



6006-6. CONCORDANCIA INTEROBSERVADORES EN LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PREVIA A LA RECOGIDA SISTEMÁTICA DE DATOS PARA EL ESTUDIO DE LA VALIDEZ DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS COMO FUENTE PARA LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN LA ATENCIÓN A LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Clara Bonanad Lozano¹, Julio Núñez Villota¹, Manuel Anguita Sánchez², Sergio Raposeiras Roubín³, María Melendo Viu³, M^a Generosa Crespo Leiro⁴, Marta Cobo Marcos⁵, Ramón Bover Freire⁶, Rafael Bravo Marqués⁷, Beatriz Díaz Molina⁸, Virginia Burgos Palacios⁹, Manuel Cobo Belaustegui⁹, Cristina Fernández Pérez¹⁰, Francisco Javier Elola Somoza¹¹, José Luis Bernal Sobrino¹², Ana Martínez Rodríguez⁶, Paula Blanco-Canosa¹³, María García Márquez¹¹ y Náyade Prado González¹¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia. ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo, Pontevedra. ⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁵Hospital Puerta de Hierro, Madrid. ⁶Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ⁷Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga. ⁸Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria. ¹⁰Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña. ¹¹Fundación IMAS, Madrid. ¹²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹³Complejo Hospitalario de A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) resulta apropiado para la investigación de resultados en salud porque es la mayor fuente de información de la morbilidad hospitalaria en España, pero su utilidad real depende de la calidad de la codificación y la precisión del registro de las variables demográficas y administrativas de los episodios.

Métodos: A fin de validar el uso del CMBD en el estudio de los resultados de la atención a la insuficiencia cardiaca (IC), se consideró población de estudio a los pacientes ingresados por IC en 9 hospitales participantes en el Comité Científico que elaboró en 2015 los estándares de calidad del proceso y las unidades de IC. Se tomó el CMBD de las enfermedades cardiovasculares de 2018 como fuente de datos, el tamaño muestral se calculó para un intervalo de confianza del 95%, una proporción de casos con IC del 23,51% y una precisión del 2%, y se utilizó muestreo aleatorio estratificado para la obtención de la muestra. Los episodios seleccionados (anonimizados en el CMBD) se vincularon con los registrados en cada hospital mediante identificadores indirectos y se seleccionaron 10 informes de alta por hospital (90 en total) que fueron revisados por investigadores locales para detectar la presencia de las 17 variables consideradas en el estudio, que incluyen algunos de los factores más relevantes para el ajuste por riesgo de la mortalidad intrahospitalaria por IC. La concordancia interobservadores se evaluó mediante el coeficiente kappa de Cohen (k) y el grado de acuerdo se interpretó según la escala de Landis y Koch. El estudio fue informado favorablemente por la Comisión de Investigación de uno de los hospitales participantes y los cálculos se realizaron con Epidat 4.2.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 1.728 episodios y se encontró un acuerdo moderado: $k = 0,501$ (0,475-0,563; $p < 0,001$) entre los investigadores de 8 hospitales que revisaron los informes seleccionados. Los resultados de las 17 variables estudiadas se muestran en la tabla.

Concordancia interobservadores para las 17 variables consideradas en los informes de alta de pacientes con insuficiencia cardiaca

Variables de estudio	k	IC95%	Grado de acuerdo
Medida previa de la fracción de eyección	0,424	(0,337-0,510)	Moderado
Medida de la fracción de eyección durante la hospitalización	0,630	(0,551-0,708)	Bueno
Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada	0,295	(0,209-0,382)	Discreto
Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida	0,592	(0,496-0,688)	Moderado
Insuficiencia cardiaca sin especificar	0,295	(0,209-0,382)	Discreto
Infarto agudo de miocardio	0,340	(0,250-0,431)	Discreto
Otras formas agudas y subagudas de cardiopatía isquémica	0,084	(0,033-0,136)	Discreto
Fallo cardiorrespiratorio y <i>shock</i>	0,392	(0,253-0,530)	Discreto
Ictus	0,436	(0,307-0,565)	Moderado
Insuficiencia renal	0,539	(0,455-0,624)	Moderado
Neumonía	0,283	(0,125-0,441)	Discreto
Diabetes mellitus	0,618	(0,530-0,706)	Bueno
Desnutrición proteínica y calórica	0,285	(0,055-0,514)	Discreto
Demencia y senilidad	0,344	(0,240-0,449)	Discreto
Cáncer metastásico, leucemia u otros cánceres graves	0,330	(0,189-0,471)	Discreto

Trauma en el último año	0,384	(0,187-0,581)	Discreto
Delirium	0,327	(0,132-0,523)	Discreto

k: índice Kappa de Cohen; IC95%: intervalo de confianza al 95%. Resultados para 720 observaciones (90 informes × 8 observadores). p 0,001 en todos los casos.

Conclusiones: El uso de la información clínica registrada en los informes de alta de pacientes con IC como estándar de referencia para la validación del CMBD precisa, considerando el grado de acuerdo entre observadores encontrado, de una calibración previa mediante el consenso de los criterios a utilizar entre los investigadores encargados de la recogida de los datos.