sanitario dispusiera de un registro propio de efectos adversos para gestionar los incidentes de una manera rápida y eficaz⁵. Finalmente, al igual que otros autores, consideramos que el empleo de datos clínicos y administrativos es una herramienta infrautilizada. Asimismo, consideramos que, además de los imprescindibles estudios descriptivos, sería necesario llevar a cabo trabajos que valoren la fiabilidad de los diferentes métodos de identificación para, de esta manera, aplicar en cada investigación el más adecuado. Por último, es necesario que todos los eslabones que intervienen en la cadena asistencial posean un conocimiento exacto de lo que es un efecto adverso y una adecuada formación en codificación. Los profesionales sanitarios son conscientes de la importancia de saber reconocer los errores y de la formación como mecanismo básico para evitarlos⁶.

Financiación

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación financiado con la ayuda 07/90489 del Fondo de Investigación Sanitaria.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo de Judith Navarro y Javier Michelena, quienes colaboraron en la fase inicial de entrada y análisis

de los datos. A Inmaculada Villar por facilitar el acceso a las historias en el archivo.

Bibliografía

1. Aranaz JM. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado 10/1/2009]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
2. Van den Heede K, Sermeus W, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A. Adverse outcomes in belgian acute hospitals: Retrospective analysis of the national hospital discharge database. *Int J Qual Health Care.* 2006;18:211–9.
3. Lawthers AG, McCarthy EP, Davis RB, Peterson LE, Palmer RH, Iezzoni LI, et al. Identification of in-hospital complications from claims data. Is it valid?. *Med Care.* 2000;38:785–95.
4. Rosner B. Fundamentals of Bioestatistics. 4th ed. Belmont: Duxbury Press; 1995.
5. Pardo R, Jará A, Padilla D, Fernández J, Hernández-Calvo J, Manchen B, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Rev Calid Asist.* 2005;20:211–5.
6. Díaz-Navarlaz MT, Seguí-Gómez M. Actitudes, conocimientos y creencias de los profesionales de enfermería sobre errores de medicación. *Rev Calid Asist.* 2006;21:6–12.

M.C. Rodríguez-Díez^{a,*}, F.J. Lameiro-Cousó^b,
C. Suárez-Rodríguez^c, M.T. Díaz-Navarlaz^c,
S. Aramburu-Clemente^c y M. Seguí-Gómez^a

^a*European Center for Injury Prevention (ECIP), Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Navarra, Pamplona, España*

^b*Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España*

^c*Medicina Preventiva, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M.C. Rodríguez-Díez\).](mailto:cristinard@unav.es)

doi:10.1016/j.aller.2009.06.001