



G-32. - ERRORES DE INFORMACIÓN EN LOS INFORMES DE ALTA DE PACIENTES OUTLIERS

A. Benavente Fernández¹, R. Noguera Fernández², I. Amat Sánchez², J. Domínguez Moreno³

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Baza. Baza. Granada. ³Ciencias y Técnicas Estadística. Estudios Estadísticos. Granada.

Resumen

Objetivos: Analizar la concordancia de la información extraída del informe de alta, frente a la autoauditoría de los episodios de una muestra de pacientes outliers ingresados en Medicina Interna (MI) a lo largo del 2013, para comprobar si existen errores de información en los informes de alta que modificasen su GRD y complejidad, adecuándose así mejor a la estancia generada. Analizar si la autoauditoría realizada por los evaluadores condiciona de algún modo la concordancia de los resultados.

Métodos: Analizamos la correcta cumplimentación del diagnóstico principal, diagnóstico/ secundario/s, procedimientos y evolución, estimando la adecuación del informe de alta y cambios en el GRD, respecto a la autoauditoría de los episodios de ingreso de 28 pacientes outliers ingresados en MI en 2013. Definiciones de los informes de alta: -Informe válido y claro: bien estructurado, en apartados independientes, la lectura del informe obtiene las mismas conclusiones que la lectura de la documentación. Informe válido poco claro: a pesar de redacción poco estructurada y defectos de forma, la lectura del informe obtiene las mismas conclusiones que la lectura de la documentación. Informe insuficiente: las conclusiones obtenidas, sin ser del todo diferentes, pueden modificar la codificación del GDR. Informe claramente inválido: las conclusiones son distintas y cambia el GRD. Análisis estadístico de independencia entre concordancia y evaluación mediante Chi cuadrado.

Resultados: En 2013 ingresaron 56 outliers, de los cuales analizamos el 50%. Rango de edad 45-84 años (media 70,3). 54% hombres, 46% mujeres. Los diagnósticos principales están presentes y concuerdan en todos los casos. Los diagnósticos secundarios están ausentes en 5/28 (17,8%) y no concuerdan en 10/28 (35,7%). Los procedimientos no concuerdan en 7/28 (25%) y la evolución es no concordante en 4/28 (14%). Los informes fueron válidos y claros en 7/28 (25%), válidos y poco claros en 13/28 (46,5%) e insuficientes en 8/28 (28,5%). En 4/28 (14,28%) existe recodificación de GRD, mediado por errores en la los diagnósticos secundarios. Chi cuadrado: la evaluación está asociada o depende de la existencia de concordancia y por tanto es independiente del investigador.

Discusión: Según el Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria (IAH) en especialidades médicas, elaborado, entre otros, por la SEMI, en el IAH, deben constar explícitamente todos los datos necesarios para una buena codificación. Aunque la recodificación de GRD es escasa, los errores de información en los diagnósticos secundarios y procedimientos, restan impacto sobre la realidad, complejidad y adecuación de estancias del episodio. La autoauditoría está

asociada a la concordancia del informe, no introduciendo sesgo del informador.

Conclusiones: 1. En pacientes outliers, la correcta inclusión de datos en el informe de alta, es necesario para establecer la adecuada codificación GRD, complejidad y adecuación de estancias del episodio real. 2. Es en los diagnósticos secundarios donde se encuentran la mayoría de errores de información. 3. La autoauditoría y análisis comparativo nos facilitan identificar áreas de mejora y suponen herramientas de eficacia y eficiencia que redundan en fines organizativos, de gestión de recursos y seguridad del paciente.