



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Sobre la importancia del informe de alta hospitalaria



The importance of the discharge summary reports

Sr. Director:

En un interesante artículo de Gómez-Rosado et al.¹, publicado recientemente en esta revista, se analiza la importancia que tiene la redacción y cumplimentación correctas de los informes de alta hospitalaria (IAH) en la gestión de los servicios quirúrgicos. Como los autores señalan, el informe es un derecho de los pacientes y un deber de los facultativos responsables. Aunque existe una normativa sobre requisitos mínimos que ha de contemplar el IAH y que constituyen el conjunto mínimo básico de datos (CMBD), se ha comunicado una amplia variabilidad en su confección². Probablemente no hay suficiente conciencia sobre la trascendencia y valor de un buen informe, tanto en su fondo como en su forma. Nos gusta decir a los residentes que un paciente quirúrgico se lleva 2 cosas a su casa: una herida y un informe; la herida la muestran a los familiares y el IAH lo enseñan al médico de cabecera y otros especialistas. Eso es, en muchas ocasiones, lo que queda de un proceso quirúrgico, del más simple al más complejo: una cicatriz y un documento. Ambos aspectos transmiten la imagen del facultativo y de su servicio; ambos deben tratarse con esmero y no ser realizados con desgana, inexperiencia o prisa.

A mayor abundamiento, la codificación clínica que se realiza en los hospitales para obtener el GRD de los pacientes y finalmente la casuística de los servicios, se basa mayoritariamente en los datos que aparecen en el IAH. Así, lo que no aparezca en el informe no se trasladará al GRD final real, que quedará erróneo o sin codificar. ¿Qué ocurriría si se financiara un centro en función de sus GRD? La calidad de la información ha sido una de las preocupaciones de Gómez-Rosado, al estudiar (sobre 713 altas) 24 casos *outliers* de los cuales 4 informes eran poco claros, 9 insuficientes y 5 claramente inválidos. Lo anterior supuso, en ocasiones, un cambio de GRD.

Hubiera sido interesante conocer el resultado del análisis de los 689 informes restantes, resultado que, los autores apuntan, debería ofrecer mejores cifras al no ser casos extremos, pero está por asegurar.

Convendría implementar auditorías periódicas o muestreos para conocer la correlación entre la codificación obtenida a partir de los IAH y el *gold standard* que supone la historia clínica completa. A este respecto, nosotros realizamos una investigación sobre el grado de correlación de la comorbilidad y de las complicaciones postoperatorias que aparecen en el IAH y en la historia completa³. La expresión de la comorbilidad era mejorable en el 5% de los informes, en tanto que las complicaciones lo eran en el 12%. Si mediante una abstracción comparáramos un hospital con un restaurante, un IAH insuficientemente codificado sería como una factura de una comida en la que no se ha incluido la bebida o el postre. En el ambiente de exigencia de justificación de costes, presupuesto y financiación de servicios públicos estos aspectos adquieren, cada vez más, la mayor importancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Rosado JC, Sánchez-Ramírez M, Valdes-Hernández J, Capitán-Morales LC, del-Nozal-Nalda MI, Oliva-Mompeán F. Importancia de la calidad del informe de alta en la gestión de una unidad clínica quirúrgica. *Cir Esp.* 2013;91:378-83.
2. Reyes Domínguez A, González Borrego A, Rojas García MF, Montero Chaves G, Marín León I, Lacalle Remigio JR, en representación del Grupo de Estudios de la Calidad Asistencial. 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.
3. Flores B, Andrés 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 Calid Asist.* 2004;19:443-5.

José Luis Aguayo-Albasini, María Luisa García García*,
Benito Flores-Pastor y Ramón Lirón-Ruiz

Servicio de Cirugía General,
Hospital General Universitario Morales Meseguer,
Campus de Excelencia Internacional «Mare Nostrum»,
Universidad de Murcia, Murcia,
España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mlgrgr@gmail.com,
miliki2@hotmail.com (M.L. García García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.013>
0009-739X/

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

Una década de cirugía hepática laparoscópica: de la fenestración de quistes a la hepatectomía derecha para trasplante de donante vivo



A decade of laparoscopic hepatic surgery: From cyst fenestration to right hepatectomy for living donor liver transplant

Sr. Director:

La primera cirugía hepática laparoscópica fue realizada en nuestro país en el año 2000¹. Poco tiempo después comenzamos a aplicar en nuestro Centro el abordaje laparoscópico en cirugía hepática con la fenestración de quistes simples. En el año 2004 realizamos nuestra primera segmentectomía lateral izquierda por MTS única de CCR. Desde entonces hemos ido ampliando indicaciones a lesiones localizadas en segmentos no favorables y, posteriormente, a hepatectomías mayores. En noviembre de 2012 mostramos en CIRUGÍA ESPAÑOLA nuestra experiencia de 71 resecciones de lesiones sólidas². Al comparar con la cirugía abierta, nuestros resultados³, al igual que los de otros autores^{4,5}, muestran cómo el abordaje laparoscópico aporta beneficios al paciente que van más allá de lo meramente estético o de estancias hospitalarias más cortas: menor sangrado, menor necesidad de transfusión y menor tasa y gravedad de complicaciones. Una década después y tras más de 100 resecciones hepáticas totalmente laparoscópicas, hemos aplicado las ventajas de este abordaje a la donación hepática para trasplante de adulto, caso comunicado recientemente⁶. El receptor era un paciente de 69 años con cirrosis criptogénica. Presentaba encefalopatía y ascitis refractaria con 2 episodios de peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal tipo I y 3 HCC dentro de criterios de Milán. El score Child-Pugh era B-9 y MELD score 15. Su hijo, de 29 años y 74,4 kg, se ofreció voluntariamente para la donación. La hepatectomía derecha del donante se realizó mediante un abordaje totalmente laparoscópico, extrayendo el injerto a través de una incisión suprapúbica. La duración fue de 480 min, con pérdidas hemáticas inferiores a 100 ml. La estancia postoperatoria fue de 4 días. Tras el alta no mostró necesidad de analgésicos y ha presentado una rápida y excelente recuperación, sin complicaciones a los 90 días del

procedimiento. Se trata de un único caso, del que no se deben sacar conclusiones más allá de la factibilidad del procedimiento. Sin embargo, sí nos llama a reflexionar cómo en poco más de una década hemos asistido a la evolución de la cirugía hepática laparoscópica desde la fenestración de quistes simples a los procedimientos más complejos. Nos encontramos ante la mayoría de edad de un abordaje ya sólidamente asentado en múltiples centros en nuestro país⁷⁻⁹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cugat-Andorra E, García-Domingo M, Bretcha-Boix P, Rodríguez-Campos A, Marco-Molina C. Laparoscopia y cirugía hepática: técnica e indicaciones. *Cir Esp.* 2004;75:23-8.
2. Rotellar F, Bueno A, Benito A, Martí-Cruchaga P, Zozaya G, Pedano N, et al. Resección totalmente laparoscópica de lesiones sólidas hepáticas: análisis de una serie institucional de 71 casos. *Cir Esp.* 2012;90:569-75.
3. Bueno A, Rotellar F, Benito A, Martí-Cruchaga P, Zozaya G, Hermida J, et al. Laparoscopic limited liver resection decreases morbidity irrespective of the hepatic segment resected. *HPB (Oxford).* 2014;16:320-6.
4. Croome KP, Yamashita MH. Laparoscopic vs open hepatic resection for benign and malignant tumors: An updated meta-analysis. *Arch Surg.* 2010;145:1109-18.
5. Topal B, Fieuws S, Aerts R, Vandeweyer H, Penninckx F. Laparoscopic versus open liver resection of hepatic neoplasms: Comparative analysis of short-term results. *Surg Endosc.* 2008;22:2208-13.