

Concordancia entre diagnósticos de ingreso y egreso y calidad de la historia clínica de urgencias

Correspondence between admission and discharge diagnostics and quality of emergency medical history

Daylén Pérez Moreno, Raúl Chávez Vega, Sonia Espinosa Mojena, Saúl Armenteros Terán

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la evaluación de la calidad de la historia clínica resulta un eficaz instrumento de control de la calidad del proceso asistencial.

Objetivo: correlacionar la calidad de la anamnesis, del examen físico en el cuerpo de guardia, el horario de ingreso y la estadía hospitalaria, con los diagnósticos al ingreso y egreso.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo transversal en 292 historias clínicas de pacientes ingresados de urgencia en el Servicio de Medicina del Hospital "Joaquín Albarrán" durante seis meses. Se estableció la concordancia entre los diagnósticos al ingreso y egreso con la calidad de la anamnesis y el examen físico, estadía hospitalaria y horario de ingreso.

Resultados: se encontró concordancia diagnóstica en 57,9 % de los pacientes, en 74,1 % de los que tuvieron anamnesis correcta y en el 61,6 % con examen físico correcto. En el horario matutino ingresó el 75 % de los casos con concordancia diagnóstica y el 76,6 % sin concordancia ingresó en horario nocturno. La concordancia diagnóstica fue del 87,2 % en los pacientes con estadía menor de 4 días.

Discusión: la concordancia diagnóstica fue notablemente mayor en los pacientes que tuvieron una corta estadía, ello coincidió con una mayor calidad de la anamnesis y el examen físico; se corrobora la utilidad de la historia clínica como instrumento que permite precisar la calidad del proceso asistencial.

Conclusión: la concordancia entre los diagnósticos al ingreso y egreso se asocia con una mayor calidad de la anamnesis y del examen físico en el cuerpo de guardia y con una estadía hospitalaria más corta, principalmente en pacientes ingresados en el horario matutino.

Palabras clave: anamnesis; examen físico; urgencias; diagnóstico de ingreso - egreso; estadía hospitalaria.

ABSTRACT

Introduction: evaluation of the quality of medical records is an effective instrument for controlling the quality of the care process.

Objective: correlate the quality of the clinical history, physical examination in the emergency room, hours of admission and hospital stay, with diagnoses at admission and discharge.

Methods: a cross-sectional descriptive study was conducted in 292 medical records of patients admitted to emergency room in the Department of Medicine at Joaquín Albarrán Hospital for six months. The concordance between the diagnoses at admission and discharge with the quality of the anamnesis and physical examination, hospital stay, and admission hours was established.

Results: diagnostic correlation was found in 57.9 % of patients, 74.1 % of those who had correct anamnesis and 61.6% had proper physical examination. 75% of cases with diagnostic correlation entered in the morning hours and 76.6 % with no correlation entered at night. Diagnostic correlation was 87.2 % in patients stay less than 4 days.

Discussion: the diagnostic correlation was significantly higher in patients who had a short stay, this coincided with a higher quality of anamnesis and physical examination; the usefulness of clinical history as an instrument which allows to determine the quality of the care process is confirmed.

Conclusion: the correlation between diagnoses at admission and discharge is associated with higher quality of anamnesis and physical examination in the emergency room and a shorter hospital stay, mainly in patients admitted during the morning hours.

Keywords: anamnesis; Physical exam; emergencies; admission-discharge diagnosis; hospital stay.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de la historia clínica (HC) se emplea cada vez más en los hospitales como instrumento de control de la calidad del proceso asistencial.^{1,2} La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera la HC y, dentro de ella la HC del Cuerpo de Guardia (microhistoria), como un conjunto de formularios en los cuales se registran en forma detallada y ordenada las observaciones relacionadas con la salud de una persona.³

La evaluación clínica en el cuerpo de guardia está dirigida a establecer un diagnóstico precoz. La necesidad o no de ingreso y la estadía hospitalaria dependen en no poca medida de un correcto diagnóstico inicial.^{4,5} El diagnóstico del servicio de urgencias coincidirá con el diagnóstico al egreso entre el 80 y el 95 % de los pacientes si se han realizado convenientemente los procedimientos de la anamnesis y el examen físico.^{5,6}

El promedio de estadía es de los más importantes indicadores de eficiencia de la gestión hospitalaria.^{7,8} Si la anamnesis y el examen físico registrados en la microhistoria son correctos y detallados, la estadía hospitalaria probablemente será breve.^{8,9}

Con el presente estudio nos proponemos correlacionar la calidad de la anamnesis, del examen físico en el cuerpo de guardia, el horario de ingreso y la estadía hospitalaria, con los diagnósticos al ingreso y egreso.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 292 HC de pacientes ingresados de urgencia en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán" desde el 1 de enero al 30 de junio de 2011. Se registraron los diagnósticos inicial y al egreso, calidad de la anamnesis y del examen físico realizados en el cuerpo de guardia, estadía hospitalaria y horario de ingreso. La calidad de la anamnesis se clasificó en tres categorías: se evaluó de *bien* si se describieron correctamente y de manera legible los síntomas y signos, de *regular* si la descripción de los síntomas fue poco legible o insuficiente, y de *mal* si era ilegible o no se realizó la descripción de los síntomas. La calidad del examen físico se evaluó de *bien* cuando se describieron de forma legible el examen de las mucosas, tejido celular subcutáneo, aparatos respiratorio y cardiovascular, abdomen, sistema nervioso central y cualquier otro signo que presentara el paciente; se evaluó de *regular* cuando fue poco legible y el examen estaba incompleto, pero se describieron los signos que presentaba el paciente y de *mal* cuando el examen no se realizó, era ilegible o no se registraron los signos que justificaron el diagnóstico inicial.

Se consideraron tres categorías de concordancia diagnóstica entre el diagnóstico al ingreso y al egreso: diagnóstico coincidente, diagnóstico no coincidente, pero con diagnóstico correcto del síndrome y diagnóstico erróneo.

El horario de ingreso del paciente se clasificó en tres grupos: horario *de la mañana*, de 7 a.m. a 2.59 p.m.; horario *de la tarde*: de 3 p.m. a 10.59 p.m. y horario *nocturno*, de 11 p.m. a 6.59 a.m.

La estadía hospitalaria se clasificó en cuatro grupos: 4 días o menos, de 5 a 7 días, de 8 a 14 días y 15 días y más.

Se correlacionó el nivel de concordancia diagnóstica con la estadía hospitalaria y con el horario de ingreso del paciente. El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el Sistema Estadístico SNPS utilizando distribuciones de frecuencia con cálculo de frecuencias absolutas y relativas para los datos cualitativos. Para las variables cualitativas se calcularon los porcentajes. Para determinar asociación entre el nivel de concordancia diagnóstica y el resto de las variables del estudio se utilizó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significación estadística del 95 % ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

En la tabla 1 se analiza la concordancia del diagnóstico al ingreso con la calidad de la anamnesis y el examen físico. El diagnóstico fue concordante mayoritariamente en los pacientes a los que se les realizó una anamnesis correcta y/o un examen físico correcto, lo que ocurrió en el 74,1 % y en el 61,6 % de los casos, respectivamente.

Tabla 1. Concordancia de los diagnósticos al ingreso y egreso en relación con la calidad de la anamnesis y el examen físico

Evaluación de la anamnesis	Diagnóstico						Total	
	Coincidente		No coincidente, pero con diagnóstico correcto del síndrome		No coincidente		No.	%
	Bien	%	Bien	%	Bien	%		
	152	74,1	47	23	6	2,9	205	100
	Regular	%	Regular	%	Regular	%		
	11	17,5	29	46	23	36,5	63	100
	Mal	%	Mal	%	Mal	%		
	6	25	0	0	18	75	24	100
Total	169	57,9	76	26	47	16,1	292	100
Evaluación del examen físico	Bien	%	Bien	%	Bien	%		
	122	61,6	58	29,3	18	9,1	198	100
	Regular	%	Regular	%	Regular	%		
	35	49,4	18	25,3	18	25,3	71	100
	Mal	%	Mal	%	Mal	%		
	12	52,2	0	0	11	47,8	23	100
Total	169	57,9	76	26	47	16,1	292	100

$p= 0,0000$.

En la tabla 2 se observa que la concordancia diagnóstica entre los diagnósticos al ingreso y egreso estuvo presente en el 57,9 % del total, con predominio de los atendidos en el horario de la mañana seguidos, en orden decreciente, por los atendidos en la tarde y en la noche. En los casos con el diagnóstico erróneo predominaron los pacientes atendidos en el horario nocturno (76,6 %) y en menor grado, los atendidos en el horario de la tarde. Las diferencias entre los niveles de concordancia y los horarios de atención fueron estadísticamente significativas ($p= 0,000$).

En la [tabla 3](#) vemos que el nivel de concordancia entre los diagnósticos al ingreso y egreso fue mucho más alto en los pacientes que tuvieron una estadía hospitalaria corta (4 días), en 41 de los 47 pacientes, para un 87,2 % y fue significativamente menor en el resto ($p= 0,0000$).

Tabla 2. Concordancia de los diagnósticos de ingreso y egreso, según la hora de ingreso

Diagnóstico	Hora de ingreso						Total	%
	Mañana	%	Tarde	%	Noche	%		
Coincidente	87	75	47	50,6	35	42,2	169	57,9
No coincidente, pero con diagnóstico correcto del síndrome	29	25	35	37,6	12	14,4	76	26,0
Erróneo	0	0	11	11,8	36	43,4	47	16,1
Total	116	100	93	100	83	100	292	100,00

$p= 0,0000$.

Tabla 3. Concordancia diagnóstica entre los diagnósticos de ingreso y egreso según la estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria	Diagnóstico			
	Coincidente	No coincidente pero con diagnóstico correcto del síndrome	No coincidente	Total
≤ 4 días	41	6	0	47
%	87,2	12,8	0,00	100
5 a 7 días	52	23	23	98
%	53	23,5	23,5	100
8 a 14 días	52	41	6	99
%	52,5	41,4	6,1	100
≥ 15 días	24	6	18	48
%	50	12,5	37,5	100
Total	169	76	47	292
%	57,9	26	16,1	100

$p= 0,0000$.

DISCUSIÓN

Se encontró concordancia entre el diagnóstico inicial y el diagnóstico al egreso en más del 57 % de los pacientes, pero el diagnóstico erróneo se presentó en una proporción no despreciable de ellos (16,1 %). Estos hallazgos son comparables con los del estudio de *Espinosa* y otros, los cuales constataron coincidencia en más de la mitad de los casos,¹⁰ pero son inferiores a los reportados por otros autores.^{11,12} Por el contrario, *Tudela* y otros, en una investigación análoga, hallaron que el 88,1 % tenía un diagnóstico coincidente y solamente 4,6 % tenía un diagnóstico erróneo. El error más frecuente fue una valoración clínica insuficiente.¹³ En otra investigación, estos mismos autores concluyeron que los errores diagnósticos más comunes son el motivo de consulta inexacto, la anamnesis incorrecta y el examen físico insuficiente.¹⁴ *Suarez* y otros, evaluaron la calidad de los interrogatorios y su asociación con la certeza diagnóstica y encontraron que los errores más frecuentes fueron los relacionados con el completamiento de la información, presente en el 44-68 % de las entrevistas. Sin embargo, no hallaron significación estadística entre los errores de completamiento de la información y la certeza del diagnóstico nosológico.¹⁵ En nuestro estudio, la concordancia entre los diagnósticos al ingreso y al egreso y la buena calidad de la anamnesis fue estadísticamente significativa. Asimismo, encontramos que la peor calidad de la anamnesis se asoció con menor concordancia diagnóstica.

En el análisis de la calidad del examen físico encontramos preponderancia de los exámenes evaluados de *bien*. *Suarez* y otros, en una investigación sobre el mismo tema, encontraron errores en diversos aspectos de la realización del examen físico, pero ninguno de ellos se asoció de manera estadísticamente significativa a diagnósticos erróneos.¹⁶

Nuestros resultados revelan que la concordancia diagnóstica estuvo significativamente relacionada con la calidad de la anamnesis y del examen físico.

En la muestra que estudiamos predominaron los pacientes atendidos en el horario de la mañana. Las diferencias entre los niveles de concordancia de acuerdo con los horarios de atención fueron estadísticamente significativas, predominaron los casos atendidos en la mañana con diagnóstico concordante. El diagnóstico fue erróneo en más del 40 % de los casos atendidos en horario nocturno. No encontramos reportes con los que comparar este resultado, pero un estudio español concluyó que la calidad de la atención médica fue inferior en los días feriados y fines de semana,¹⁷ se necesitan investigaciones que exploren con profundidad esta problemática. Varios estudios realizados en instituciones cubanas encontraron que la mayor demanda de atención médica se presenta durante el horario laboral. Sin embargo, los estudios realizados en el extranjero informan una demanda más elevada en horario extralaboral.^{18,19} Se requieren investigaciones que profundicen en las causas de esta incongruencia.

En nuestra investigación, la concordancia diagnóstica fue notablemente mayor en los pacientes que tuvieron una corta estadía, ello coincidió con una mayor calidad de la anamnesis y el examen físico; por el contrario, se encontró menor concordancia diagnóstica en los grupos con estadía más prolongada. *Espinosa* y otros, igualmente señalan una mayor estadía en los pacientes con menor coincidencia diagnóstica.¹⁰

En conclusión, la concordancia entre los diagnósticos al ingreso y al egreso en los pacientes ingresados de urgencia en Medicina Interna es elevada, principalmente en aquellos en los que la anamnesis y el examen físico fueron realizados correctamente, los que ingresan en el horario de la mañana y los que tienen corta estadía hospitalaria.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en la realización y publicación del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López-Picazo JJ, Tomás N, Cubillana JD, Gómez JA, Cánovas JD. Estratificación y monitorización de niveles de adecuación de ingresos urgentes en un hospital de tercer nivel. Revista de Calidad Asistencial 2014 [citado 12 Ene 2016];(29):1 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256> doi: 10.1016/j.cali.2013.05.002
2. Nebot-Marzal CM, Mira-Solves JJ, Guilabert-Mora M, Pérez-Jover V, Pablo-Comeche D, Quirós-Morató T, et al. Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. Revista de Calidad Asistencial 2014 [citado 9 Ene 2016];29(1) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-conjunto-indicadores-calidad-seguridad-hospitales-90272562?referer=buscador>
3. Organización Panamericana de la Salud. Registros Médicos y de Salud. Serie Paltex. OPS. 1991;1:20.
4. Díaz J, Guinart N. Las urgencias en la atención primaria: utilización del servicio. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007 Dic [citado 25 Jul 2011];23(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400002&lng=es
5. Alfonso JA, Heernández CL, Mondejar C. El método clínico frente a las nuevas tecnologías. Rev Med Electrón. 2014 [citado 9 Ene 2016];36(4) Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400012&lng=es&nrm=iso
6. Pérez AE, Benítez E, Viamonte M, Guerra E, Chang A. Deficiencias en la aplicación del método clínico para la clasificación de las neumonías adquiridas en la comunidad. Medisan. 2015 [citado 8 Ene 2016];19(4):493 Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/medisan/mds-2015/mds154g.pdf>
7. López FN, Valenzuela CR, Rodríguez MW, Cosme J, Ricardo MC. Efecto económico del incremento de la estadía hospitalaria promedio. Medisan. 2015 [citado 9 Ene 2016];19(4):493. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100006&nrm=iso

8. Grupo de Trabajo SEMES- Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. Emergencias. 2009[citado 25 Jul 2011];13(1):60-5. Disponible en: http://www2009prueba.semes.org/revista/vol13_1/60-65.pdf
9. Uriarte AE, Pérez E, Pomares YM. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente. MediSur. 2015[citado 25 Jul 2011];13(3). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300018&lng=es&nrm=iso
10. Espinosa A, Figueiras B, Rivero JD, Del Sol LG, Santos M, Rocha M. Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriátrica e Infecciosos. Rev Cubana Med.2010 [citado 24 Jul 2011];49(2)34-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232010000200004&script=sci_arttext&lng=pt
11. Manzano M, Santiago M, Candía B, Blanco E, Muñoz D, Martín MT. La historia clínica de urgencias. Un parámetro de la calidad de la asistencia. Emergencias. 1997 [citado 24 Jul 2016];9(1):31-5. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-9/numero-1/la-historia-clinica-de-urgencias-un-parametro-de-la-calidad-de-la-asistencia/>
12. Conesa A, Muñoz R, Torre P, Gelabert G, Casanellas JD, Trilla A, et al. Evaluación de los informes de asistencia de urgencias como instrumento de gestión de la información clínica. Med Clin. (Barc) 2003 [citado 24 Jul 2011];120(19):734-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v120n19a13048060pdf001.pdf>
13. Tudela P, Torb J, Bonet M, Vilaseca B, Regoa MJ. Estudio de la concordancia diagnóstica entre el área médica de urgencias y la de hospitalización en un hospital general. Med Clin. (Barc) 2002[citado 24 Jul 2011];119(14):531-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estudio-concordancia-diagnostica-entre-el-13038957>
14. Tudela P, Modola JP, Venya A, Torb J, Bonet M, Rego MJ. Error diagnóstico en urgencias: relación con el motivo de consulta, mecanismos y trascendencia clínica. Med Clin. (Barc). 2005 [citado 24 Jul 2016];125(10):366-70. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-error-diagnostico-urgencias-relacion-con-13079168
15. Suárez B, Blanco MA, Morales E, Suárez A, Bosch RI. Errores más frecuentes al interrogar y su asociación con la certeza diagnóstica. Rev Cubana Med Milit. 2012[citado 10 Ene 2016];41(4):334-340. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n4/mil03412.pdf>
16. Suárez B, Blanco MA, Morales E, Suárez A, Bosch RI. Errores en el examen físico del paciente. Rev Cubana Med Milit. 2011 [citado 10 Ene 2016];40(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Aguayo-Albasini JL, García-García ML, Martín-Lorenzo JG, Lirón-Ruiz R. Reflexiones sobre los fines de semana y festivos en los hospitales. Cirugía española. 2014 [citado 12 Ene 2016];92(2). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-reflexiones-sobre-los-fines-semana-90268869> doi: 10.1016/j.ciresp.2013.10.006

18. Díaz J, Guinart N. Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008 Abr [citado 24 Jul 2011]; 24(2): Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol24_2_08/mqi07208.htm [citado 24 Jul 2011]

19. Higginson I, Whyatt J, Sylvester K. Demand and capacity planning in the emergency department: how to do it. Emerg Med J. 2011[citado 25 Jul 2011];8:128-35. Disponible en: <http://emj.bmj.com/content/28/2/128.full>

Recibido: 15 de diciembre de 2015.

Aceptado: 5 de febrero de 2016.

Daylén Pérez Moreno. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Joaquín Albarrán", calle 26 y Boyeros, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba.
daylinperez@infomed.sld.cu