

La hoja de egreso hospitalario. Comentarios de un comité de mortalidad

Alicia Rodríguez Velasco, María E. Y. Furuya, María del Carmen Rodríguez Zepeda, Rocío Cárdenas Navarrete, Olivia Madrigal Muñiz, Martha Sciandra Rico, Mario H. Vargas

Subcomité de Mortalidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:
Alicia

Rodríguez Velasco, María E. Y. Furuya.

Tel.: 5627 6900, extensión 3033, 3419

Dirección electrónica:
alirove0101@yahoo.com
fuentes@servidor.unam.mx

RESUMEN

La hoja de egreso hospitalario debería reflejar el tipo y complejidad de la enfermedad de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización y de las actividades que se realizan ahí. Su utilidad depende de la calidad de su elaboración. El Subcomité de Mortalidad del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, se ha percatado de diversas deficiencias en el llenado de dicho documento, las cuales son el motivo de este estudio. Se eligieron al azar las hojas de egreso hospitalario de 26 niños de un total de 280 infantes fallecidos en los primeros 10 meses de 2001. Se encontró que había deficiencias en los seis apartados que constituyen la hoja, con una proporción que variaba de 4 a 81 %. Dichas anomalías pueden generar errores en las estadísticas, el cálculo de costos y la valoración del grado de complejidad de los padecimientos y de la atención brindada por una unidad hospitalaria. Por lo tanto, se requieren estrategias para que los médicos clínicos contesten correctamente dicho documento y conozcan su relevancia.

SUMMARY

Hospital discharge data set (HDDS) should include a document reflecting the type and complexity of activities carried out in any hospital ward. During activities of the Mortality Committee of the *Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS*, in Mexico City, we observed several deficiencies in the filling out of the HDDS, which constitutes the focus of this publication. The HDDS of 26 patients from a total of 280 children who died during the first 10 months of 2001 were analyzed. We found that deficient filling out existed in nearly all items, varying from 4 to 81 %. These deficiencies might generate mistakes in statistics, cost calculation, and assessment of complexity of medical services provided by a hospital. Thus, strategies are required to educate clinicians in correct filling of the HDDS, especially with regard to the relevance of this data.

Introducción

Medir la productividad de los servicios prestados en un hospital es una tarea complicada; la principal dificultad es la falta de información médica confiable, rutinaria y fácil de codificar. En algunos países la información clínica ya es utilizada como instrumento de soporte para la gestión en el manejo de pacientes hospitalizados, y progresivamente ha cobrado importancia en los sistemas públicos de presupuestación de la asistencia hospitalaria.¹ En este sentido, los hospitales reciben recursos según su productividad. El dinero erogado en la atención del paciente va en relación con la complejidad de los padecimientos, el número de padecimientos mé-

dicos y quirúrgicos por paciente, las complicaciones y la estancia hospitalaria.

España lleva más de una década de adelanto en estos aspectos con la utilización del *conjunto mínimo básico de datos de hospitalización*—que en México equivaldría a la hoja de egreso hospitalario—, estandarizada a escala nacional, con datos semejantes a los de otros países de Europa Occidental y Estados Unidos, con más de 20 años de experiencia.² Con el *conjunto mínimo básico de datos de hospitalización* se puede tener información homogénea y comparable para obtener un máximo de aplicaciones, tanto clínicas como administrativas, conocer la casuística de un hospital, incrementar el conocimiento y la evaluación de sus servicios, elaborar objetivos y

Palabras clave

- ✓ hoja de egreso hospitalario
- ✓ estadística hospitalaria
- ✓ mortalidad hospitalaria

Key words

- ✓ medical records department
- ✓ hospital information systems
- ✓ hospital mortality

tomar decisiones. Así mismo, permite disponer de los datos necesarios para elaborar comparaciones con actividades equivalentes de otros servicios.^{3,4} La aplicación práctica de la información obtenida se ha orientado casi exclusivamente a la información epidemiológica y a la gestión eficiente de recursos con el fin de mejorar la calidad asistencial.

El Subcomité de Mortalidad del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), forma parte del Comité de Calidad y tiene como objetivos primordiales abatir la mortalidad hospitalaria, identificar e incidir sobre las causas prevenibles de mortalidad, y contribuir a establecer mejores criterios de diagnóstico y tratamiento, al revisar en forma integral los expedientes de los pacientes fallecidos en el hospital.

El procedimiento actual por el cual se analizan las defunciones que ocurren en el hospital referido se lleva a cabo de la siguiente forma:

- Los médicos del servicio donde ocurrió la defunción revisan el caso en conjunto y después se llena una hoja diseñada por el Comité de Calidad para alimentar una base de datos.
- La anterior hoja, la hoja de egreso hospitalario y el expediente clínico son revisados por los integrantes del Subcomité de Mortalidad en una de las dos sesiones conjuntas mensuales.

Después de varias sesiones del Subcomité del Hospital de Pediatría se encontró que la hoja de egreso hospitalario contiene errores reiterados que es necesario dar a conocer a la comunidad médica para su corrección. El presente análisis tiene por objetivo dar a conocer los errores más frecuentes en el llenado de dicho documento, y proponer las medidas necesarias para hacer de este instrumento una fuente de información útil.

Material y método

El Subcomité de Mortalidad del Hospital de Pediatría revisó en forma retrolectiva y al azar 26 hojas de egreso hospitalario de un total de 280 niños fallecidos de enero a octubre de 2001.

La información del documento se clasificó en seis grandes apartados:

- A) Datos administrativos del paciente.
- B) Datos administrativos del ingreso y del egreso
- C) Diagnósticos, complicaciones y procedimientos.
- D) Síntesis del padecimiento actual.
- E) Resumen clínico.
- F) Identificación de quién llenó la hoja de egreso hospitalario.

Con la revisión del resumen clínico de la hoja de egreso hospitalario y del expediente clínico, se clasificó la confiabilidad de los datos de la siguiente forma:

- *Incompleto*: cuando la anotación daba información parcial y la faltante era relevante.
- *Omitido*: cuando en el inciso no aparecía una respuesta, aun cuando en el expediente existía información que debía acotarse.
- *Equivocado*: cuando la contestación difería sustancialmente de lo anotado en el expediente.

Se analizó la frecuencia de errores en cada uno de los apartados y se obtuvieron porcentajes simples de los hallazgos más importantes.

Resultados

La mayoría de las muertes analizadas (42.3 %) aconteció en el Departamento de Neonatología, lo que concuerda con informes previos respecto a que este servicio es el que tiene mayor mortalidad en el hospital.

Los porcentajes de error en el llenado de la hoja de egreso hospitalario se indican en el cuadro I, donde se aprecia que para el apartado A (información administrativa del paciente) faltaron datos en 4 % de los casos. En el apartado B (datos administrativos del ingreso y del egreso), entre 16 y 74 % de las hojas de egreso hospitalario tuvieron datos incompletos; los más omitidos fueron el nombre y la matrícula del médico tratante, seguidos por la fecha y hora del egreso y tipo de ingreso. Respecto al apartado C, las principales fallas de llenado ocurrieron en la anotación de los procedimientos no quirúrgicos, seguidos de las complicaciones y de los diagnós-

Cuadro I
Deficiencias encontradas en el llenado de 26 hojas de egreso hospitalario de pacientes fallecidos

Característica evaluada	Llenado correcto		Llenado incorrecto		Error
	n (%)	n (%)	Incompleto	Omisión	
A) Datos administrativos del paciente					
Nombre	25 (96)	1 (4)		1	
Número de afiliación	25 (96)	1 (4)		1	
Edad	25 (96)	1 (4)		1	
B) Datos administrativos del ingreso y del egreso					
Fecha de ingreso	19 (73)	7 (27)		7	
Servicio tratante	19 (73)	7 (27)		7	
Cama	22 (85)	4 (16)		4	
Médico tratante	13 (50)	13 (50)		13	
Matrícula	7 (27)	19 (74)		19	
Unidad de procedencia	19 (73)	7 (27)		6	1
Delegación	15 (58)	11 (43)		11	
Fecha y hora de egreso	13 (50)	13 (50)	4	9	
Tipo de ingreso	16 (62)	10 (38)		10	
Tipo de egreso	21 (81)	5 (20)		5	
Motivo de alta	19 (73)	7 (27)		7	
C) Diagnósticos, complicaciones y procedimientos					
Diagnóstico inicial	10 (38)	16 (62)	15		1
Diagnóstico principal de egreso	10 (38)	16 (62)	15		1
Otros diagnósticos de egreso	18 (69)	7 (27)	5	1	1
Complicaciones	7 (27)	17 (65)	12	5	
Procedimientos quirúrgicos	9 (35)	7 (27)	3	3	1
Procedimientos no quirúrgicos	3 (12)	21 (81)	11	10	
Crecimiento, desarrollo y estado nutricional	15 (58)	11 (42)		11	
D) Síntesis del padecimiento actual					
Manifestaciones clínicas	9 (35)	17 (65)	17		
Exámenes positivos de laboratorio y gabinete	9 (35)	17 (65)	17		
Tratamiento	9 (35)	17 (65)	17		
Estado actual y plan terapéutico	9 (35)	17 (65)	17		
E) Resumen clínico					
Resumen clínico	25 (96)	1 (4)	1		
F) Identificación de quién llena la hoja					
Identificación de quién llena la hoja	18 (69)	8 (31)		8	

tics inicial y principal de egreso. Los cuatro rubros del apartado *D* tuvieron un porcentaje de error similar.

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue dar a conocer los errores más frecuentes en el llenado de la hoja de egreso hospitalario, mencionar las repercusiones que tienen y proponer medidas de corrección. En 1995 en el *Programa de Reformas del Sector Salud* se destacó la necesidad de emprender reformas en materia de los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social.⁵ A partir de entonces en México se han iniciado importantes cambios administrativos en dicha materia, entre los que destaca la necesidad del establecimiento de grupos relacionados con el diagnóstico que utilicen la hoja de egresos hospitalario como instrumento para alimentar las bases de datos y medir el costo por cada paciente atendido.¹

Los resultados aquí expuestos ponen de manifiesto que en los datos administrativos del paciente la deficiencia fue de 4 %; por fortuna la ausencia de dicha información, aunque importante, no ocasionó en nuestro hospital problemas de gran trascendencia. Los apartados donde la deficiente recolección de datos repercute en la generación de costos y la elaboración de estadísticas fidedignas son básicamente dos: el *B* (datos administrativos del ingreso y egreso) y el *C* (diagnósticos y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos). En el primero, la fecha de ingreso faltó en un poco más de la cuarta parte de los casos y la fecha de egreso en la mitad; sin esta información no se puede determinar el número de días de estancia hospitalaria, lo cual repercute en el cálculo de gastos. En el segundo hubo deficiencias importantes en todos los incisos, predominando la falta de información precisa en los diagnósticos inicial y de egreso, las complicaciones y la anotación de procedimientos no quirúrgicos.

El impacto de estas omisiones es trascendental pues cada hoja de egreso hospitalario arroja un costo, resultado de la sumatoria de los recursos físicos y humanos utilizados por el paciente, información a partir de la cual se hará la determinación de presupuesto para una uni-

dad hospitalaria, basándose primordialmente en su casuística, es decir, en el grado de complejidad diagnóstica-terapéutica que corresponda al nivel de atención. De tal modo que en una unidad de atención médica de alta complejidad como el Hospital de Pediatría, la imprecisión en el diagnóstico principal de egreso, sus complicaciones y los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, condiciona subestimación en los costos reales de la atención del paciente.

Las causas de estas deficiencias no son claras y, hasta donde sabemos, no existen en México informes de análisis semejantes que permitan establecer comparaciones con otros hospitales del IMSS o de otras instituciones, sin embargo, creemos que este fenómeno puede ser común. Esto hace imperioso difundir nuestros hallazgos.

Tradicionalmente los médicos se han apartado de los trámites administrativos, por lo que es necesario informarles sobre su responsabilidad al respecto como profesionales de una institución,⁶ y difundir entre ellos el valor de la hoja de egreso hospitalario para elaborar estadísticas y asignar recursos económicos.

La hoja de egreso hospitalario en el IMSS debería cumplir con los objetivos del *conjunto mínimo básico de datos de hospitalización* que se emplea en España. Desafortunadamente en ocasiones no refleja el tipo ni la complejidad de las actividades que se realizan en los servicios médicos. En la actualidad no se puede concebir la evaluación de los servicios hospitalarios ni la gestión de recursos sin la información que debe proporcionar dicho documento. En otras palabras, la hoja de egreso hospitalario es el instrumento que debe, por un lado, permitir una comunicación útil entre médicos y administradores y, por el otro, facilitar la elaboración de casuísticas representativas, tanto de las actividades de los servicios como del conocimiento integral del tipo de pacientes y su complejidad.

La calidad de los datos que se anotan en la hoja de egreso hospitalario incluyendo la definición y selección del diagnóstico principal, complicaciones y comorbilidades relevantes durante la estancia hospitalaria, son responsabilidad del médico tratante. La precisión en el registro es fundamental para la buena clasificación de los pacientes; se requiere que cada uno de los apartados de la hoja sea llenado en su totalidad y de manera

fidedigna de acuerdo con los datos del expediente clínico. Los médicos que llevan a cabo esta tarea son los principales responsables de la veracidad de las estadísticas epidemiológicas y se convierten en los principales gestores de los recursos económicos que se asignan al hospital para la asistencia efectiva de los pacientes.

Si bien en la actualidad estos datos no se utilizan sistemáticamente para determinar los presupuestos hospitalarios en México —a diferencia de lo que sucede en Estados Unidos y otros países desde hace más de 20 años¹—, las reformas instituidas en el Sector Salud van encaminadas a ese objetivo.^{2,5}

En los hospitales la información de la hoja de egreso hospitalario es codificada por personal del archivo clínico, el cual se basa en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).⁷ Los datos son enviados al Sistema Único de Información de donde el IMSS extrae la información para elaborar sus estadísticas finales, que a su vez remite a la Secretaría de Salud.

Cuando en la hoja de egreso hospitalario no se consignan los datos básicos relacionados con las categorías de diagnósticos ni los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, este instrumento no es útil como fuente de información para valorar la productividad y complejidad del hospital. Tampoco es confiable como hoja de referencia para consultas posteriores ni para elaborar con ella estadísticas epidemiológicas fidedignas.

Una hoja de egreso hospitalario completa podría ser el mejor instrumento para alimentar las bases de datos y eliminar otros formatos que recaban información similar, evitando así duplicidad de esfuerzos.

Conclusiones

Algunas propuestas que podrían ser de utilidad para corregir las deficiencias en el llenado de la hoja de egreso hospitalario son:

- Familiarizar a los médicos clínicos con la hoja de egreso hospitalario para que conozcan la utilidad y el impacto de la información vertida en ella, además, de su relevancia para la elaboración de estadísticas epidemiológicas (determinación de costos, comparación con otros centros del mismo nivel de complejidad, investigación, etcétera).
- Usar sistemas computacionales que orienten y faciliten al médico clínico el correcto llenado de la hoja, para evitar omisiones.
- Unificar el formato en todas las instituciones de salud para establecer los cambios planeados en el Sector Salud, en especial los referentes al uso de los grupos relacionados con el diagnóstico, lo que permitiría desarrollar estudios comparativos entre unidades hospitalarias de complejidad similar.

Referencias

1. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. México: Cuadernos de Gestión Clínica, IASIST; 2000.
2. Tomas R, Suñol R, Delgado R, Ramos J, Casas M. Indicadores de calidad asistencial y GRD: un sistema de información basado en el CMBD de hospitalización. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:15-21.
3. Díez A, Tomas R, Varela J, Casas M, González-Macías J. La medicina interna en un grupo de 52 hospitales españoles. Análisis de casuística y eficiencia. *Med Clin* 1996;106:361-367.
4. Casas M. Issues for comparability of DRG statistics in Europe. Results from EURODRG. *Health Policy* 1991;17:121-132.
5. Rojas-Arreola G, Ulloa-Padilla O. Seguridad social en México: presente y futuro. Disponible en la URL: www.bibliojuridica.org/libros/1/357/5.pdf.
6. Coordinación de Atención Médica. Manual de procedimientos de las áreas de Informática Médica y Archivo Clínico (ARIMAC). Forma 4-30-13a/99 (hoja 5). Estadísticas mensuales de servicios otorgados. México: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.
7. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). OPS/OMS; 1995.