

CONCORDANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ALTA HOSPITALARIA

Sr. Director:

La mayoría de hospitales utilizan un registro de ingreso y alta, hoja resumen de hospitalización (HRH) u hoja estadística de alta, de la que se obtienen los ítems necesarios para la elaboración de las estadísticas. De todo el mínimo conjunto de datos¹, el que tiene un valor más representativo y de interés (interno y externo) es el diagnóstico principal del paciente, con lo que la fiabilidad de este diagnóstico es esencial. La codificación de este diagnóstico de alta en unos centros es realizada por los propios médicos en el momento de confeccionar el informe de asistencia, epicrisis o la propia HRH, y en otros, en un servicio apropiado o disponiendo de personal más o menos especializado que los verifica y controla, situación que parece aumentar la calidad de los mismos^{2,3}. Nuestro centro está definido en este segundo grupo, y hemos realizado un estudio con el fin de conocer el porcentaje de errores existentes y localizar su situación (HRH transcripción al ordenador).

Nuestro hospital dispone de 90 camas, con un sistema informatizado de admisión. La muestra escogida de 243 HRH era proporcional al número de altas de cada servicio de hospitalización durante el período de un año. La codificación empleada fue la ICD-9-CM⁴. Se utilizó la historia clínica de cada paciente seleccionado para saber el diagnóstico principal a través del informe de asistencia y epicrisis o, en su defecto, del curso clínico. Se definió el diagnóstico principal aquel que, según criterio del facultativo, se considera la causa principal del ingreso del paciente en el centro. También se utilizaron las HRH y las estadísticas clínicas de morbilidad extraídas por listado del ordenador.

En el caso de encontrar un error en la selección del diagnóstico por parte del facultativo en la HRH, aunque la codificación fuese correcta, se consideró como no concordante y su codificación incorrecta. La revisión fue realizada por personas diferentes a las que codificaron los diagnósticos de las HRH.

De un total de 243 altas, 77 (31,7%) pertenecían a los servicios médicos y 166 (68,3%) a los quirúrgicos. Uno de ellos tuvo que ser excluido porque no se localizó su proceso asistencial dentro de la historia clínica (falta de datos, 0,4%), y del resto de los pacientes sí se pudo obtener la información. En la muestra seleccionada se detectaron cinco errores globales (2,1%, con intervalos de confianza al 95% comprendidos entre 0,3% y 3,9%), tres de ellos en la HRH (dos por mala elección del diagnóstico y uno por estar mal codificado en los tres primeros dígitos, y dos en la transcripción de los tres primeros dígitos de las estadísticas clínicas. La distribución de errores observados en los diagnósticos principales de alta, por servicios, figuran en la tabla 1. De los médicos que firmaban la HRH, 188 (77,7%) habían asistido de forma directa al paciente, mientras que 54 (22,3%) no eran los médicos responsables directos del proceso asistencial.

El porcentaje de errores globales (2,1%) refleja un funcionamiento aceptable del centro. Hay que tener en cuenta que se analizó solamente el diagnóstico principal. Al hacer la revisión se descubrieron algunas incongruencias en los diagnósticos secundarios, había errores y no constaban algunas complicaciones intrahospitalarias, generalmente infecciones nosocomiales. Como es lógico, al tratarse de un hospital de reducidas dimensiones es más fácil controlar los circui-

tos administrativos y subsanar las deficiencias. El disponer de personal que analice y controle los datos es esencial para bajar el porcentaje de errores, aunque se ha de tener en cuenta que hemos considerado, en algunos casos, de forma complaciente el criterio médico de elección del diagnóstico principal y creemos que quizás se hubiera podido precisar mejor la etiología de los mismos (insuficiencia cardíaca, hepatopatía crónica...), sin entrar por tanto en su validez intrínseca. O'Gorman⁵ en Irlanda observó en 17 hospitales que el 5,5% de los diagnósticos principales no era correcto, el 1% no constaba y el 0,9% tenía errores en la codificación. George y Maddocks⁶ comprobaron que el 19,2% de todos los diagnósticos (principal y secundarios) estaba codificado incorrectamente. Lockwood⁷ encontró que el 55,3% tenía algún tipo de error y que éstos eran más frecuentes en los diagnósticos secundarios y en las intervenciones quirúrgicas. Nuestros resultados, aunque con menor porcentaje de errores, son parecidos a estos estudios, sobre todo al de O'Gorman. En España, sólo nos consta un estudio similar, el realizado por González et al², quienes observaron un porcentaje de error en hospitales comarcales del 12,5% y encontraron diferencias entre hospitales y servicios, produciéndose los errores más frecuentes en la selección del diagnóstico. En nuestro caso, aunque los porcentajes son algo inferiores, pueden equipararse a los resultados de los hospitales de reducido número de camas, con una mayor tendencia a cometer errores en la selección del diagnóstico por parte de los facultativos. El error encontrado en la codificación ha sido motivado por una mala precisión del codificador en el diagnóstico que no se ha sabido interpretar correctamente; este tipo de errores puede surgir al no codificar los propios médicos, aunque creemos que ajustando más su impresión diagnóstica se podrían corregir estas deficiencias. Aparece un elevado número de casos en que el médico responsable del ingreso no firma la HRH, sobre todo en los servicios quirúrgicos. Este hecho creemos que se puede deber a la impresión que tienen de que la cumplimentación de la HRH es un acto

Tabla 1. Distribución por servicios de los errores observados en los diagnósticos principales de alta

Servicio	Selección	Codificación	Transcripción
Medicina y especialidades	1	1	0
Cirugía y especialidades	1	0	2
TOTAL	2	1	2

burocrático y de poco interés para ellos. Las limitaciones del estudio, al obtener un bajo número de errores que se pueden analizar, no nos deja contrastar la hipótesis de si los errores aumentan al alargarse los días de estancia o bien al firmar la HRH un médico ajeno al proceso asistencial, situación que deberíamos subsanar mediante la realización de otros estudios.

Antonio Sicras Mainar
Hospital Municipal de Badalona

Bibliografía

1. Roger F. The minimum basic data set for hospital statistics in Europe. En: Lambert P, Roger F (dirs). *Hospital Statistics in Europe*. Bruselas, Luxemburgo: North-Holland Publishing Company, 1982.
2. González CA. et al. Validez del diagnóstico principal de alta hospitalaria. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 269-71.
3. Guix J, Sicras A. Precisión en la codificación de los diagnósticos de alta. *Libro de Actas del I Congreso de Documentación Médica*. Valencia, 14-15 de diciembre de 1989: 51.
4. The International Classification of Diseases 9th. Revisión, Clinical Modification ICD-9-CM. USA, 1979.
5. O'Gorman J. Data accuracy and reliability. En: Lambert P, Roger F (dirs). *Hospital Statistics in Europe*. Bruselas, Luxemburgo: North-Holland Publishing Company, 1982.
6. George A, Maddocks G. Accuracy of diagnostic content of Hospital Activity Analysis in infectious diseases. *Br Med J* 1979; 1: 1332-4.
7. Lockwood E. Accuracy of Scottish Hospital Morbidity Data. *Br J Prev Soc Med* 1971; 25: 76-83.

