

# IMPACTO DE LA CODIFICACIÓN CON HISTORIA CLÍNICA VERSUS INFORME DE ALTA SOBRE LA CASUÍSTICA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN OFTALMOLOGÍA

Asunción Vega<sup>1</sup>, Jordi Guitart<sup>1</sup>, Esther González<sup>1</sup>, Vanessa Chacón<sup>1</sup>, Nuria García<sup>1</sup>, Ana B. Redondo<sup>1</sup>

1. Unidad de Codificación Asistencial y CMBD. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA)

## INTRODUCCIÓN

El informe de alta es un documento de obligado cumplimiento en el que se resume la asistencia prestada al paciente y su contenido básico fue regulado mediante Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre. El informe de alta codificado de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y su agrupación relacionada por el diagnóstico (GRD) permite analizar costes y comparar el producto hospitalario con otros centros para evaluar su eficiencia.

En las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), el informe de alta es redactado por el cirujano al finalizar la intervención quirúrgica. Estos informes suelen ser de una calidad inferior a los informes de alta de hospitalización posiblemente debido al alto flujo de movimiento de pacientes pudiendo generar diferencias en casuística y complejidad.

## OBJETIVO

Determinar si existen diferencias en casuística y complejidad de las altas de CMA codificadas mediante historia clínica versus informe de alta y determinar qué patologías producen esta diferencia.

## METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de las altas de CMA del servicio de oftalmología del primer trimestre del 2018. Se seleccionaron al azar 289 casos mediante estimación de la muestra donde la proporción de acuerdo esperado fue del 50%, nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y pérdidas del 5%. Estas altas se codificaron dos veces: la primera codificación a partir de la historia clínica completa y la segunda utilizando exclusivamente el informe de alta. Las variables estudiadas fueron: número de diagnósticos, número de procedimientos, peso medio, grado de severidad y mortalidad utilizando el agrupador APR32.

Se analizaron dentro de los diagnósticos secundarios qué patologías y factores de riesgo cardiovascular (FRCV) incrementaron el peso medio, el grado de severidad y el grado de mortalidad. Se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis estadístico y el nivel de significación se determinó en un valor de  $p < 0.05$ .

## CONCLUSIONES

La codificación de las altas de CMA mediante historia clínica completa aumenta tanto la complejidad como los riesgos de severidad y la mortalidad. El informe de alta debería contemplar la comorbilidad del paciente para poder valorar el impacto en la planificación sanitaria y en los resultados clínicos.

## RESULTADOS

Los casos codificados con la historia clínica completa registraron mayor número de diagnósticos, peso medio y grados de severidad y mortalidad. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (tabla 1).

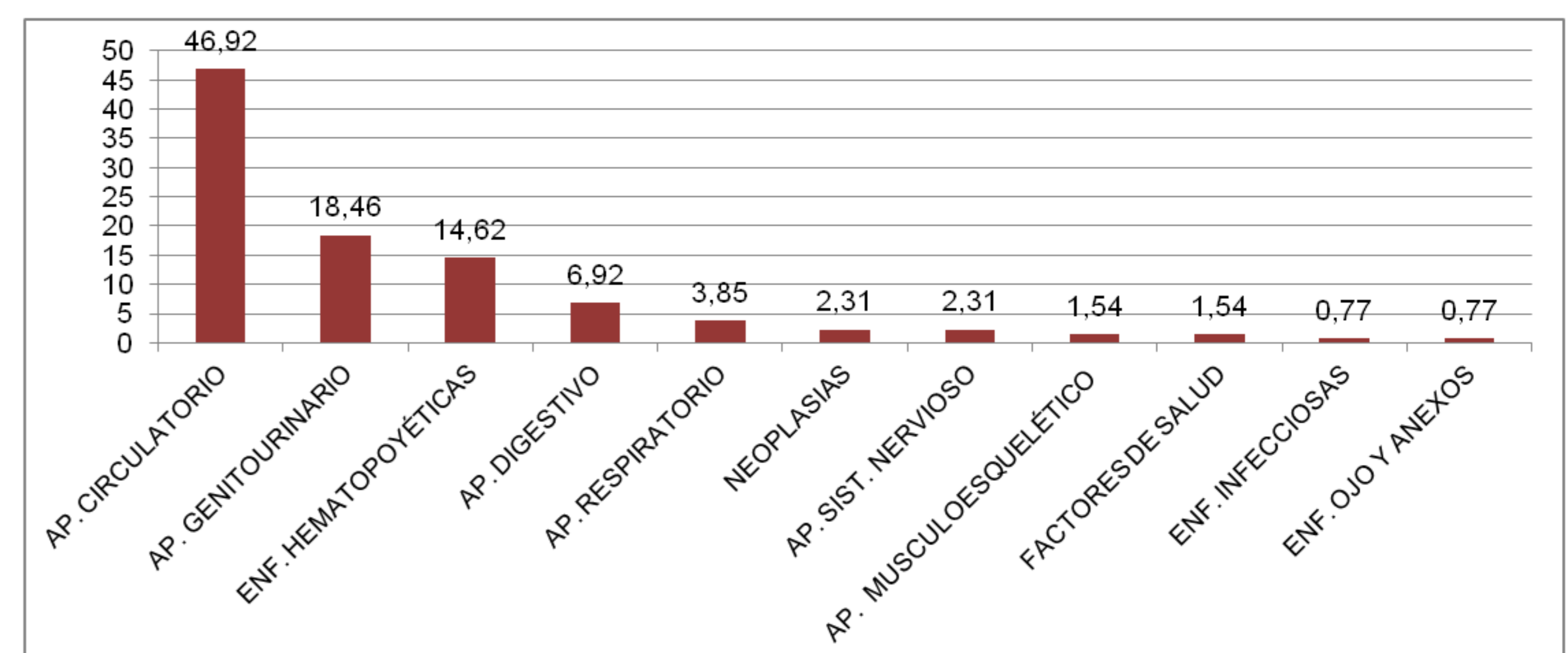
**Tabla 1.** Diferencias en variables entre codificación con historia clínica frente a codificación con informe de alta.

	HISTORIA CLÍNICA		INFORME DE ALTA	
	$\bar{x}$	IC 95%	$\bar{x}$	IC 95%
<b>Diagnósticos</b>	5,68	(6,01 - 5,38)	1,003	(1,32 - 0,69)
<b>Procedimientos</b>	1,11	(1,17 - 1,06)	1,01	(1,07 - 0,96)
<b>Peso medio</b>	0,76	(0,77 - 0,76)	0,72	(0,73 - 0,72)
<b>Grado severidad</b>	1,22	(1,26 - 1,18)	1	(1,04 - 1,00)
<b>Grado mortalidad</b>	1,09	(1,13 - 1,06)	1	(1,03 - 1,00)

$\bar{x}$ =media muestral; IC95% = Intervalo de confianza del 95%

Las diferencias en las variables peso medio, severidad y mortalidad se debieron a las comorbilidades del paciente encontradas en la historia clínica. Entre ellas, las patologías de aparato circulatorio fueron las comorbilidades más frecuentemente halladas (figura 1).

**Figura 1.** Porcentaje de patologías halladas en los casos codificados con la historia clínica.



El 86,51% de los pacientes tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular. La hipertensión arterial fue el FRCV más frecuente (figura 2)

**Figura 2.** Porcentaje de factores de riesgo cardiovascular de los casos codificados con la historia clínica.

