Papeles Médicos

BOLETIN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

AÑO 2 • N.º 1

JUNIO 1993

Papeles Médicos
Vol. 2 - N.º 1 - 1993

Boletín de la Sociedad Española de Documentación Médica
(SEDOM)

Apartado de Correos 1593
50080 ZARAGOZA

COORDINACION:
Miguel Moreno Vernis

Han colaborado en la realización de este boletín:

R. Aleixandre Benavent
Universidad de Valencia

M. Moreno Vernis
Hospital «Miguel Servet», Zaragoza

P. Rodríguez Manzano
Hospital de Móstoles

M. Rovira Barberá
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

José-Lorenzo Echeverría Echarri
Servicio de Documentación Clínica
Hospital «San Millán», Logroño

El envío de información y originales para el próximo número de este boletín deberá realizarse antes del 10 de noviembre de 1993. Los textos deberán entregarse escritos a máquina a doble espacio. Las fotos y el resto de iconografía en blanco y negro o color sobre papel o diapositiva.

Edita: Sociedad Española de Documentación Médica
Imprime: Sansueña Industrias Gráficas, S.A.
Fotocomposición: Dos Mil Uno, S.L.
D.L.: Z-1.268-92

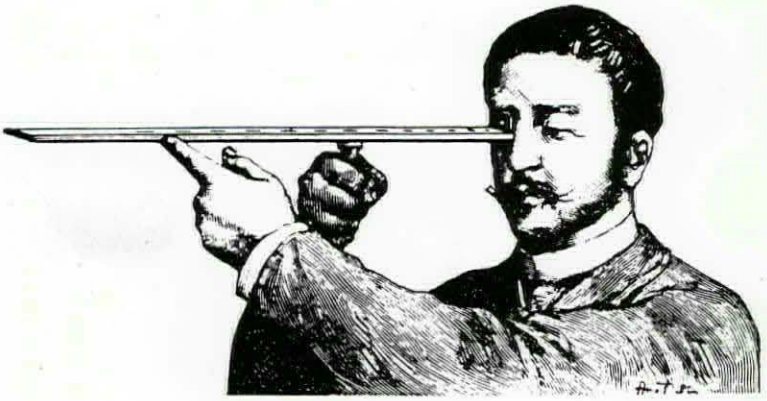
SUMARIO

III Congreso Nacional de Documentación Médica 3

Páginas de documentación científico-médica 4

Papeles de Información 8

Papeles de Investigación 9



BOLETIN DE SUSCRIPCION

Sírvase suscribirme a PAPELES MEDICOS *Boletín de la Sociedad Española de Documentación Médica.*

❑ 1993 (dos números)

Nombre o Entidad.....

Domicilio .....

Población ..... Código Postal.....

Precios de Suscripción:

❑ Anual España (IVA incluido): 5.000 ptas.
❑ Anual Extranjero (IVA incluido): 6.500 ptas.
❑ 10 Suscripciones al año (IVA incluido): 50.000 ptas.
❑ 24 Suscripciones al año (IVA incluido): 120.000 ptas.
❑ 28 Suscripciones al año (IVA incluido): 140.000 ptas.
❑ 32 Suscripciones al año (IVA incluido): 160.000 ptas.

Forma de Pago:

❑ Mediante cheque adjunto n.º.....

❑ Por giro postal n.º.....

❑ Transferencia bancaria a: Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)
Banco Bilbao-Vizcaya
Cuenta Corriente n.º 0 - 10945-3
Sucursal de Las Arenas
VIZCAYA

Enviar este impreso cumplimentado junto al: Cheque, Giro postal o resguardo de la transferencia a:

PAPELES MEDICOS. Boletín de la Sociedad Española de Documentación Médica
Apartado 1593
ZARAGOZA

III CONGRESO NACIONAL DE DOCUMENTACION MEDICA

Dra. M. ROVIRA BARBERA
Presidente del Comité Organizador del III Congreso Nacional de Documentación Médica

Los días 26, 27 y 28 de mayo se celebró en Barcelona el III Congreso Nacional de Documentación Médica, convocado por la *Sociedad Española de Documentación Médica* y organizado por la *Societat Catalana de Documentació Mèdica*, que constituyó un exponente más del continuo desarrollo de la disciplina.

El lema del Congreso «Hacia la integración de los sistemas de información sanitaria», constituye un marco de debate de la evolución de los sistemas de información sanitarios ante la necesidad de integración. A medida que la asistencia sanitaria es más compleja, participan más profesionales y evolucionan las técnicas diagnósticas y terapéuticas esta necesidad es más evidente, independientemente de cual sea el soporte de la información.

La inauguración del Congreso corrió a cargo del Honorable Señor Xavier Trías Vidal de Llobatera, *Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya*, que en su breve discurso indicó la necesidad de profesionales de la Documentación Médica que desarrollen Sistemas de Información que permitan la gestión y la planificación.

El Congreso se desarrolló en cinco sesiones con grandes temas:

- Nuevos tratamientos de las bases de datos clínicos.
- Sistemas multimedia.
- Sistemas de integración de la información sanitaria.
- Confidencialidad y disponibilidad de la información asistencial.
- Sistemas de información para la gestión sanitaria.

Las sesiones, elaboradas por un coordinador de cada una, se desarrollaron mediante una mesa redonda con profesionales invitados, que comentaron diferentes aspectos del tema. Seguidas de comunicaciones que permitieron la participación de los profesionales que están trabajando en la disciplina, participación que exigió un gran esfuerzo al comité científico que, ante las numerosas comunicaciones recibidas, se vio obligado a seleccionarlas y ajustarlas a los temas de las diferentes mesas del programa. Cada sesión concluyó con una ponencia para las cuales contamos con grandes profesionales como:

D. Jesús VILLASANTE, de la Dirección General XIII, Comissión de la Comunidad Europea, que expuso la situación y proyectos de las bases de datos clínicos en la Comunidad Europea.

D. Richards PETERS, de Palo Alto, California, el cual mediante una conferencia-demostración expuso el presente y futuro de los sistemas multimedia en Medicina.

D. C. Peter WAEGEMANN, director del «Medical Records Institute Europe», hizo referencia a la necesidad de disponer sistemas capaces de integrar de forma eficiente la información sanitaria.

D. Michel CAPCARRE, Comisario del Gobierno Francés a la Comisión Nacional de Informática y Libertad, presentó las recomendaciones al Consejo de Europa en criterios de confidencialidad y disponibilidad de la información asistencial.

Dña. Esperanza MARTI, Presidente de la Unión Catalana de Hospitales, expuso la necesidad de desarrollar sistemas de información ejecutivos que impliquen a diferentes profesionales, como una herramienta para la gestión.

La conferencia magistral de inauguración del Congreso fue a cargo del profesor Rafael PERIS, Director del Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-UV), y versó sobre la necesidad de monitorizar y evaluar los sistemas de información, tanto por lo que se refiere a los propios procesos y procedimientos del sistema, como desde el punto de vista de la satisfacción del usuario y la metodología precisa para evaluar los sistemas de recuperación de la información.

La conferencia de clausura, desarrollada por la profesora M.ª Luz TERRADA, Catedrática de Documentación Médica de la Universidad de Valencia y responsable de la reciente publicación: *Indice de Citas e Indicadores Bibliométricos de Revistas Españolas de Medicina Interna y sus especialidades*. Se centró en la necesidad de disponer de indicadores de actividad científica y su aplicación en la evaluación de los profesionales.

Por primera vez en los Congresos de Documentación médica, se presentaron «Posters» con la exposición de diferentes trabajos realizados, que resultaron de gran interés.

La participación de diversas empresas comerciales, presentando sus productos como herramientas para los sistemas de información, tanto en la conservación de documentos como en la gestión de los mismos y la gestión de datos, ayudaron a ver el futuro de los sistemas de información.

El Congreso se desarrolló, con una gran participación de los profesionales de la Documentación (cerca de 300) que están trabajando actualmente en España, desde aquí agradecemos a todos ellos su asistencia y colaboración para que el mismo se haya podido celebrar.

COORDINADOR: R. ALEIXANDRE BENAVENT
Instituto de Estudios Históricos y Documentales sobre la Ciencias
Universidad de Valencia-CSIC

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LOS TRABAJOS SOBRE DOCUMENTACION MEDICA INDIZADOS EN LA BASE DE DATOS IME (Indice Médico Español)

Período de cobertura: 3.er y 4.º trimestres de 1991 (correspondiente al volumen 106 del Indice Médico Español).

DOCUMENTO 1

AUTORES: BUITRAGO RAMIREZ, F., MOLINA MARTINEZ, L.J., BLANCO OVEJERO, A., GUILLEN REGODON, J., DAVILA TENA, M.J.
TITULO: AUDIT MEDICO DE HISTORIAS DE POBLACION INFANTIL ATENDIDA EN ATENCION PRIMARIA.
LUGAR DE TRABAJO: UNIDAD MED. FAMILIAR Y COMUNITARIA, CENTRO DE SALUD LA PAZ, BADAJOZ, ESPAÑA; DEP. PEDIATRIA, CENTRO DE SALUD LA PAZ, BADAJOZ, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRIA 1991, 35 (3): 153-156

DOCUMENTO 2

AUTORES: VIVAS, N.M., BOSCH, F.
TITULO: ANALISIS BIBLIOMETRICO DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA ESPAÑOLA.
LUGAR DE TRABAJO: SERV. FARMACOLOGIA, DEP. FARMACOL. Y PSIQUIATR. DE LA UNIV. AUTON., BELLATERRA (BARCELONA), ESPAÑA.
DATOS FUENTE: FARMACIA CLINICA 1991, 8 (8): 768-776.

DOCUMENTO 3

AUTORES: JORDA OLIVES, M
TITULO: DOCUMENTACION BIOMEDICA: ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS BASES DE DATOS BIBLIOGRAFICAS.
LUGAR DE TRABAJO: SERV. TELEDOCUMENTACION, HOSP. GRAL. VALL D'HEBRON, BARCELONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: MEDICINA CLINICA 1991, 97 (7): 265-271

DOCUMENTO 4

AUTORES: AMAT, C.B.
TITULO: GENERACION DE ARCHIVOS BIBLIOGRAFICOS PERSONALES MEDIANTE DESCARGA E IMPORTACION DE INDICE MEDICO ESPAÑOL EN CD-ROM A DBASE III+
LUGAR DE TRABAJO: INST. ESTUD. DOC. E HIST. SOBRE LA CIENCIA, VALENCIA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: MEDICINA CLINICA 1991, 97 (15): 579-588.

DOCUMENTO 5

AUTORES: VARELA ENTRECANALES, M., GARCIA DELGADO, E.
TITULO: LA CLASIFICACION DE ENFERMEDADES: FUNCIONES ACTUALES Y FUNDAMENTOS HISTORICOS (CARTA AL DIRECTOR).
LUGAR DE TRABAJO: SERV. PATOL. MEDICA, HOSPITAL MOSTOLES, MADRID, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: MEDICINA CLINICA 1991, 97 (20): 700-799.

DOCUMENTO 6

AUTORES: ALFONSO SANCHEZ, J. L., GONZALEZ ARRAEZ, J.I., BENEYTO CASTELLO, F., PRADO DEL BAÑO, M.J., SANCHEZ NOGUERA, B.
TITULO: LA GESTION DE LA ESTRUCTURA: ORGANIZACION MATRICIAL HOSPITALARIA.
LUGAR DE TRABAJO: DEP. MED. PREVENT. SOCIAL, FAC. MEDICINA, VALENCIA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: MEDICINA INTEGRAL 1991, 18 (1): 45-50.

DOCUMENTO 7

AUTORES: AUBIA, J., PUIG, J.M., CLARIES, M., VIDAL, C., VELA, E., SALVADOR, X., RAMIS, O.
TITULO: COMO VALIDAR UN REGISTRO DE ENFERMOS RENALES: CONSIDERACIONES A PROPOSITO DEL AUDIT DEL REGISTRO DE ENFERMOS RENALES DE CATALUNYA.
LUGAR DE TRABAJO: REGISTRO DE PACIENTES RENALES, GENERALITAT CATALUNYA, BARCELONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: NEFROLOGIA (MADR) 1991, 11 (4): 332-339

DOCUMENTO 8

AUTORES: BACA BALDOMERO, E.
TITULO: INDICADORES DE EFECTIVIDAD EN LA EVALUACION DE SERVICIOS PSIQUIATRICOS.
LUGAR TRABAJO: SERV. PSIQUIATRIA, CLIN. PUERTA DE HIERRO, MADRID, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: REVISTA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA 1991, 11 (37): 93-101.

DOCUMENTO 9

AUTORES: LACLERIGA, A.F., CARA, J.A., FORRIOL, F.
TITULO: BASES DE DATOS EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGICA
LUGAR DE TRABAJO: DEP. ORTOP. TRAUMATOL, CLIN. UNIV. PAMPLONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: REVISTA ESPAÑOLA DE CIRUGIA OSTEARTICULAR 1991, 26 (154): 195-199.

DOCUMENTO 10

AUTORES: GUARDIOLA, E.
TITULO: EL ARTICULO DE REVISION: HACIA UN MAYOR RIGOR CIENTIFICO (REVISION)
LUGAR DE TRABAJO: DEP. INVESTIGACION, BAYER, BARCELONA, ESPAÑA
DATOS FUENTE: REVISIONES EN SALUD PUBLICA.

DOCUMENTO 11

AUTORES: MANASANCH DALMAU, P.
TITULO: LA BUROCRACIA EN LAS ADMISIONES AL HOSPITAL.
LUGAR DE TRABAJO: HOSP. CLINICO, BARCELONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: TODO HOSPITAL 1991, (75): 43-48.

DOCUMENTO 12

AUTORES: ALFONSO SANCHEZ, J.L.
TITULO: PROBLEMAS ACTUALES DE LA GESTION HOSPITALARIA.
LUGAR DE TRABAJO: DEP. MED. PREV. Y SOC. DE LA UNIV., VALENCIA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: TODO HOSPITAL 1991 (78): 9-10.

DOCUMENTO 13

AUTORES: ALFONSO SANCHEZ, J.L., FLICH CARBONELL, J.
TITULO: GESTION HOSPITALARIA Y CULTURA EMPRESARIAL: ALGUNOS APUNTES NECESARIOS.
LUGAR DE TRABAJO: DEP. MED. PREV. Y SOC. DE LA UNIV., VALENCIA, ESPAÑA; SERV. CIRUGIA, HOSP. DR PESET, VALENCIA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: TODO HOSPITAL 1991, (78): 11-16

DOCUMENTO 14

AUTORES: SAN MARTIN ECHAURI, B.
TITULO: LA PLANIFICACION ESTRATEGICA COMO INSTRUMENTO PARA LA GESTION HOSPITALARIA.
DATOS FUENTE: TODO HOSPITAL 1991, (78): 19-24.

DOCUMENTO 15

UTORES: COSIALS PUEYO, D.
TITULO: ELEMENTOS DE GESTION HOSPITALARIA: EXTRAOCUPACION.
LUGAR DE TRABAJO: HOSP. GRAL. VALL D'HEBRON, BARCELONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: TODO HOSPITAL 1991 (78): 57-62.

DOCUMENTO 16

AUTORES: MAURI SANTURE, J., PRAT MARIN, A, BAYAS RODRIGUEZ, J.M., ASENJO SEBASTIAN, M.A.
TITULO: CONTRIBUCION A LA GESTION HOSPITALARIA BASADA EN LA MEDICINA DEL CASE MIX.
LUGAR DE TRABAJO: SERV. DIRECCION, HOSP. ARNAU DE VILANOVA, LERIDA, ESPAÑA; DEP. MED. PREV. Y SALUD PUBLICA DE LA UNIV. AUTON., BELLA TERRA, BARCELONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: TODO HOSPITAL 1991, (80): 63-66.

DOCUMENTO 17

AUTORES: OLAGUE DE ROS, G., MENENDEZ NAVARRO, A., PULGAR ENCINAS, R.M.
TITULO: JOSEP PASCUAL, I. PRATS (1854-1931) Y EL INDEX MEDICUS HISPANICUS (1904-1906): UNA CONTRIBUCION ESPAÑOLA EN LOS INICIOS DE LA DOCUMENTACION CIENTIFICA
LUGAR DE TRABAJO: FAC. MEDICINA, DEP. ANAT. PATOL., GRANADA, ESPAÑA, FAC. ODONTOL., GRANADA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE: DINAMYS 1990, 10 (1): 209-254.

DOCUMENTO 18

ATORES: SICRAS MAINAR, S.A.
TITULO: SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIOS.
LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL, BADALONA, ESPAÑA.
DATOS FUENTE GACETA SANITARIA 1990, 4 (17): 78-78.

DOCUMENTO 19

AUTORES: ICART ISERN, M.T.
TITULO: REVISION BIBLIOGRAFICA (II). APLICACION DE LA TELEDOCUMENTACION Y DEL CD-ROM.
DATOS FUENTE: ROL 1991, 14 (149): 13-17, 6 REF.

DOCUMENTO 20

AUTORES: MARTINEZ, M.C., GARCIA, M.
TITULO: EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS
LUGAR DE TRABAJO: HOSP. GRAL BASICO, UNIDAD DOCENTE, MOTRIL, ESPAÑA.
TITULO REVISTA: CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL.
DATOS FUENTE: CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL 1990, 5 (3-4): 44-48, 7 REF.

RESEÑAS DE LIBROS

INFORMATION SOURCES IN THE MEDICAL SCIENCES
Leslie Morton y Shane Godbolt (editores). London, Bowker-Saur, 1992, 608 págs.
I.S.B.N.: 0-86291-596-1.

«La habilidad en la adquisición y uso de la información ha sido siempre una de las características distintivas del buen profesional. El conocimiento puede ser de dos tipos: o sabemos del tema en cuestión, o sabemos donde encontrar información sobre él». Con estas premisas intoducen los editores esta «bibliografía de bibliografías» destinada tanto a médicos en ejercicio como a científicos, bibliotecarios y documentalistas en ciencias de la salud. Constituye una amplia bibliografía sobre las principales fuentes y cadenas de información existentes en la escena internacional sobre medicina, tanto en lo que se refiere a fuentes generales como a cada una de las especialidades médicas.

La obra está estructurada en 24 capítulos. En el primero se hace una revisión de las principales bibliotecas de medicina del mundo. A partir del segundo y hasta el quinto se describen las diversas fuentes primarias, secundarias y de consulta y referencia en medicina. Estos cuatro capítulos son de lectura básica pues constituyen la esencia de las fuentes de información disponibles. En los restantes capítulos (excepto el sexto que es monográfico sobre medios audiovisuales) se describen las fuentes especializadas en cada una de las áreas de la medicina: anatomía, bioquímica, salud pública, farmacología, medicina tropical, patología, microbiología, inmunología, medicina clínica, radiología, psiquiatría, cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, odontología y medicina general.

Cada capítulo incluye además fuentes sobre historia de la especialidad y, en ocasiones, referencias sobre organizaciones útiles. Constituye una novedad el penúltimo capítulo, destinado a proporcionar fuentes de información para los usuarios de los centros asistenciales, tradicionalmente marginados en el acceso a la información sanitaria. Se trata de responder así a la creciente demanda de información por parte de los usuarios, que quieren valorar riesgos y beneficios y elegir entre diversas opciones terapéuticas por sí mismos. La obra termina con un capítulo en el que se describen fuentes de información sobre la historia de la medicina: general, por períodos y por países.

La obra en conjunto constituye una indiscutible y valiosa bibliografía cuya validez sólo queda limitada por ser predominantemente anglosajona, aunque según los editores ésto no es sino un reflejo del creciente uso del inglés en la literatura científica. Su consulta puede ayudar en definitiva a romper el tópico de que utilizamos más tiempo buscando las fuentes de información que la información en sí misma.

INTRODUCCION GENERAL A LAS CIENCIAS Y TECNICAS DE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION
Claire Guinchat y Michel Menou. UNESCO. CINDOC.
I.S.B.N.: UNESCO: 92-3-302540-3.
I.S.B.N.: CINDOC: 84-00-07295-2.

Se trata de la traducción de la segunda edición francesa «Sciences et techniques de l'information et de la documentation», realizada por el Grupo de Trabajo en Información y Documentación de la Comisión Europea de Cooperación con la UNESCO. Es consecuencia de la política de esta organización de difundir los manuales de reconocido valor pedagógico que sirvan de apoyo a la formación de profesionales en información y documentación.

En líneas generales estamos ante un manual sencillo de introducción general que pretende dar una visión de conjunto de las modernas actividades de la información, sin ambición de formar en una habilidad particular. El manual está estructurado en 20 capítulos. Comienza con una introducción a las actividades de información y documentación y, tras definir y clasificar los diversos tipos de documentos, continúa con diversos capítulos especializados en cada una de las fases de la cadena documental: selección y adquisición de fondos, almacenamiento, análisis y lenguajes documentales, búsqueda bibliográfica y evaluación de los sistemas de recuperación. Otros capítulos se refieren a la industria de la información, las nuevas tecnologías (telemática, inteligencia artificial y soportes ópticos), establecimiento de unidades de información, sistemas internacionales, cooperación, normalización y estudio de usuarios.

Resulta novedosa la inclusión de un capítulo en el que se realiza un análisis de las diversas posibilidades de formación profesional, se detallan las fuentes de información, se describe el perfil del profesional y se cuestiona el futuro de la profesión. Otra novedad es el capítulo destinado a la investigación en ciencias y técnicas de la información, si bien está escasamente desarrollado, a pesar de su importancia. Se echa en falta un capítulo sobre bibliometría e indicadores de actividad científica.

Cada capítulo se acompaña de un cuestionario, útil para autovalorar los conocimientos adquiridos tras la lectura y una bibliografía para profundizar sobre el tema que en conjunto supera las 350 referencias, de las que 42 constituyen la bibliografía básica recomendada. El manual finaliza con una lista de acrónimos definidos pero carece de un adecuado índice de materias.

SISTEMA DE RECUPERACION DE INFORMACION EN DOCUMENTACION MEDICA

1. Base de datos LISA *(Library Information Science Abstracts)*

La base de datos LISA está producida por la *Library Association Publishing* de Londres y constituye el principal sistema de información sobre documentación y biblioteconomía. Su cobertura temática es amplia y se refiere a sistemas de almacenamiento y recuperación de la información, bases de datos, servicios y gestión bibliotecarios, nuevas tecnologías de la información (discos ópticos, laserdiscs, videotext, soportes electrónicos, teleconferencia, etc.), servicios de indización y resumen, centros de documentación y archivos, etc.

Su cobertura temporal abarca desde 1969 y su tamaño actual supera las 120.000 referencias. La información pro-

cede de más de 550 revistas procedentes de 60 países y desde 1980 incluye una amplia serie de resúmenes de informes, conferencias, comunicaciones a congresos, tesis y monografías.

Está disponible en versión online a través de los hosts DIALOG, SDC/ORBIT, BRS y SAMSOM. En CD-ROM se distribuye por *Silver-Platter Information Ltd.* (actualización semestral) y *Bowker-Saur Ltd.* La versión de este último distribuidor se denomina LISA PLUS e incluye la base de datos LISA y la CRLIS *(Current Research in Library and Information Science)*, que informa de la investigación actual en el campo de la documentación y la biblioteconomía.

Para recuperar la información con la mayor precisión posible la base de datos contiene tres tipos diferentes de campos: el FH *(Feature Headings)* que contiene términos genéricos del lenguaje natural, el campo DE (Descriptores), que contiene términos procedentes de una lista de vocabulario controlado y el CC *(Classification Codes)*, que permite buscar a partir de los códigos que aparecen en la versión impresa de LISA.

Su interés para el médico documentalista no necesita ser destacado. La búsqueda de información se realizará habitualmente combinando (en lenguaje natural o controlado) la terminología propia de la documentación *(documentation, bibliography, information centers, information systems, registries, bibliometrics*, etc.) con otros términos médicos como *medicine, medical records, hospital records, hospital information systems*, etc.

Ejemplo de un registro de la base de datos LISA (Silver Platter 1/69-3/92):

TI: Knowledge bases in medicine: a review.

AU: Perry-Claudia-A.

SO: Bulletin-of-the-Medical-Library-Association; 78 (3) July 90, 271-282. 100 refs.

PY: 1990.

LA: English.

AB: Reviews representative knowledge bases and knowledge-based systems in medicine: electronic textbooks such as PDQ trademark of The National Cancer Institute and the Hepatitis Knowledge Base (HKB), rule-based systems such as MYCIN, causal models such as CASNETI and hypothesis- or frame-based systems, exemplified by PIP and INTERNIST-1. Describes the relationships among divergent approaches and provides a sense of current and future trends. Examines problems in knowledge-based systems, particularly in knowledge representation and acquistion, and the responses to these challenges. This latter include the use of domain-independent software shells for constructing knowledge bases, and adaptation and use of previously existing knowledge bases, and multiple used of the same knowledge base for different purposes.

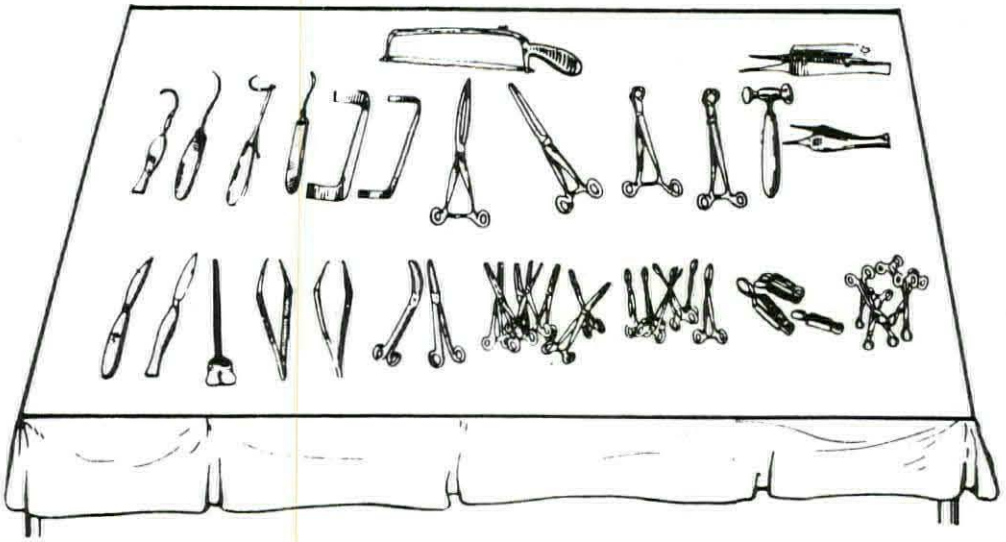
FH: Medicine. Computers. Knowledge based systems.

DE: Knowledge-based-systems; Computers; Medicine.

CC: 9(61).

DA: 1991.

AN: 91-1125.



P. RODRIGUEZ MANZANO

ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

El día 26 de mayo de 1993 tiene lugar la Asamblea General de la Sociedad Española de Documentación Médica coincidiendo con el tercer Congreso Nacional. En ella se trataron diferentes puntos:

1. – Se discuten y aprueban con algunas modificaciones los Estatutos presentados por la Junta Directiva y que fueron publicados en el n.º 2 de PAPELES MEDICOS. Las modificaciones introducidas corresponden a los siguientes artículos:

Art. 11: en él anteriormente se decía que la Junta estaría constituida por cuatro vocales, que deberían ser socios con un mínimo de dos años de antigüedad. Tras la modificación estos cuatro vocales han sido sustituidos por un vocal de los socios adheridos y por un vocal que represente a cada una de las Sociedades de Documentación Médica legalmente constituidas en las diferentes Comunidades Autónomas.

Art. 12: en él se hace constar que la vocalía que representa a las distintas sociedades aútonómicas de Documentación Médica recaerá en el presidente de las mismas, siempre y cuando éste sea socio de la SEDOM. El representante de los socios adheridos será elegido por dichos socios en asamblea general.

Art. 27: en él se modifica la definición de socio adherido pasando a ser socio miembro no de pleno derecho, con voz y sin voto; con capacidad de elegir al vocal que los represente.

Con estas modificaciones los estatutos fueron aprobados. Votaron 63 socios: 59 a favor, 1 en contra y 3 en blanco.

2. – Renovación de la vicepresidencia, la tesorería y la secretaría. Estos cargos recayeron en Dr. Irene Abad Pérez vicepresidente, Dr. Miguel Moreno Vernis tesorero y en Dra. Pilar Rodríguez Manzano secretaria. El vocal que representa a los socios adheridos es Emilia Gil Girbau.

3. – Informe de la Presidenta de la Sociedad acerca de las gestiones realizadas en torno a la especialidad. En el seno de la Sociedad un grupo de trabajo ha estado elaborando el perfil del Documentalista Médico. Este fue publicado en el último número del Boletín de la SEDOM.

Se produjeron diversas intervenciones sobre aquellos aspectos que pueden avalar a la Documentación Médica como especialidad.

Como aspectos más relevantes de estas intervenciones cabría reseñar:

- –Establecer un perfil mínimo común para todos independiente del perfil profesional.
- –Necesidad social.
- –Institucionalización académica.
- –Formación de posgrado.
- –Programas del doctorado completos.
- –Existencia de manuales y revistas internacionales de la materia.
- –Desarrollo de la sociedad científica.
- –Asentamiento y desarrollo del boletín «Papeles Médicos».
- –Realización de congresos y jornadas que cada vez van teniendo un nivel superior.
- –No todos los países tienen institucionalizado el tema de la misma forma.
- –No tenemos una revista científica.
- –En el perfil profesional de la documentación médica se deberían plantear distintas competencias en las que podrían caber diferentes subespecialidades.

4. – Colaboración con el Ministerio. El Dr. del Río y la Dra. Ribera han colaborado como representantes de la SEDOM en la elaboración de un Manual de Uso de la Clasificación con CIE-9-MC. También nos informan sobre proyectos en marcha:

- –nueva edición en castellano de la CIE-9-MC que corresponde a la versión americana de 1991.
- –manual de formación que permita unificar criterios en los próximos cursos sobre codificación independiente de quien los imparta.
- –catálogo de procedimientos que evite la gran disparidad a la hora de definir en cada centro qué procedimientos deben o no codificarse.

5. – Papeles Médicos. A lo largo de la Asamblea hubo diversas intervenciones de apoyo al Boletín de la SEDOM, manifestando al mismo tiempo la necesidad de seguir fomentando su publicación como órgano de expresión y comunicación de los miembros de la Sociedad.

6. – Por fin se aprobó la celebración de las próximas jornadas aceptándose la candidatura del Hospital de la Fuenfría en Cercedilla (Madrid).

JOSE-LORENZO ECHEVERRIA ECHARRI
Servicio de Documentación Clínica Hospital «SAN MILLAN», Logroño

SITUACION ACTUAL Y MOVIMIENTO DE LAS HISTORIAS CLINICAS ABIERTAS HACE 15 AÑOS EN UN HOSPITAL GENERAL

INTRODUCCION

Es raro el Hospital que dispone de un espacio amplio para almacenar sus Historias Clínicas. De todas formas, por muy capaz que sea su Archivo, sólo es cuestión de tiempo su desbordamiento. Generalmente hay que librar una batalla sin fin contra la sobresaturación del espacio. Nos vemos en la necesidad de desarrollar un plan para posibilitar la transferencia de historias al Archivo Pasivo, y en un segundo paso proceder a su eliminación, al menos en su formato original.

El tiempo que una Historia debe permanecer en Activo e incluso en el Archivo Pasivo, dependerá del tipo de Institución de que se trate y por lo tanto, de la actividad que en ella se realice. La decisión debe tener en cuenta las funciones derivadas de la propia Asistencia Clínica, la Docencia e Investigación desarrolladas, y las posibles Acciones legales que pudieran demandar los pacientes.

El funcionamiento del Archivo Pasivo debe estar en consonancia con el del Activo, debe proporcionar el espacio que este último le demande en su continua expansión. Y aunque la decisión de cuándo una Historia Clínica debe pasar al Pasivo vendrá condicionada por el espacio disponible en el Activo, es aconsejable establecer unos criterios que permitan un equilibrio entre el crecimiento del Activo y la transferencia de Documentación al Pasivo.

La siguiente pregunta es ¿qué hacer con la Documentación del Pasivo? La respuesta podría estar en el empleo de nuevas tecnologías para su almacenamiento (microfilmación, disco óptico); pero ¿qué Documentación?, ¿toda o una selección de la misma? Si tenemos en cuenta que sólo un pequeño porcentaje de ésta va a ser solicitada, parece más lógico proceder a una selección de este pasivo que nos lleve a conservar únicamente aquella información que una Comisión del propio Hospital o ámbito de más amplia competencia determine.

A continuación se transcribe la Publicación que en 1974 elaboraron conjuntamente la American Medical Record Association y la American Hospital Association:

«Debido a que un Hospital u otra Institución Sanitaria es raramente requerida para proporcionar documentación, por motivo Asistencial, Científico, Docente, Legal o para Auditoría, con una antigüedad superior a los 10 años, es generalmente suficiente con retener las Historias Clínicas durante 10 años contados desde el último uso realizado para atender al paciente, y esto, en ausencia de consideraciones legales. En consecuencia, se recomienda que la Historia Clínica Completa de un paciente en una Institución Sanitaria sea conservada, en forma original o en reproducción, durante un período de 10 años desde la última utilización con motivo de atender al enfermo correspondiente. Después, la Historia puede ser destruida, a no ser que la destrucción esté específicamente prohibida por algún Estatuto, Orden, Reglamentación, o Ley, siempre que la Institución:

1. Retenga información básica tal como son los datos de admisión y alta, nombres de los médicos responsables, registros de diagnósticos y operaciones, protocolos quirúrgicos, informes de Anatomía Patológica, e informes de alta de todas las Historias que sean destruidas.
2. Retenga las Historias Clínicas Completas de los menores durante el período de minoría de edad más las limitaciones derivadas de la aplicación de las normas que en esta materia dispongan los Estatutos del Estado en que se halle la Institución.
3. Retenga las Historias Clínicas Completas de los incapacitados mentales con las mismas limitaciones añadidas que las descritas para los menores.
4. Retenga las Historias Clínicas Completas durante períodos más largos de tiempo cuando sea requerido por escrito por alguno de los siguientes motivos:
   a) Asistencia o consulta médica del paciente.
   b) Acción legal solicitada por el propio paciente o por alguien que legalmente lo represente.
   c) Consulta legal debido a que la información contenida en la Historia afecte o pudiera afectar los intereses de una de las partes.

Aunque el Escrito no pueda traspolarse directamente a nuestro ámbito, si tiene valor como referencia ante la escasez de normas y ausencia de criterios comunes en el campo del tratamiento de la Documentación Clínica.

OBJETIVOS

En consonancia con las consideraciones descritas en la Introducción y tomando como marco un Hospital General que atiende en su mayor parte patología aguda, se pretende conocer el movimiento que ha ido experimentando la Documentación Clínica derivada de la asistencia de los pacientes en Consulta Externa y Hospitalización.

Son OBJETIVOS que se plantean:

- Conocer la situación actual en que se encuentran las Historias Clínicas abiertas por primera vez el año 1975.
- Conocer la patología que motivó su primer contacto con el Hospital.
- Conocer cuál es la patología por la que actualmente se encuentran en activo.
- Conocer en qué años han tenido movimiento.
- Conocer si su estado actual está relacionado con alguna de las variables a estudio (edad, sexo, residencia, patología en su primer contacto, número de movimientos).

MATERIAL Y METODO

En el presente trabajo se realiza un estudio del movimiento de las Historias Clínicas (HHCC) a lo largo de 15 años. Como variable que centra el mismo se considera su ESTADO ACTUAL, Activo o Pasivo, según haya sido o no, objeto de uso (Hospitalización y Consulta Externa) después del año 1985.

Del Archivo Centralizado de Historias Clínicas (HHCC) del Hospital «SAN MILLAN», que contiene todas las Historias abiertas desde septiembre de 1952, fecha de su inauguración, se ha extraído una muestra de 420 HHCC, todas ellas de pacientes que tuvieron su primer contacto con la Institución a lo largo de 1975 (tanto por motivo de hospitalización como de atención en consulta externa). La muestra representa un 5 % de todas las HHCC abiertas en ese año, lo que supone que para un riesgo $\alpha = 0.05$, la precisión del estudio es del 4,4 %.

En una base de datos se han recogido de cada una de las Historias Clínicas los siguientes datos:

1. Número de Historia.
2. Fecha de nacimiento.
3. Sexo.
4. Residencia.
5. DIAG75: Diagnóstico derivado de la primera asistencia.
6. DIAG1: Patología más relevante en el período 1976-80.
7. DIAG2: Idem en el 1981-85.
8. DIAG3: Idem por la que actualmente está en Activo.

La anotación de los diagnósticos se efectúa de forma codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9a. Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC), empleando sólo categorías (tres dígitos).

9. La existencia (1) o no (0), de movimiento en cada año desde 1976 a 1985.
10. Número total de «año con movimiento» en cada uno de los períodos arriba mencionados y la suma de ambos.
11. Estado actual de la Historia Clínica: A=Activo, P=Pasivo.

Esta primera base de datos ha sido transformada para su mejor procesamiento en la que se describe a continuación:

MOVHC

1. EDAD = Edad actual del paciente.
2. EDAD1 = Edad en 1975.
3. EDADI = Edad por intervalos:
   «1» = <15 años; «2» = 15 a 44 «3» = 45 a 64; «4» = >64 años
4. SEXO.
5. RESID = Residencia. Codificada como:
   «LO» = Logroño
   «26» = Provincia
   «88» = Poblaciones vecinas de otras provincias
   «99» = Resto

La patología de igual forma a la descrita arriba, en las variables:

6. DIAG75.
9. DIAG1.
12. DIAG2.
16. DIAG3.

Las categorías diagnósticas han sido agrupadas por Grandes Grupos Diagnósticos (GGD), también según la CIE-9-MC. Se añade un GGD «18» para los códigos «V». Las variables son:

7. GGD75.
10. GGD1.
13. GGD2.
17. GGD3.

Los movimientos quedan reflejados en las variables:

8. M76-80: Número años con movimiento de 1976 a 1980.
11. M81-85: Idem de 1981 a 1985.
14. MTOTAL: Idem de 1976 a 1985 (suma de ambos períodos).
15. ESTACT = Estado actual: «A» = Activo, «P» = Pasivo.

Debido al reducido número de casos existente en algunos Grupos Diagnósticos se ha procedido a concentrar en uno solo todos aquellos Grupos con menos de 12 casos, dando lugar a una nueva base de datos **MOVGGD** cuya única diferencia con la anterior está en la configuración de los Grupos Diagnósticos:

1. Lesiones y envenenamientos.
2. Embarazo, parto y puerperio.
3. Digestivo.
4. Respiratorio.
5. Genitourinario.
6. Signos y síntomas.
7. SNC y sentidos.
8. Infecciones.
9. Circulatorio.
10. Condiciones perinatales.
11. Neoplasias.
12. Resto.

Se efectúa, en primer lugar, un análisis descriptivo de las variables estudiadas, siempre en relación con la situación actual de la Historia Clínica. En segundo lugar, se establecen una serie de comparaciones entre las proporciones «ACTIVO/PASIVO» que se dan en las distintas variables. Por último, se busca una relación entre el valor de una o de un conjunto de variables y el estado actual de la Historia Clínica.

En cada GGD se contabiliza el número de HHCC que había en el momento de la apertura. El porcentaje que actualmente están tanto en pasivo como en activo; estableciendo una comparación entre ambos.

De cada GGD se anotan los códigos de los diagnósticos más frecuentes en la apertura; para efectuar un seguimiento de éstos en los períodos 76-80, 81-85 y en la actualidad, apuntando los diagnósticos que motivaron o motivan su contacto.

Por último, dentro de cada GGD se analizan las coincidencias tanto a nivel de GGD como de código que concurren en los distintos períodos.

RESULTADOS

1. De las Historias abiertas el año 1975, el 30 % se halla en Activo y el 70 % en situación de Pasivo (GRAFICO 1).
   Comparados, el número en pasivo es significativamente mayor, $p < 0.001$.
2. La distribución según el sexo de los pacientes es la siguiente: (GRAFICO 2)
   VARONES: 48.6 % 70 % Pasivo, 30 % Activo • MUJERES: 51.4 % 64 % Pasivo, 36 % Activo

GRAFICO 1

ESTADO ACTUAL DE LAS HISTORIAS

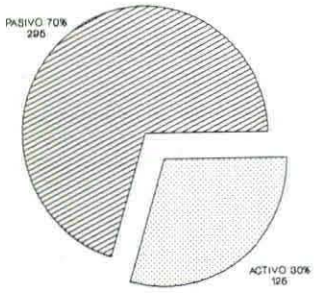
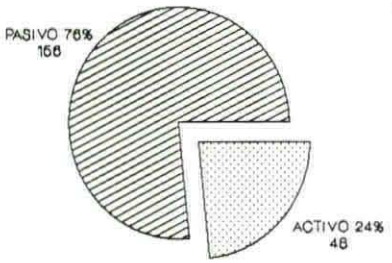
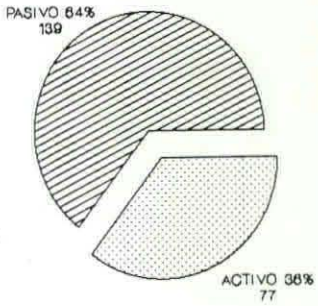


GRAFICO 2

VARONES (48,6 %)



MUJERES (51,4 %)



Comparados, vemos que no hay diferencia significativa entre las proporciones de varones y mujeres en la muestra de origen (Tabla 1).

```
=====================================Tabla 1=============================================

COMPARACION DE PROPORCIONES.  PRUEBA BINOMIAL

ARCHIVO: MOVHC              VARIABLE: SEXO

HAY 204 CASOS DE HOMBRES
QUE SON EL 48.57% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DE (43.79, 53.35)

ARCHIVO: MOVHC              VARIABLE: SEXO

HAY 216 CASOS DE MUJERES
QUE SON EL 51.43% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DE (45.65, 56.21)

NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ELLOS   (p=0.4076488)
=========================================================================================
```

Elaborada la tabla de contingencia con las variables SEXO-ESTADO ACTUAL, con el fin de averiguar si existe asociación, obtenemos (Tabla 2) que sí la hay.

```
=====================================Tabla 2=============================================

ANALISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA
ARCHIVO: MOVHC

Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna
Var:        SEXO                ESTACT
         V            H

     156 (76)     139 (64)     Pasivo
      48 (24)      77 (36)     Activo

JI-CUADRADO:  6.80  CON  1  GRADO DE LIBERTAD

EXISTE  ASOCIACION   p=0.0089065  (2 COLA/S)
=========================================================================================
```

Si efectuamos una comparación de proporciones vemos que en las Historias en Activo hay un predominio significativo del sexo femenino (Tabla 3), mientras que no hay diferencia en el Pasivo (Tabla 4).

```
=====================================Tabla 3=============================================

COMPARACION DE PROPORCIONES.  PRUEBA BINOMIAL

ARCHIVO: MOVHC              VARIABLE: SEXO
VARIABLE DE CONTROL:  ESTACT (Activo)

HAY 48 CASOS
QUE SON EL 38.40% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DE (29.87, 46.93)

ARCHIVO: MOVHC              VARIABLE: SEXO
VARIABLE DE CONTROL:  ESTACT (Activo)

HAY 77 CASOS
QUE SON EL 61.60% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DE (53.07, 70.13)

   HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ELLOS   (p=0.0002443)
=========================================================================================
```

```
=====================================Tabla 4=============================================

COMPARACION DE PROPORCIONES.  PRUEBA BINOMIAL

ARCHIVO: MOVHC              VARIABLE: SEXO
VARIABLE DE CONTROL:  ESTACT (Pasivo)

HAY 156 CASOS
QUE SON EL 52.88% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DE (47.19, 58.58)

ARCHIVO: MOVHC              VARIABLE: SEXO
VARIABLE DE CONTROL:  ESTACT (Pasivo)

HAY 139 CASOS
QUE SON EL 47.12% CON UN INTERVALO DE CONFIANZA AL 95% DE (41.42, 52.81)

NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE ELLOS   (p=0.1615933)
=========================================================================================
```

3. Efectuado el estudio comparativo de las EDADES MEDIAS de los pacientes según el ESTADO ACTUAL de sus Historias clínicas, se comprueba que no existe diferencia entre las edades medias Activo-Pasivo (Tabla 5).

```
=====================================Tabla 5=============================================

COMPARACION DE MEDIAS.   PRUEBA DE WILCOXON PARA NO APAREADOS

ARCHIVO:        VARIABLE        VAR. CONTROL        Media       NC

MOVHC           EDAD1           ESTACT = Pasivo     31.35       295
MOVHC           EDAD1           ESTACT = Activo     26.69       125

EL PARAMETRO  Z  ES:  0.94

ESTE TEST NO DEMUESTRA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA   (p=0.3452845)
=========================================================================================
```

Si el estudio de las Edades medias se hace en subgrupos confeccionadas teniendo en cuenta el sexo de los pacientes tampoco se halla ninguna diferencia significativa (Tabla 6)

==========Tabla 6==========

COMPARACION DE MEDIAS. PRUEBA NO PARAMETRICA DE NEWMAN-KEULS

ORDEN	1	2	3	4
NOMBRE	MOVACT	MOVACT	MOVPAS	MOVPAS
VARIABLE	EDAD1	EDAD2	EDAD3	EDAD4
VAR.CONTROL	SEXO=V	SEXO=M	SEXO=V	SEXO=M
MEDIA	26.250	26.961	30.917	31.827
CASOS	48	77	156	139

COMPARACIONES GRADOS DE LIBERTAD: 416

	PARAMETRO	RANGO
Muestra de orden 4 frente a 1	2.01	4
Muestra de orden 4 frente a 2	2.07	3
Muestra de orden 4 frente a 3	0.47	2
Muestra de orden 3 frente a 1	1.71	3
Muestra de orden 3 frente a 2	1.71	2
Muestra de orden 2 frente a 1	0.23	2

==========

Con el fin de profundizar más en el estudio de la variable EDAD1 (edad en el momento de apertura, año 1975), se ha hecho una agrupación (GRAFICO 3) en los cuatro intervalos siguientes: (Variable EDADI).

1 = Menores de 15 años (28.57 %)

2 = De 15 a 44 años (46.19 %)

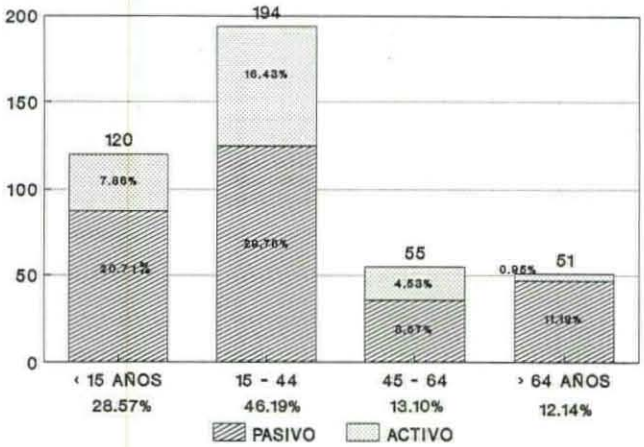
3 = De 45 a 64 años (13.10 %)

4 = Mayores de 65 años (12.14 %)

De la Tabla de contingencia resultante de la combinación de las variables EDADI - ESTADO ACTUAL, obtenemos que hay asociación entre ambas (Tabla 7).

GRAFICO 3

HISTORIAS POR EDADES



==========Tabla 7==========

ANALISIS DE TABLAS DE CONTINGENCIA

ARCHIVO: MOVHC

Los números entre paréntesis son porcentajes respecto a la suma de cada columna

Var:	EDADI				ESTACT
	< 15 a.	15 a 44	45 a 64	> 64 a.	
	87 (73)	125 (64)	36 (65)	47 (92)	Pasivo
	33 (28)	69 (36)	19 (35)	4 (8)	Activo

JI-CUADRADO: 15.74 CON 3 GRADOS DE LIBERTAD

EXISTE ASOCIACION p=0.0014272 (2COLA/S)

==========

Y analizando esta asociación vemos que es en el sentido siguiente: La proporción de Historias en el Pasivo dentro del Intervalo 4 (>64 años) es significativamente mayor a las existentes dentro de los otros tres intervalos: (Tabla 8)

4 > 1 (p = 0.004) • 4 > 2 (p = 0.000) • 4 > 3 (p = 0.001).

==========Tabla 8==========

COMPARACION DE PROPORCIONES. PRUEBA BINOMIAL

** PORCENTAJES CON SUS LIMITES DE CONFIANZA AL 95% **

INTERVALO 1 (% de HHCC en Pasivo)	72.50	(64.51,	80.49)
INTERVALO 2 (% de HHCC en Pasivo)	64.43	(57.70,	71.17)
INTERVALO 3 (% de HHCC en Pasivo)	65.45	(52.25,	76.64)
INTERVALO 4 (% de HHCC en Pasivo)	92.16	(81.50,	96.91)

** TABLA DE COMPARACIONES **

	4	3	2
1	p=0.004 **	p=0.376	p=0.138
2	p=0.000 **	p=1.000	
3	p=0.001 **		

==========

Considerando el sexo dentro de estos intervalos de edad, tenemos: (GRAFICO 4).

a) En el **1 (<15 años)**: El número de Historias de varones es significativamente mayor que el de Historias de mujeres (p = 0.001), y la proporción de varones en pasivo también es significativamente mayor a las mujeres en pasivo (p = 0.000). En el activo no hay diferencias.

b) En el **2 (15 a 44 años)**: El número de mujeres es significativamente superior (p = 0.000), y la proporción de mujeres en activo es significativamente mayor (p = 0.001). En el pasivo no hay diferencias.

c) En los **intervalos 3 y 4** el sexo no influye de forma significativa en el Estado Actual de las Historias Clínicas.

4. En relación con la Residencia de los pacientes tenemos, según vemos en el GRAFICO 5 que más del 90 % de las HHCC corresponden al Area del Hospital (capital y provincia). La población del área se reparte casi al 50 % entre la capital y la provincia. También podemos comprobar que los porcentajes con que contribuyen al Activo y Pasivo no presentan diferencias significativas.

GRAFICO 4

HISTORIAS POR EDAD Y SEXO

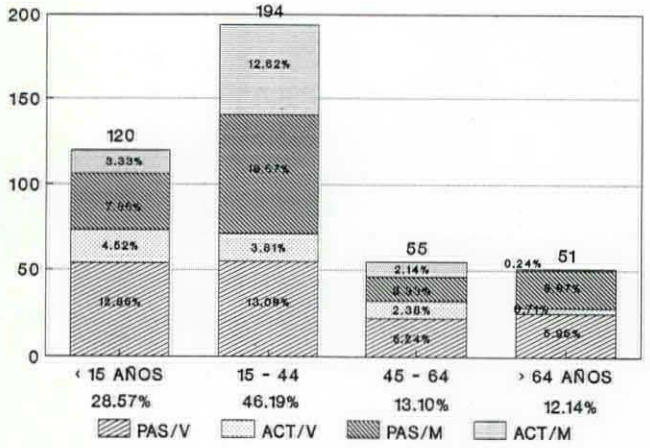
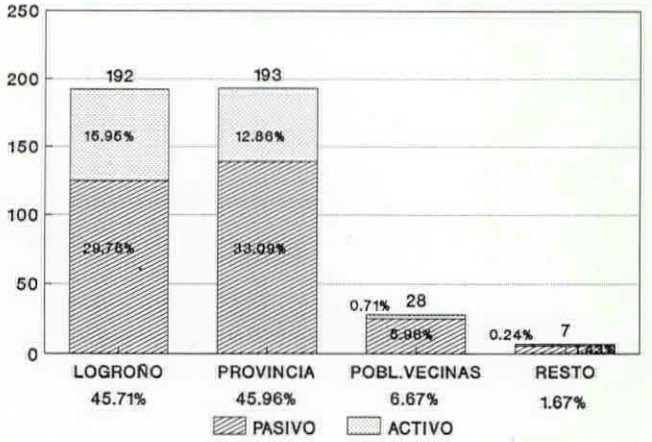


GRAFICO 5

HISTORIAS / RESIDENCIA



5. La distribución de las HHCC según la patología que presentaban en el momento de apertura (GRAFICO 6) y las distribuciones atendiendo a aquella misma patología y según el Estado Actual de las mismas (GRAFICO 7) son las siguientes:

Gran Grupo Diagnóstico	Apertura	Activo	Pasivo
• Lesiones y envenenamientos	86	20	66
• Emb. Parto y puerperio	81	33	48
• Digestivo	43	14	29
• Respiratorio	35	11	24
• Genitourinario	33	9	24

• Signos y síntomas	23	5	18
• SNC y sentidos	21	7	14
• Infecciosas	15	5	10
• Circulatorio	15	4	11
• Cond. Perinatales	14	2	12
• Neoplasias	12	1	11
• Resto	42	14	28
	420	125	295

GRAFICO 6

HISTORIAS EN EL MOMENTO DE LA APERTURA GGD

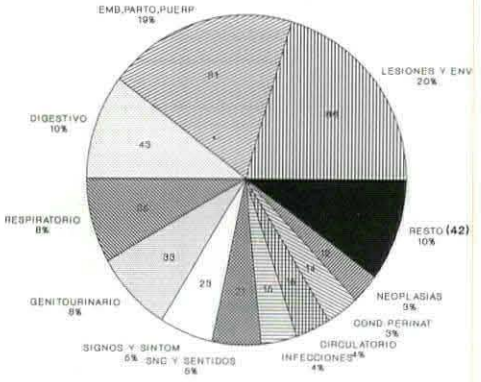
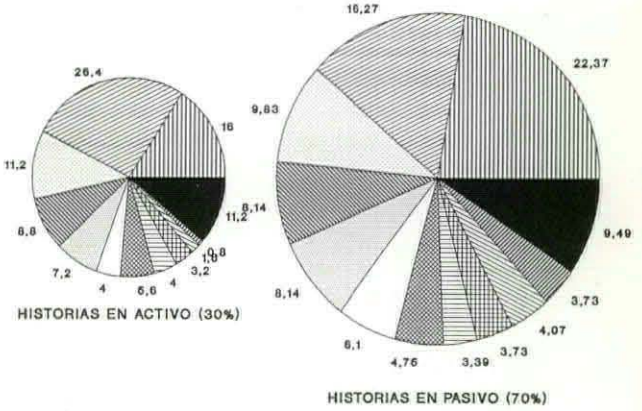


GRAFICO 7

ESTADO ACTUAL GGD



Comparadas estas distribuciones, se puede comprobar que no hay diferencias entre la del momento de Apertura con las obtenidas según su estado actual (Tablas 9 y 10), pero sí la hay si comparamos las distribuciones de Activo y Pasivo entre sí (Tabla 11).

```
=====================================Tabla 9=============================================

COMPARACION  DE  DISTRIBUCIONES.   PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

MUESTRA 1  MOVGGD       Var:   GGD75       Var de Control:  ESTACT= Activo y Pasivo
MUESTRA 2  MOVGGD       Var:   GGD75       Var de Control:  ESTACT= Activo

parámetro =  0.559

SON LA MISMA DISTRIBUCION  (p=0.9138254)
=========================================================================================
=====================================Tabla 10============================================

COMPARACION  DE  DISTRIBUCIONES.   PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

MUESTRA 1  MOVGGD       Var:   GGD75       Var de Control:  ESTACT= Activo y Pasivo
MUESTRA 2  MOVGGD       Var:   GGD75       Var de Control:  ESTACT= Pasivo

parámetro =  0.736

SON LA MISMA DISTRIBUCION  (p=0.6502907)
=========================================================================================
=====================================Tabla 11============================================

COMPARACION  DE  DISTRIBUCIONES.   PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

MUESTRA 1  MOVGGD       Var:   GGD75       Var de Control:  ESTACT= Activo
MUESTRA 2  MOVGGD       Var:   GGD75       Var de Control:  ESTACT= Pasivo

parámetro =  2.065

SON LA MISMA DISTRIBUCION  (p=0.0003956)
=========================================================================================
```

Si analizamos la contribución de cada Grupo Diagnóstico a los Archivos Activo y Pasivo (GRAFICO 7), y comparamos sus respectivas proporciones (Tabla 12), se comprueba que sólo en el GGD de Embarazo, Parto y Puerperio hay una diferencia significativa, y es en el sentido de que la proporción de Activo es mayor a la del Pasivo:

==========Tabla 12==========

Gran Grupo Diagnóstico	%Activo	%Pasivo	Significación
-Lesiones y envenenam.....	16.00....	22.37....	p=0.1389318
-Emb. Parto y puerperio...	26.40....	16.27....	p=0.0161504
-Digestivo	11.20....	9.83....	p=0.6721241
-Respiratorio	8.80....	8.14....	p=0.8218467
-Genitourinario	7.20....	8.14....	p=0.7446201
-Signos y síntomas	4.00....	6.10....	p=0.4859789
-SNC y sentidos	5.60....	4.75....	p=0.8069089
-Infecciosas	4.00....	3.39....	p=0.7766798
-Circulatorio	3.20....	3.73....	p=0.1000000
-Cond.Perinatales	1.60....	4.07....	p=0.2473050
-Neoplasias	0.80....	3.73....	p=0.1194684
-Resto	11.20....	9.49....	p=0.5936458
	100.00%	100.00%	

6. Habitualmente para decidir el paso de una Historia al Pasivo se emplea el criterio de no haber sido requerida en un plazo de tiempo prefijado (10, 5, etc. años). A continuación se exponen los resultados de esta experiencia.

MOVIMIENTOS		M76_80			M81_85			MTOTAL		
NUM	A+P %	A %	P %	A+P %	A %	P %	A+P %	A %	P %
0	250(59.5)	53(42.4)	197(66.8)	319(76.0)	70(56.0)	249(84.4)	217(51.7)	38(30.4)	179(60.7)
1	90(21.4)	33(26.4)	57(19.3)	58(13.8)	28(22.4)	30(10.2)	83(19.8)	28(22.4)	55(18.6)
2	54(12.9)	21(16.8)	33(11.2)	23(5.4)	10(8.0)	13(4.4)	61(14.5)	23(18.4)	38(12.9)
3	15(3.6)	9(7.2)	6(2.0)	12(2.9)	9(7.2)	3(1.0)	23(5.5)	10(8.0)	13(4.4)
4	5(1.2)	3(2.4)	2(0.7)	3(0.7)	3(2.4)	0(0.0)	16(3.8)	9(7.2)	7(2.4)
5	6(1.4)	6(4.8)	0(0.0)	5(1.2)	5(4.0)	0(0.0)	9(2.1)	7(5.6)	2(0.7)
>5							11(2.6)	10(8.0)	1(0.3)

La lectura es la siguiente:

a) Período 76-80: El número de HHCC cuyo único movimiento fue el de su apertura (M76-80=0) es de 250 (59.5 % del total), de las que 197 se encuentran en el Pasivo (66.8 % del pasivo).

b) Período 81-85: En este caso el número, para M81-85=0, es de 319 (76 % del total), de las 249 están en Pasivo (84.4 % del pasivo).

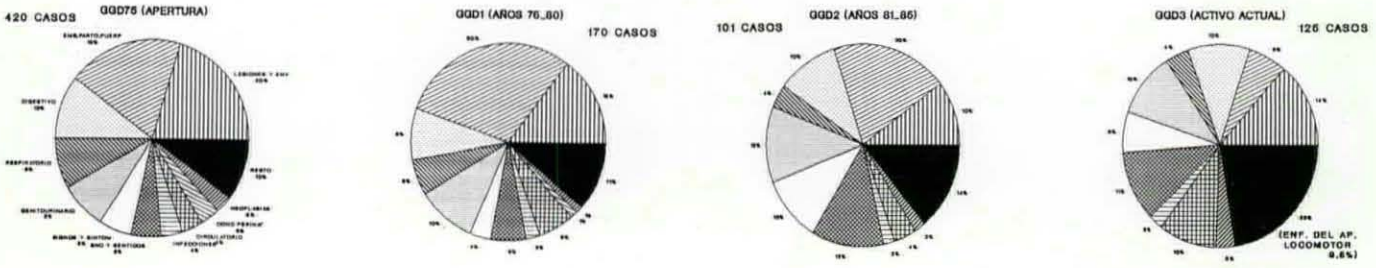
c) Período 76-85: Para Mtotal=0 (10 años de inactividad), el número de Historias es de 217 (51.7 % del total), de las 179 están en el Pasivo (60.7 % del pasivo).

Podemos comprobar el alto peso que supone dentro del Pasivo el hecho de que una HC no haya sido movida en 5 o 10 años. Por el contrario, cuando ha sido utilizada 3 o más años es mayor el número de Historias que actualmente están Activo (para los períodos de 5 años). Para el período de 10 años se obtiene el mismo resultado cuando el número de años con movimiento es de 4 o más.

7. Por último, se efectúa un seguimiento de la evolución de la Patología (GRAFICO 8) en las cuatro ocasiones en que ha sido recogida: en el primer contacto, patología más relevante en los períodos 76-80 y 81-85, y motivo por el que actualmente está en activo.

GRAFICO 8

EVOLUCION DE LA PATOLOGIA



Seguidamente se da una relación de los GGDs en que se va distribuyendo la patología que motivó el contacto en cada momento:

Gran Grupo Diagnóstico	Apertura	M76 80	M81 85	Actual
• Lesiones y envenenamientos	20 %	15 %	10 %	14 %
• Emb. Parto y puerperio	19 %	30 %	20 %	6 %
• Digestivo	10 %	8 %	10 %	10 %
• Respiratorio	8 %	6 %	4 %	4 %
• Genitourinario	8 %	10 %	12 %	11 %
• Signos y síntomas	5 %	4 %	10 %	6 %
• SNC y sentidos	5 %	6 %	12 %	11 %
• Infecciosas	4 %	2 %	2 %	2 %
• Circulatorio	4 %	6 %	4 %	10 %
• Cond. Perinatales	3 %	1 %	0 %	0 %
• Neoplasias	3 %	1 %	2 %	3 %
RESTO				
• Locomotor y tej. conect.	2.5 %	3.5 %	7 %	9.5 %
• Piel y tej. subcutáneo	2 %	0.5 %	1 %	1.5 %
• Anomalías congénitas	2 %	1 %	3 %	2.5 %
• Endocrino, Inmunidad	2 %	1.5 %	2 %	1.5 %
• Sangre	0.5 %	1 %	2 %	1.5 %
• Trastornos mentales	0.5 %	0.5 %	0 %	0 %
• Códigos «V»	0.2 %	1 %	1 %	4 %

CONCLUSIONES

1. El 70 % de las Historias Clínicas abiertas hace 15 años está en estado Pasivo. El restante 30 % sigue en Activo.
2. De este 30 %, el número de HHCC pertenecientes a mujeres es significativamente mayor que el de las de varones.
3. De las HHCC de menores de 15 años en el momento de apertura, el número de pertenecientes a varones significativamente mayor al de mujeres. Diferencia que se mantiene en el grupo que actualmente está en el Pasivo.
4. Entre las HHCC de pacientes entre 15 y 44 años en el momento de apertura, el número de pertenecientes a mujeres es significativamente mayor al de hombres. Diferencia que, en este caso, se mantiene en el grupo de Historias actualmente en Activo.
5. Los 2/3 de las HHCC abiertas, lo fueron por uno de los siguientes Grandes Grupos Diagnósticos:
   - «17»: Lesiones y envenenamientos.
   - «11»: Embarazo, parto y puerperio.
   - «09»: Digestivo.
   - «08»: Respiratorio.
   - «10»: Genitourinario.

   Si tenemos en cuenta el estado actual vemos que las proporciones con que cada GGD contribuye al Activo y Pasivo respectivamente no difieren, a excepción del GGD «11», cuya proporción de HHCC en Activo es significativamente mayor a la del Pasivo.
6. El 61 % de las Historias Clínicas en Pasivo pertenece a las de aquellos pacientes cuyo único contacto con el hospital fue el que originó la apertura de su Historia. Por el contrario, el 73 % de las HHCC que han tenido movimiento en 4 o más años de un período de 10, se hallan actualmente en Activo.
7. El tipo de patología no nos permite decidir el paso de una HC al pasivo. Y aunque el grupo correspondiente a los Tumores podría hacer pensar en ese sentido, no debe olvidarse que casi todos ellos han fallecido a lo largo de estos 15 años.

Con los datos obtenidos en el presente trabajo no podemos, basados en un determinado diagnóstico, decidir el traslado de una Historia Clínica al Pasivo. Y esto debido a que, pasado un tiempo, los pacientes que vuelven a solicitar asistencia lo hacen, la mayoría de las veces, por motivos distintos a los anteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. HUFFMAN, E.K. Medical Record for medical management. 8a. ed. Illinois, Physicians' Record Company, 1985.
2. BENJAMIN, B. Medical records. London, W. Heinemann Medial Books Ltd., 1977.

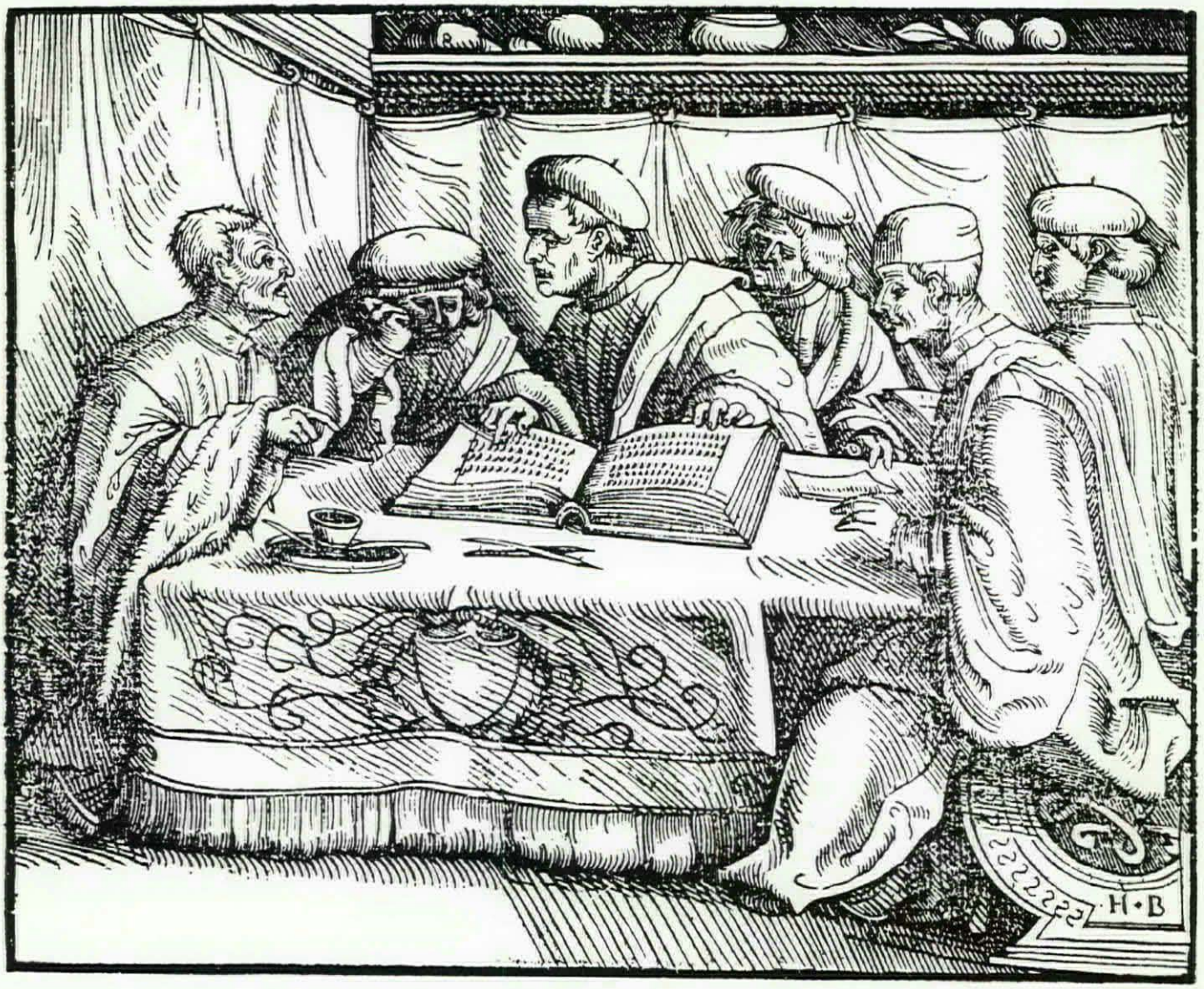
3. FERRERO, C.; GIACOMINI, H.F. Las Estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El departamento de información y archivo médico. Buenos Aires, El Ateneo, 1973.

4. WATERS, KATHLEEN, A.; MURPHY, G.F. Medical Records in Health Information. Aspen Systems Corporation. Rockville, Maryland. 1979.

5. WORLD HEALTH ORGANITATION. Guidelines for Medical Records Practice. WHO / HS / NAT. COM / 80.370. 1980.

6. COLTON, T. Estadística en medicina. Salvat Editores, S.A. Barcelona. 1986.

7. SCHWARTZ, D. Métodos estadísticos para médicos y biólogos. Editorial Herder. Barcelona. 1985.

8. ABRAIRA, V.; ZAPLANA, J. «PRESTA V2.0 PARA PCs». Paquete de Procesamientos Estadísticos. Revisión abril de 1990. F.I.S., Madrid.

9. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, 9.ª REVISION, MODIFICACION CLINICA (CIE-9-MC). Servicio de Publicaciones del INSALUD. Madrid, 1991.