

ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA: CUMPLIMENTACIÓN DEL LIBRO DE REGISTRO

Fernando García Benavides/Manuel Alen Fidalgo/Carlos Escandón Moret

Centro Andaluz para el Desarrollo de la Información Sanitaria (CADIS) Junta de Andalucía. Sevilla.

Resumen

En el presente estudio presentamos una primera valoración de la calidad de la información contenida en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. El análisis del grado de cumplimentación de los ítems de los Libros de Registro de los Hospitales de Andalucía señala una variación importante entre un 100% y 51%. Se demuestra que las variables administrativas están recogidas satisfactoriamente (98,6%), no siendo así en el caso de las variables clínicas (67,1%), por lo que parece de interés promover una regulación más estricta del contenido de los Libros de Registro Hospitalarios.

Palabras clave: Morbilidad hospitalaria. Registro sanitario

STATISTICS OF HOSPITAL MORBIDITY: HOW THE REGISTER BOOK IS FILLED IN

Summary

In the present study we offer a first valuation of the quality of the information contained in the survey on Hospital Morbidity. The analysis about the extent to which the items in the Hospital Register books of Andalucía are filled in indicates an important variation between 100% and 51%. The administrative variables are collected in a satisfactory way (98.6%), whereas the clinical variables are not (67.1%). Therefore, it should be useful to promote a more strict control over the content of the Hospital Register books.

Key words: Hospital Morbidity. Sanitary Register.

Introducción

Desde 1951 el Instituto Nacional de Estadística publica anualmente las estadísticas de la morbilidad atendida en los hospitales del Estado. Hasta 1975 esta encuesta tenía una cobertura parcial y poco representativa como el mismo INE reconoce, pues sólo incluía con carácter obligatorio a los hospitales públicos. Además, el estudio de la morbilidad únicamente tenía en cuenta el diagnóstico de entrada, considerando, por otro lado, la duración de la estancia del enfermo en el hospital.

A partir de 1976, una vez establecido el uso obligatorio en todos los hospitales, tanto públicos como privados, de un Libro de Registro que normalizara la recogida de datos (Real Decreto 1360/1976 de 21 de Mayo) y la Ficha de enfermo (Resolución de la Dirección General de Sanidad de 10 de Noviembre de 1976) como elemento básico para la cumplimentación de aquél, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) se

adapta a una situación más acorde con las necesidades actuales de información¹. Estos cambios, junto a la regularización de la obligatoriedad del Informe de Alta (Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de Septiembre de 1984) permiten, como ya está ocurriendo²⁻⁴, una mayor utilización de esta fuente de datos, tanto con fines de investigación como de planificación.

Nuestro propósito con este trabajo ha sido reconocer el grado de cumplimentación del Libro de Registro, como primer paso de un estudio más amplio que sobre fiabilidad de las estadísticas de morbilidad hospitalaria estamos realizando.

Material y método

Seleccionamos siete hospitales entre los 22 existentes en la provincia de Sevilla. Los criterios considerados en la selección fueron, en primer lugar, el tamaño medido en número de camas: A) menos de 100 camas, B) de 101 a 350 camas, C) de 351 a 600

camas y, D) más de 600 camas; y en segundo lugar, la dependencia patrimonial, clasificada en pública y privada.

De entre los 9 hospitales que hay con menos de 100 camas, elegimos uno público y otro privado y lo mismo hicimos para los 10 hospitales con un número de camas entre 101 y 350. Para el tercer grupo elegimos el único hospital que existe en este rango y que es público. Y para el último grupo incluimos en nuestro estudio a los dos hospitales que con más de 601 camas existen en esta provincia y que también son públicos. Por tanto, la muestra de nuestro estudio cuenta con dos hospitales privados y cinco públicos.

A partir del número de orden de ingreso y mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio se seleccionó una muestra del 0,5% de los episodios asistenciales atendidos en estos hospitales entre el 1 de Enero y el 30 de Junio de 1986. El total de altas revisadas fue de 266.

Con el fin de normalizar el proceso de cuantificación de la cumplimenta-

ción y legibilidad de cada uno de los apartados de que consta el registro de un episodio asistencial, éste se realizó mediante un protocolo que consideró para cada apartado, si estaba cumplimentado y, en segundo lugar, en los casos de código alfabético, si éste era legible.

Resultados

El porcentaje de cumplimentación para el total de apartados examinados (tabla 1) ha sido del 83,7%, oscilando entre el 100% y el 51%.

A fin de facilitar la evaluación de estos resultados, hemos agrupado los diferentes ítems en cuatro categorías, dependiendo de su nivel de cumplimentación. Un primer grupo, compuesto por aquellos ítems que presentan casi el 100% de cumplimentación, como son: número de orden de ingreso (100%), fecha de ingreso (100%), sexo (99,6%) y residencia habitual (99,6%). Un segundo grupo, con un nivel de cumplimentación por encima del 80%, que podemos catalogar como de «moderada cumplimentación». Un tercer grupo de ítems que calificamos como «deficientemente cumplimentado», pues tienen un nivel de cumplimentación entre el 80% y 60%, que incluye el diagnóstico de entrada (68%), diagnóstico de alta (78,9%) y motivo del alta (70,3%). Y por último, un cuarto grupo constituido por los ítems cuyo nivel de cumplimentación es inferior al 60% y que calificamos como de «muy deficiente cumplimentación».

Tabla 1. Cumplimiento de los ítems contenidos en el Libro de Registro de Hospitales

ÍTEMS	REGISTRADO	NO REGISTRADO	CUMPLIMENTACIÓN
Ítems administrativos			
Número de orden de ingreso	266	0	100
Número de historia clínica	228	38	85,7
Fecha de ingreso	266	0	100
Urgente/Ordinario	243	23	91,4
Fecha de alta	254	12	95,5
Número de orden de salida	256	10	96,2
Ítems demográficos			
Fecha de nacimiento	223	43	83,8
Sexo	265	1	99,6
Estado civil	137	129	51,5
Residencia habitual	265	1	99,6
Ítems clínicos			
Diagnóstico de entrada	181	85	68,0
Diagnóstico de alta	210	56	78,9
Motivo de alta	187	79	70,3
Caso nuevo/antiguo	136	130	51,1
TOTAL	3.117	607	83,7

Al desagregar estos datos según el tamaño del hospital y su dependencia, según muestra la tabla 2, encontramos que para el número de historia clínica su grado de cumplimentación es menor en los hospitales pequeños; situación que se invierte, aunque con porcentajes más altos, para la fecha de nacimiento. Al considerar estos mismos ítems según la dependencia patrimonial observamos que, en el caso del número de la historia clínica, la cumplimentación es nula en los hospitales privados, estando el resto de los ítems mejor cumplimentados en los privados que en los públicos.

Entre las variables que calificamos como de «eficiente cumplimentación» encontramos que tanto el diagnóstico

de alta como el de entrada presentan sus peores niveles de cumplimentación en los hospitales menores de 100 camas y en los de más de 601 camas. Esta distribución se repite en relación al motivo del alta. Respecto a la dependencia patrimonial, el diagnóstico de entrada es cumplimentado en un 100% en los centros privados, mientras que el diagnóstico al alta se cumplimenta algo más en los públicos. Esto mismo se observa, aunque con menor diferencia, para el motivo del alta.

Finalmente, de los tres ítems que se registran alfabéticamente (residencia habitual, diagnóstico de entrada y diagnóstico al alta), su ilegibilidad en los casos en que están registrados

Tabla 2. Cumplimentación de los ítems con menos del 99% de cumplimentación según el número de camas y la dependencia patrimonial

N.º de camas	CUMPLIMENTACIÓN «MODERADA»					CUMPLIMENTACIÓN «DEFICIENTE»			CUMPLIMENTACIÓN «MUY DEFICIENTE»	
	N.º orden entrada %	Fecha de alta %	Ordinario/Urgente %	Fecha de nacimiento %	N.º historia clínica %	Diagnóstico de entrada %	Diagnóstico de alta %	Motivo alta %	Estado civil %	Caso nuevo/antiguo %
100	100,0	100,0	100,0	100,0	44,4	55,5	44,4	55,5	88,9	55,5
101 a 350	100,0	100,0	85,7	92,9	42,9	100,0	100,0	100,0	92,9	100,0
351 a 600	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,8	97,8	76,7	2,3	2,3
601	95,0	94,0	89,5	79,0	87,5	60,0	75,0	67,5	57,5	58,0
Dependencia										
Público	96,1	95,3	90,9	83,1	89,8	71,3	79,5	70,5	49,6	50,4
Privado	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	66,7	66,7	91,7	66,7

es, como podemos ver en la tabla 3, de 0,8% para la residencia habitual, 7,2% para el diagnóstico de entrada y 8,2% para el diagnóstico de alta.

Discusión

Aún sin entrar en el problema de la exactitud y precisión de los datos registrados, tenemos ya, a la vista de estos resultados, una primera valoración de la calidad de la EMH. Si comparamos el 16,6% de omisiones encontrado en nuestros resultados con el 1,2% observado por Lockwood⁵ en los registros hospitalarios de Escocia, la valoración resultante se aleja bastante de la deseada.

Evidentemente no todos los items presentan el mismo interés para los objetivos de la EMH. Así, son precisamente los items administrativos los que registran un mayor nivel de cumplimentación, si exceptuamos el número de Historia Clínica en centros pequeños y privados. Con lo cual parece estar garantizada la extracción de la muestra (número de orden de entrada y de salida) y el cálculo de las estancias medias (fecha de ingreso y de alta), pero no la posibilidad de recuperar la información a nivel individual (número de historia clínica) para, entre otras cosas, validar los items de interés clínico.

	N.º REGISTRADOS	N.º ILEGIBLES	% ILEGIBLES
Residencia habitual	263	2	0,8
Diagnóstico de entrada	168	13	7,2
Diagnóstico de alta	193	17	8,1

Dentro de los items demográficos hay que destacar, además de la baja cumplimentación del estado civil, variable poco informativa, la omisión en el 16,2% de la fecha de nacimiento, implicando esto un subregistro importante de la edad que puede llevarnos a interpretaciones erróneas al comparar la frecuentación hospitalaria según distintos grupos de edad.

Por lo que respecta a la información clínica cumplimentada cabe establecer que la información recogida por la EMH no nos sirve para estimar la incidencia ni la prevalencia de los problemas de salud atendidos en centros hospitalarios. Ya que a la baja cumplimentación del item «caso nuevo/antiguo» se añade la dificultad intrínseca de su recuperación a posteriori. Por ello se puede recomendar su exclusión del conjunto de datos a registrar en cada episodio asistencial. Por otro lado, y prescindiendo del diagnóstico de entrada que no es analizado en la EMH, lo cual nos hace preguntar acerca de la conveniencia de mantenerlo en el conjunto de da-

tos a registrar, nos encontramos con el hecho altamente significativo de la deficiente cumplimentación y legibilidad del diagnóstico al alta, más cuando éste es el item central de la EMH.

A nuestro entender este gradiente observado en el nivel de cumplimentación del Libro de Registro, de más a menos (items administrativos, demográficos y clínicos), puede estar reflejando que dicho documento es valorado por parte de los centros hospitalarios, y específicamente por los Servicios de Admisión, como una responsabilidad principalmente administrativa y de escaso interés sanitario.

Diversas razones pueden apoyar esta hipótesis. En primer lugar, no está previsto en el diseño de la EMH su utilidad a nivel de Servicio y Hospital, ya que la unidad de máxima desagregación es la provincia, con lo cual no se produce la retroalimentación necesaria para que los productos de los datos se sientan estimulados en mejorar la calidad de sus registros⁶. En segundo lugar, como

Tabla 4. Datos recogidos por los sistemas de información de morbilidad hospitalaria en distintos países

	AUSTRALIA	CANADÁ	INGLATERRA Y GALES	ESCOCIA	FINLANDIA	SUECIA	DINAMARCA	EE.UU	ESPAÑA
HOSPITAL	+	+	+	+	+	+	+	-	-
DEPARTAMENTO	-	-	-	+	+	+	+	-	-
PACIENTE	+	+	+	+	+	+	+	-	-
FECHA ADMISIÓN	+	+	+	+	+	+	+	+	+
FECHA ALTA	+	+	+	+	+	+	+	+	+
VIVO/MUERTO	+	+	+	+	+	+	+	+	+
NECROPSIA	+	-	-	-	-	-	+	-	-
FECHA NACIMIENTO	+	+	+	+	+	+	+	+	+
SEXO	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ESTADO CIVIL	+	-	+	+	-	+	+	+	+
RESIDENCIA	+	+	+	+	+	-	+	+	+
OCUPACIÓN	+	-	-	+	+	-	-	-	-
DIAGNÓSTICO*	+(10)	+(2)	+(6)	+(4)	+(3)	+(8)	+(4)	+(2)	+(1)
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA*	+(8)	+(2)	+(4)	+(2)	-	+(16)	+(4)	+(2)	-

* Entre paréntesis número de diagnósticos y/o intervenciones quirúrgicas que pueden ser registrados.

Fuente: elaboración propia a partir de The Status of Hospital discharge data in six countries⁷, The Status of Hospital Discharge data in Denmark, Scotland, West Germany and The United States⁸ y Encuesta de Morbilidad Hospitalaria¹.

comprobamos en la tabla 4, el conjunto de datos recogidos en nuestra encuesta padece de importantes carencias en relación a las estadísticas hospitalarias de otros países^{7,8}. Estas son: intervenciones quirúrgicas, unidades asistenciales, diagnósticos secundarios, ocupación y autopsia. Por contra, contemplamos items que, además de estar mal cumplimentados, no se recogen en otros países, como son: caso nuevo/antiguo y diagnóstico de entrada.

Pensamos que es necesario revisar el diseño actual de la EMH en un doble sentido. Por un lado, hay que realizar un esfuerzo por hacerla útil a los productores de la información, unidades asistenciales y centros hospitalarios, para lo cual, y respetando los problemas de confidencialidad, se hace necesario registrar códigos de identificación de la unidad asistencial y del centro hospitalario. Por otro lado, debemos adaptarnos a las recomendaciones que las Comunidades Europeas han propuesto en relación

al conjunto mínimo básico de datos para estadística hospitalaria y que se sintetizan en el informe Roger⁹. En este sentido, la Comunidad Autónoma Andaluza haciendo uso de sus competencias en materia sanitaria, ha introducido cambios en el conjunto de datos a registrar tras cada episodio asistencial. Así actualmente es obligatorio registrar, además de los items establecidos por el INE, la unidad asistencial donde se atiende al paciente, el servicio de entrada, los traslados interservicios, así como las intervenciones quirúrgicas si las hubiera¹⁰.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria 1982*. Madrid: INE, 1984.
2. Benavides F, Nolasco A, Bolumar F, Tuells J. Complementariedad en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y el sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. *Gaseta Sanitària de Barcelona* 1986; 30: 242-246.

3. Castells X, Sanjosé S, Cuervo JI. Análisis de la frecuentación hospitalaria por provincias: efecto del ajuste por edad y sexo. *Gaseta Sanitària de Barcelona* 1986; 26: 48-56.

4. Casas M. *Utilización y morbilidad. Hospitales Andaluces*, 1982. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Consumo, 1985.

5. Lockwood E. Accuracy of scottish hospital morbidity data. *Br J Prev Soc Med* 1971; 25: 76-83.

6. Segura A. El médico como productor y usuario de la información sanitaria. *JANO* 1984; Oct. (extra): 25-30.

7. National Center for Health Statistics. *The status of hospital discharge data in six countries*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health statistics, 1980; DHEW Publications n° (PHS) 80-1354. (Vital and Health Statistics; Serie 2; 80).

8. National Center for Health Statistics. *The status of hospital discharge data in Denmark, Scotland, West Germany and the United States*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics, 1981; DHHS Publications n° (PHS) 81-1362. (Vital and Health Statistics; Serie 2; 88).

9. Roger FH. The minimum basic data set for hospital statistics in the E.E.C. En: Lambert PH., Roger FH. *Hospital Statistics in Europe*. North Holland Publishing Company, 1982: 83-112.

10. Junta de Andalucía. (BOJA 61, 2210-2264, de 24 de junio de 1986).

