

Papeles Médicos

BOLETIN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

AÑO 4 • N.º 1

JUNIO 1995



El envío de información y originales para el próximo número de este boletín deberá realizarse antes del 15 de noviembre de 1995. Los textos deberán entregarse escritos a máquina o dactiloescripción, las figuras y el resto de iconografía en blanco y negro o color sobre papel o diapositiva.

Edita: Sociedad Española de Documentación Médica

Imprime: Sanabreño Industrias Gráficas, S.A.

Fotocomposición: Dos Mil Uno, S.L.

D.L.: Z1.268-92

I.S.S.N.: 1133-7591



SUMARIO

Editorial	3
Resúmenes de las Comunicaciones Orales	4
Resúmenes de los paneles sobre:	
EVALUACION DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA. (Paneles 1 al 11)	14
ADMISSION. (Paneles 12 al 18)	20
ASPECTOS FUNCIONALES DE LOS SERVICIOS DE DOCUMENTACION CLINICA. (Paneles 19 al 41)	23
ATENCION PRIMARIA. (Paneles 42 al 47)	34
DOCUMENTACION CIENTIFICO-MEDICA. (Paneles 48 al 54)	37
INFORMACION Y GESTION. (Paneles 55 al 64)	40
Resúmenes de los paneles sobre: APLICACIONES INFORMATICAS. (Paneles 65 al 71)	45
Indice de trabajos	49
Indice de autores	51

BOLETIN DE SUSCRIPCION

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

- 1995 (dos números)

Nombre o Entidad _____

Domicilio _____

Población _____

Código Postal _____

Precios de Suscripción:

- Anual España (IVA incluido); 6.000 ptas.
 Anual Extranjero (IVA incluido); 7.500 ptas.

Forma de Pago:

- Por giro postal n.º _____

Enviar este impreso cumplimentado junto al Cheque o Giro postal a:

PAPELES MEDICOS. Boletín de la Sociedad Española de Documentación Médica

Apartado 1593

50080 ZARAGOZA

E D I T O R I A L

El IV Congreso Nacional de Documentación Médica es ya una agradable realidad. La tenacidad y buen hacer de nuestros compañeros malagueños así como las aportaciones para el debate presentadas por los participantes y cuyos resúmenes son el principal objeto de esta publicación, así lo confirman. Pero -e independientemente de esta realidad- merece también la pena reflexionar sobre un aspecto que da, a nuestro entender, un carácter más amplio al propio evento. Nos referimos a la consolidación de una realidad que se traduce en el trabajo desarrollado diariamente por unos profesionales -los de Documentación Médica- integrados en la mayoría de los hospitales del Estado.

Los crecientes fondos destinados a la actividad sanitaria, han obligado a plantear de forma muy directa cuál es el tamaño de la actividad asistencial (valorado en cada uno de los indicadores de estancias, diagnósticos, procedimientos, etc...), cómo evoluciona su dimensión y sobre todo cuál es el coste de dicha actividad. Esta ha sido la razón por la que, a pesar de las iniciales reticencias, nuestro trabajo ha proliferado en la mayoría de los centros.

Reflejo de este trabajo son las 20 comunicaciones y los 67 paneles que van a exponerse y que evidenciarán los aspectos diarios de nuestra actividad, en un exhaustivo viaje de trabajo que nos llevará de la actividad diaria reflejada en los paneles de Admisión, Atención Primaria, o Aspectos Funcionales de los Servicios de Documentación clínica, a los cada vez más complicados y sofisticados métodos estadísticos de los estudios bibliométricos recogidos en el apartado de Documentación Científico-médica, pasando por los paneles futuristas incluidos en la sección de Aplicaciones Informáticas.

Estos tres días nos permitirán reflexionar, discutir y avanzar en todos estos temas tan sugerentes, pero el debate científico no debe dejar de lado un aspecto tan importante para el futuro de la Sociedad cual es la discusión de nuestra coherencia y unión como colectivo, un debate profundo y sincero que nos permita continuar trabajando en el empuje y en la defensa de nuestros intereses profesionales. El imperativo estatutario ofrece en este caso el aliciente añadido de poder encuadrar, a través del voto de los miembros de la Sociedad Española de Documentación Médica, las lícitas aspiraciones de dirección y liderazgo sobre el colectivo. Este debe ser, a nuestro entender, el verdadero reto. Lo que no sepamos hacer en Torremolinos en este sentido sólo contribuirá a favorecer nuestra debilidad en mojigatas y estériles charlas de café.

Miguel Moreno Vélez

RESUMENES SOBRE: COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACION ORAL 1

DOCUMENTACION MEDICA ESPAÑOLA: UN INSTRUMENTO DE INFORMACION PROFESIONAL

R. Aleixandre Benavent, M. F. Abad García

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. CSIC / Universitat de Valencia. Valencia

Introducción y objetivos: Los repertorios bibliográficos y bases de datos constituyen, en la actualidad, la principal fuente para la difusión de información. En documentación médica, la ausencia de revistas profesionales origina una dispersión de los trabajos publicados en múltiples fuentes. Se presenta un repertorio bibliográfico, *Documentación Médica Española*, que tiene como objetivo recoger, analizar y difundir las publicaciones españolas de esta especialidad y áreas afines.

Material y métodos: Se han analizado los sumarios de 250 revistas españolas de medicina, biblioteconomía y documentación correspondientes a 1994 y se ha identificado, a partir del título o del texto del artículo, los artículos relevantes. Los documentos así obtenidos se clasificaron e indexaron por especialistas

en documentación médica y se introdujeron en una base de datos gestionada por dBASE IV.

Resultados: El repertorio consta de las siguientes partes: Plan de la obra y objetivos, modelos de referencia bibliográfica, revistas analizadas, clasificación, sección de referencias (más de 250 en el presente volumen), índice de materias, índice de autores, índice de instituciones y estudio bibliométrico.

Conclusiones: Tras la edición de este n.º 0, serían deseables las siguientes directrices para el futuro: 1.º Edición semestral, 2.º Ampliación de la cobertura a tesis, fotografías e informes técnicos, 3.º Creación de un tesoro de documentación médica que permita sentar las bases para la normalización de la terminología, 4.º Ampliación retrospectiva de la cobertura (documentos anteriores a 1994).

COMUNICACION ORAL 2

EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD APLICADA A LA HISTORIA CLINICA EN ATENCION PRIMARIA

A. Rey Martín, E. Martín Auriolles, F. Linero Vázquez, M. Loubet Chasco, A. Corredera Guillén
Centro de Salud Delicias. Málaga

Introducción: Consideramos que la historia clínica (H.C.) es un instrumento de trabajo básico en Atención Primaria, es por ello que la mejora en la calidad de este sistema de información debe corresponderse con una mejora notable en el proceso de atención y por tanto en la calidad de la misma. Basamos el trabajo en la metodología de audit de Palmer para la mejora de la calidad.

Objetivos:

1. Presentar una experiencia práctica positiva con 2 ciclos de evaluación y mejora de la calidad de la H.C. (modelo S.A.S.) como sistema de registro en Atención Primaria.
2. Presentar la metodología de **audit de Palmer** como instrumento válido para conseguir el primer objetivo de mejora en el sistema de información sanitaria del que la H.C. forma parte.

Material y métodos: Se realizan dos ciclos de garantía de Calidad sobre 120 historias clínicas, 60 fichas individuales y carpetas familiares de pacientes adscritos al C.S. Delicias, separados por una intervención formativa. Se aplica la metodología de Palmer con criterios explícitos y normativos.

Resultados:

1. En el primer ciclo se determina un cumplimiento óptimo para los criterios de proceso administrativo de la H.C.

2. Los criterios que no alcanzan el standar mínimo mejoran de forma notable en la segunda fase después de completar el ciclo con una intervención formativa para el EBAP.
3. Hay una variación positiva muy llamativa en el criterio dirigido a valorar la presencia de lista de problemas, considerado de gran trascendencia para la calidad de la historia.
4. Se detecta un defecto metodológico en la 2.ª fase por la elección de un criterio inadecuado.

Conclusiones:

1. La metodología elegida es fácil de realizar, no presenta dificultades importantes de aceptación por el equipo y no consume un tiempo excesivo para realizarla sobre sistemas de registro.
2. El resultado de la aplicación cumple su objetivo de forma eficaz y aumenta la calidad del sistema de registro.
3. La aplicación del audit aumentó la calidad en el registro independientemente de las medidas de intervención realizadas, lo que coincide con otros estudios de evaluación y mejora de la calidad.
4. Las características del método aplicado son adecuadas para que éste sea utilizado en sucesivas evaluaciones.

COMUNICACION ORAL 3

EXPERIENCIA DE APLICACION DE UN SISTEMA DE REGISTRO INTEGRADO PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS CRONICAS

J. M. Espinosa, A. Pérez, E. Peláez, P. Padilla, F. Muñoz, N. Huelin

Centro de Salud Limonar. Málaga

Existe una alta prevalencia de pacientes afectados de varias patologías crónicas que requieren seguimiento continuado por los equipos de Atención Primaria. Los Sistemas de Registro deben adaptarse para permitir una valoración integral de estos pacientes y dar coherencia y compatibilidad a las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Objetivos: Facilitar el seguimiento y control de pacientes crónicos pluripatológicos [Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Hipoperfusión, Obstrucción Crónica al Flujo Aéreo] y la detección de factores de riesgo cardiovascular [FRCV].

Material y Métodos: Se utiliza un sistema de registro unificado en un protocolo de patologías crónicas que consta de:

- Hoja de anamnesis, exploración y diagnóstico.
- Hoja de control de constantes.
- Hoja única de tratamiento.
- Hoja de vaciado de analíticas.
- Hoja integrada de seguimiento clínico.

El diseño de estas hojas permite una lectura vertical (valoración de la evolución en el tiempo y aparición de FRCV) y horizontal (corte transversal de la situación de los problemas de salud del paciente).

Como **ventajas** fundamentales de este sistema están: control integral del paciente, detección precoz de FRCV, recordatorio de actividades a realizar, facilitar la evaluación. El **inconveniente** principal estriba en la dificultad del manejo de múltiples hojas.

Resultados: Desde octubre de 1991 a diciembre de 1994 se ha aplicado a 1180 pacientes crónicos: 137 diabéticos, 659 hipertensos, 286 dislipémicos y 98 con Obstrucción Crónica al Flujo Aéreo. Los pacientes con varias patologías se distribuyen como sigue: 433 con 2 patologías, 77 con tres y 6 con las cuatro patologías crónicas.

Conclusiones: La utilización de un registro integrado para el seguimiento de pacientes crónicos deriva de la necesidad de realizar una atención de calidad a los pacientes con varias patologías, fenómeno de alta prevalencia entre nuestros crónicos. Se favorece la atención a **personas** más que a **patologías**, se evitan duplicidades de exploraciones y pruebas complementarias, que se unifican con este modelo. Se realiza una evaluación conjunta y el seguimiento se enriquece con la observación directa y única de todos los problemas de salud. Se detectan precozmente FRCV y el tratamiento se racionaliza y se evita la ya-trogenia. Las actividades preventivas se hacen coherentes con todos los riesgos para la salud que presenta el paciente en su entorno y momento concreto.

COMUNICACION ORAL 4

INTEGRACION DE LA DOCUMENTACION MEDICA ENTRE LA ATENCION PRIMARIA Y LA ATENCION ESPECIALIZADA

J. Sánchez, X. Salvador, J. Ribera, M. Fuentes, J. M. Lisbona, P. Borrás, M. E. Gil, M. Culubret, J. M. Casanellas

Societat Catalana de Documentació Mèdica. Barcelona

Introducción: En Cataluña, hasta hace poco, la organización de la atención primaria y especializada correspondía a un modelo configurado por tres niveles asistenciales que mantenían escasa comunicación. La continuidad asistencial como elemento de calidad de la atención sanitaria hace necesaria la existencia de vías de comunicación e interrelación entre los diferentes niveles y servicios. Esto incide en la necesidad de reordenar el modelo hacia una estructura de dos niveles conectados entre sí: la atención primaria y la especializada. Para dotar a este modelo de sistemas de información útiles y de calidad es preciso analizar las necesidades de información y crear mecanismos de comunicación entre dichos niveles.

Objetivos: Exponer la política de mejora de la calidad asistencial que asegure la continuidad, accesibilidad y satisfacción del usuario en la solución de los problemas de salud. Revisión de las actuaciones iniciadas para facilitar la comunicación entre los dos niveles. Descripción de algunos circuitos existentes en diferentes entornos y valoración de las herramientas documentales empleadas.

Material y métodos: Se organizan 4 grupos de trabajo constituidos por profesionales de los siguientes ámbitos: 1) Planificación: revisión histórica y contexto actual del modelo de atención primaria y especializada en Cataluña, como punto de partida para el análisis de la integración de la información entre ambos niveles. 2) Atención primaria: aproximación a la situación actual de los mecanismos de comunicación existentes entre los dos niveles a partir de la presentación de tres modelos. 3) Atención

hospitalaria ambulatoria: necesidades de información a nivel estratégico, táctico y operativo a partir de la descripción de un programa multidisciplinar orientado a la atención global de un problema de salud crónico. 4) Documentación clínica: descripción de algunas experiencias de codificación en atención primaria con las clasificaciones CIE-9-MC y CIE-9-AP2.

Resultados principales: Exposición de las políticas y acciones iniciadas en el seno del Servei Català de la Salut, dirigidas a la intercomunicación y coordinación entre los dos niveles.

Descripción de tres modelos existentes en la atención primaria: un modelo clásico de tres niveles desagregados, uno de dos niveles en el que la asistencia especializada se integra dentro de la estructura de la atención primaria y uno de dos niveles en el que la atención especializada se ubica en el hospital.

Presentación de un caso concreto de seguimiento multidisciplinario de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que pone de relieve la participación cada vez más activa de los hospitales en la cobertura de la atención especializada.

Valoración de las herramientas documentales utilizadas con más frecuencia en la codificación clínica, analizando su idoneidad en el intercambio de información entre los dos niveles.

Conclusiones: Es necesario avanzar en la línea de prestar al usuario una asistencia lo más integral posible. El hecho de disponer de sistemas de información que faciliten la continuidad asistencial eviten duplicidades y agilicen los procesos, conducirá a la obtención de la equidad, eficiencia y calidad que todos deseamos.

COMUNICACION ORAL 5

EVALUACION DE LA «NO ASISTENCIA» DE LOS PACIENTES A LAS CITACIONES EN CONSULTAS EXTERNAS

F. Ortiz Monzó, A. Romero Gutiérrez, V. Martínez Galán, E. Barreiro González

Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Servicio de Admisión y Documentación. Toledo

Introducción: Desde la implantación del sistema de citación de pacientes en el área ambulatoria de los hospitales, uno de los múltiples problemas que se han planteado, consiste en la ausencia de los pacientes a dicha citación. La reciente informatización de las citaciones de consultas externas del Complejo Sanitario de Toledo y sobre todo del Centro de Consultas Externas Virgen de la Salud (actualmente al 98 % de citación informatizada), está permitiendo poder obtener una información más completa sobre la actividad en las distintas Especialidades que se ofrecen.

Objetivos: Evaluar las distintas variables que se recogen en el registro de consultas externas para encontrar datos significativos que ayuden en la toma de decisiones y poder plantear soluciones a las ausencias de los pacientes a dichas consultas en nuestro medio.

Material y métodos: Durante el año 1994 se ha recogido un registro que afecta a 85.086 citaciones de pacientes nuevos. Este registro contiene las siguientes variables: número de Historia Clínica, número de registro, día de la cita, día de la solicitud, hora de la cita, hora de la solicitud, fecha de programación de la cita, persona y área solicitante, tipo de paciente, realización de la consulta, tipo de la agenda, agenda y facultativo que realiza la consulta, paciente normal o preferente, estado del seguimiento del paciente, edad, sexo, y variables demográficas.

Las variables se han tratado mediante análisis multivariante (Regresión logística dicotómica) con un programa realizado por Luis Carlos Silva Ayçaguer. Este análisis se ha realizado por especialidades (Cardiología, Cirugía, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Ginecología, Neumología, Obstetricia, Oftalmología, O.R.L., Neurología, Reumatología, Traumatología y Urología).

Resultados: El fallo de la cita globalmente fue del 15,63 %, datos que varían de un 4 % en Aparato Digestivo a un 22 % en Dermatología. Los resultados obtenidos han sido significativos respecto a la demora con una odds ratio de 0,99 y un valor de Z de 2,15 cuando se controlaban las otras variables, como preferencia o no, edad, sexo y distancia kilométrica de la población al Centro de Consultas Externas. El resto de variables no resultaron significativas cuando se controlan el resto. Se hace una descripción completa de los resultados por Especialidad con las curvas de probabilidad de no asistencia en función de la demora en la citación.

Conclusiones: Es necesario aunar todos los esfuerzos para conseguir que las demoras en la citación no sean elevadas ya que esto conlleva a un aumento significativo del tanto por ciento de ausencias en las consultas externas, con la consiguiente pérdida de recursos materiales y humanos en la atención sanitaria ambulatoria y crea un círculo vicioso al aumentar más la demora.

COMUNICACION ORAL 6

ANALISIS DE LA AUDITORIA DEL CMBD 1993 EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD

S. Ayala

Subdirección General de Atención Especializada. Dirección General del INSALUD. Madrid

Introducción: La obligatoriedad en la recogida del CMBD en los hospitales del Insalud data de 1992. Desde esta fecha, los hospitales han ido aumentando progresivamente el número y porcentaje de altas codificadas (85 % en 1994). Ante este incremento cuantitativo, el Insalud consideró oportuno realizar una auditoría sobre la calidad de los datos del CMBD durante el año 1994.

Objetivos:

1. Elaboración de un cuestionario de auditoría y definición de los procedimientos.
2. Selección de una muestra aleatoria de altas codificadas en los 23 hospitales auditados y recodificación de las muestras por los equipos de auditores (codificadores seleccionados de los 23 hospitales).
3. Comparación de los resultados obtenidos con la muestra previamente codificada por el hospital.
4. Aplicación del programa GRD, de medición del producto hospitalario, a ambas muestras.

Resultados: El % de altas codificadas sobre las altas producidas se encontraba entre el 96 % y el 100 % en 13 de los 23 hospitales (56 %), entre el 81 % y el 95 % en 8 hospitales (35 %) y

entre el 60 % y el 75 % en 2 hospitales (9 %). El número medio de diagnósticos por alta fue de 2,35, y el de procedimientos de 1,21. El porcentaje de errores en la mecanización de los datos fue menor del 1 % en 14 hospitales (61 %), del 1 % al 5 % en 8 hospitales (35 %) y mayor del 5 % sólo en 1 hospital (4 %).

El porcentaje medio de errores en la elección del diagnóstico principal fue del 19,5 %. El porcentaje medio de error en la asignación de códigos fue del 8 %. El porcentaje medio de variación del índice de case mix entre las dos muestras (original y recodificada) debido a la modificación de las GRDs asignadas fue del 12,5 %.

Conclusiones:

1. Los resultados generales obtenidos son valorados como de nivel medio de adecuación y suficientemente satisfactorios.
2. La realización de la Auditoría ha aportado valores añadidos, como la elaboración de una guía o sistema de homologación de la codificación del CMBD y formación continuada para el propio personal auditor.
3. La calidad del CMBD del hospital influye de manera importante en la asignación de un proceso a un determinado GRD, con las consiguientes variaciones en el índice de case mix del hospital.

COMUNICACION ORAL 7

ESTUDIO DE LA ESTANCIA MEDIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA COMPARANDO PERIFERICOS Y NO PERIFERICOS

P. Rodríguez Manzano, I. Corella Monzón, D. Pastor San Millán, C. Gómez Hormigos,
A. Moreno González

Complejo Hospitalario Móstoles - Alcorcón. Madrid

Introducción: En el Hospital de Móstoles desde hace aproximadamente dos años, se ha incrementado el número de pacientes de Medicina Interna, que se ingresan periféricos, es decir, ingresan en unidades de enfermería asignadas a otros servicios. En algunos meses el índice de ocupación de Medicina Interna es del 150 %. Tradicionalmente se piensa que los pacientes ingresados en otras unidades de enfermería son tratados de forma diferente a aquellos que ingresan en la unidad correspondiente al servicio responsable. Comparar determinados indicadores en pacientes de Medicina Interna: ingresados en una unidad de enfermería y otro, puede verse sesgado por el tipo de patología que se selecciona para cada Unidad, por eso hemos intentado salvar este problema comparando aquellos pacientes que el programa de medición del «case-mix» PMC (Patient Management Categories) ha asignado al mismo grupo.

Objetivos: Comparar la estancia media de los enfermos atendidos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (PMC 401) según hayan ingresado periféricos o no periféricos, ajustando por edad y el Peso de Intensidad Relativa (PIR).

Material y métodos: Se utilizará el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas de Medicina Interna correspondientes a los meses de enero y febrero de 1995. Utilizando el fichero de pacientes ingresados se identificarán los pacientes periféricos de los no periféricos, se aplicará el programa PMC y se seleccionarán los pacientes ingresados que han sido asignados al PMC 401, se compararán la estancia, edad y PIR (Peso intensidad relativa) de cada grupo de regresión múltiple (análisis de covariación). La variable dependiente será la duración de la estancia y como variables independientes se introducirán como factor de estudio la característica periférico o no periférico y como covariables la edad y el PIR.

Resultados y conclusiones:

- Los pacientes ingresados periféricos no tienen una estancia mayor que los no periféricos.
- Los pacientes ingresados y dados de alta periféricos tienen una estancia significativamente menor (3 días) que los no periféricos.

COMUNICACION ORAL 8

CALIDAD DE LOS REGISTROS Y SU REPERCUSION EN LA ASISTENCIA

I. Gómez Blázquez, J. Federero y J. A. Mora

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: El registro de los datos de filiación del enfermo de forma completa y correcta es fundamental para una asistencia clínica adecuada a los niveles que se exigen actualmente. Un registro deficiente o inexacto va a acarrear problemas de identificación del paciente posteriormente, repetición de pruebas complementarias o incremento del coste de la asistencia.

Objetivos: Los objetivos de esta comunicación son:

- Cuantificar la duplicidad de la apertura de historias clínicas durante el año 1994 en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, en cada uno de los Servicios que las generan: Admisión General Hospitalaria y Consultas Externas.
- Dentro del grupo de Historias duplicadas, estudiamos los casos de citas nuevas asignadas erróneamente en lugar de revisiones, así como los ingresos nuevos que en realidad son reingresos.
- Identificar las causas y detectar los circuitos donde se producen así como su validez, para proponer medidas destinadas a subsanar estas deficiencias.
- Evaluar los costos derivados de estas deficiencias.

Material y métodos: Sobre un total de 39.861 historias abiertas informáticamente durante el año 1994, se obtuvo una muestra de 1.000 casos extraídos al azar. En cada caso de la muestra se comprobó la existencia de otro(s) número(s) de Historia para el mismo paciente; el Servicio que realizó la apertura, la calidad del registro creado; la existencia real en archivo de Historias Clínicas de la documentación correspondiente y su localización en su caso.

Resultados principales y conclusiones: Se observaron las siguientes incidencias:

- Registros incompletos y errores en los datos de filiación.
- Duplicaciones de historias a un mismo paciente, por varios motivos a detallar.
- El mayor número de duplicidades se produce en el Servicio de Admisión General Hospitalaria.
- Estas deficiencias en el registro suponen un coste económico y humano para el Sistema Sanitario y el paciente.

COMUNICACION ORAL 9

CORRELACION CLINICO-ANATOMO PATOLOGICA EN PROCESOS ABDOMINALES URGENTES INFECCIOSO-INFLAMATORIOS DE ETIOLOGIA DIGESTIVA

A. Lara Blanquer, A. Jiménez Puente, L. Lorenzo Noguciras

Hospital Costa del Sol. Unidades de Documentación y Evaluación y Control. Marbella. Málaga

Introducción: La correlación entre el Diagnóstico Clínico y Anatomopatológico es un óptimo control de calidad para los procesos quirúrgicos tratados en el Hospital.

Objetivos: Determinar la relación entre diagnóstico clínico pre y postoperatorio y diagnóstico anatómopatológico en procesos quirúrgicos abdominales urgentes, como indicador de calidad. Detectar los diagnósticos en que con más frecuencia se produce disociación entre ambos.

Material y métodos: Se analizaron todas las altas del Hospital Costa del Sol (Marbella; Málaga) durante 1994, cuyo diagnóstico pre ó postoperatorio apuntara a patología infecciosa-inflamatoria abdominal, de tipo digestivo: Apendicitis y colecistitis agudas, patología biliar obstructiva, diverticulitis intestinal y peritonitis. Se codificó mediante CIE-9-MC el diagnóstico clínico pre y postoperatorio y el diagnóstico anatómopatológico en todos los casos.

Resultados principales: De los 232 episodios con diagnóstico preoperatorio Apendicitis Aguda, la AP confirmó un 83,19 %. La concordancia ascendió al 88,53 % entre diagnóstico de alta y AP. En los 63 episodios con diagnóstico clínico postoperatorio de colecistitis y patología biliar obstructiva (CIE-9 574 y 575), la concordancia clínica y AP se situó en el 60,32 %. Las mayores divergencias se produjeron en los diagnósticos clínicos de colecistitis sin mención de colecistitis (CIE-9 574.2) en que el diagnóstico AP detectaba ésta.

Conclusiones: En las Apendicitis Agudas hay una elevada concordancia entre diagnóstico clínico y AP. En el caso de la patología biliar aguda, hay una considerable disociación entre la definición clínica de colecistitis o no, y de ésta como aguda y crónica y el diagnóstico AP. Se presentará la comparación de los presentes resultados con las referencias existentes en la bibliografía.

COMUNICACION ORAL 10

VALIDACION EXTERNA DEL REGISTRO DEL CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS DEL ALTA HOSPITALARIA (CMBDAH) DE CATALUÑA. AÑO 1993

X. Salvador, M. Bustins, T. Salas, G. Barba

Servicio Catalán de la Salud, Área Sanitaria. Barcelona

Introducción: Los registros sanitarios permiten obtener información sobre determinados problemas de salud y proporcionan elementos útiles para la aplicación y gestión de los recursos en política sanitaria. La validación externa es un instrumento básico para conocer la calidad de la información de un registro y poder priorizar las actuaciones dirigidas a mejorarla.

Objetivos: Conocer la concordancia entre la información de los diagnósticos y procedimientos del Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) de Cataluña y la que consta en los informes de alta originales.

Material y métodos: Para el estudio de validación externa se ha utilizado la información del registro del CMBDAH del primer semestre de 1993: 297.944 altas notificadas por 76 hospitales de agudos, de los cuales 69 pertenecen a la Red de hospitales de utilización pública (XHUP) y 7 son privadas.

Se ha seleccionado una muestra aleatoria de 9.990 altas de 75 hospitales estratificados en 24 categorías diagnósticas, definidas en base a los grandes grupos de la CIE-9-MC. Se han subdividido los grupos de sistema nervioso y órganos sensoriales [sistema nervioso, ojo y oído], aparato circulatorio (cardíaco y vascular), aparato digestivo (médico y quirúrgico) y aparato genitourinario (genital femenino y genital masculino/urinario). También se han considerado como categorías la clasificación del código V y la de diagnóstico desconocido.

El trabajo de campo se ha realizado en cada uno de los hospitales, por un equipo de documentalistas que ha recodificado las variables clínicas a partir de fotocopias de los informes de alta seleccionados.

Resultados principales: De las 9.990 altas seleccionadas se han recodificado 9.522 (95,3 %); en 468 (4,7 %) altas no ha sido posible obtener el informe de alta. Las altas de la categoría de diagnóstico desconocido se han analizado por separado.

La media de diagnósticos por alta de la muestra es de 1,8 y de 2,4 en la validación.

Con concordancia del diagnóstico principal a 5 dígitos es del 51 % porcentaje que aumenta al 70 % si se analiza a 3 dígitos. El 11 % de las altas no concuerda a tres dígitos por problemas de indexación.

De la categoría de diagnóstico desconocido se ha recuperado información en el 77 % de las altas, que corresponden básicamente a neoplasias, aparato respiratorio, lesiones y códigos V.

El porcentaje de altas con procedimientos informados en la muestra es del 52 % y del 61 % en la validación. En el 34 % de las altas no consta ningún procedimiento ni en la muestra ni en la validación. En el 47 % de las altas consta primer procedimiento tanto en la muestra como en la validación. De estas altas, la concordancia a 4 dígitos es del 64 % porcentaje que aumenta al 81 % si se analiza a 2 dígitos.

Conclusiones: El análisis de los resultados de la validación externa pone de manifiesto la necesidad de trabajar fundamentalmente en tres aspectos directamente relacionados con la información de los diagnósticos y procedimientos: homogeneizar los criterios de codificación, aumentar el número de diagnósticos y procedimientos informados e incrementar la especificidad en la codificación.

COMUNICACION ORAL 11

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA CODIFICACION EN LOS HOSPITALES DE OSAKIDETZA / SERVICIO VASCO DE SALUD

A. B. Montero, M. Mendiburu, P. Schmitt

Hospitales de Galdakao, Ntra. Sra. de Aránzazu y Servicios Centrales de Osakidetza. Vizcaya/Gipuzkoa/Gasteiz

La información hospitalaria se basa en gran medida en los datos, administrativos y clínicos, recogidos a partir de las altas de los enfermos ingresados.

La codificación de los datos clínicos permite que esta información sea posteriormente recuperada para la docencia, la investigación, la gestión y la planificación. Por lo tanto, la calidad de la información recogida se basa en gran parte en la correcta codificación.

Se plantea la necesidad de conocer cuál es la situación actual de la codificación en los hospitales de la red de Osakidetza realizada con la CIE-9-MC. Para ello, se ha revisado la codificación de diagnósticos e intervenciones de 6 hospitales que representan el 73 % de las altas de la Comunidad. En cada uno de estos hospitales se han seleccionado 150 episodios asistenciales de forma aleatoria y estratificados por servicios.

Se han revisado un total de 819 episodios con 1.723 diagnósticos y 404 intervenciones. Se han analizado los siguientes puntos:

- Errores en el diagnóstico principal, tanto en la indización como en la codificación.
- Errores de codificación en diagnósticos e intervenciones.
- Errores en la indización de diagnósticos secundarios, tanto en exceso como en defecto.

El porcentaje total de errores supone un 15,6 % en los diagnósticos y un 13,4 % en las intervenciones. Se determina así el mismo tipo de error, a nivel de capítulo, categoría, subcategoría y subclasificación. Se destacan las fuentes de error más frecuentes así como su posible solución a nivel práctico.

COMUNICACION ORAL 12

COMPARACION DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION OBTENIDA CON DOS METODOS DIFERENTES DE EXTRACCION DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE ALTAS HOSPITALARIAS

T. Parra Fragua, M. García Blanco, R. Mendizábal Ortega, M. S. Vicente Mateos

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca

Desde principios de 1994, se utiliza un método nuevo para la extracción y codificación de los datos que contienen las historias clínicas de pacientes dados de alta hospitalaria (CMBD y otros). Si bien la finalidad inicial del mismo era el ahorro de tiempo y de trabajo rutinario, pronto observamos que además se producía un aumento en la calidad de la información por lo que nos hemos propuesto como objetivo valorar cuantitativamente en qué medida esta observación era cierta.

Para ello se ha realizado un estudio prospectivo doble ciego sobre 100 historias de hospitalización, escogidas aleatoriamente entre las altas codificadas en la Unidad durante 10 días a razón de 10 historias/día, a las que se les aplicaron los dos sistemas de extracción de datos: el sistema anterior y el nuevo a los que denominamos A y N respectivamente. Una vez concluida la codificación e introducción de los datos en las bases se han comparado de nuevo con la historia para detectar todos los errores.

Descripción de los métodos:

- Método A: 1) Paso de datos a ficha. 2) Codificación MANUAL de diagnósticos y procedimientos. 3) Introducción de datos en la base.

- Método N: 1) Paso de datos a ficha. 2) Codificación MANUAL procedimientos. 3) Introducción y verificación de datos en el DIAS. 4) Introducción del literal del diagnóstico. 5) Codificación AUTOMATICA de diagnósticos. 6) Asignación de códigos a los literales nuevos que no se codifican automáticamente.

Resultados:

- El 50 % de los registros método A presenta algún error frente al 33 % que presentan por el método N ($p < 0,05$).
- De 2.193 items recogidos: de 3,9 % método A al 1,8 % método N ($p < 0,001$).
- De 253 diagnósticos error en código: 17 % método A al 7,1 % método N ($p < 0,001$).
- Del total de datos administrativos errores: 1,0944 % método A al 0,0456 % método N ($p < 0,001$).

Conclusiones: El método N mejora ostensiblemente la calidad de la información recogida, tanto en lo que se refiere a la codificación de diagnósticos como a los datos administrativos.



COMUNICACION ORAL 13

LA CALIDAD DE UN SISTEMA DE INFORMACION BASADO EN LA CODIFICACION CLINICA

*A. Fuentes Ruiz, *B. Raposo Mosquera, **P. Prats León

*Unidad de Calidad y Codificación de Historias Clínicas. **Unidad Clínico-Epidemiológica. Hospital Universitario San Carlos de Madrid, Madrid

Introducción: La presente comunicación puede inscribirse dentro de las experiencias prácticas sobre el control de la calidad de los sistemas de información. Su **fundamento** consiste en evaluar la utilización de un lenguaje normalizado, la codificación clínica, como herramienta para la detección de los problemas cualitativos que afectan a la información hospitalaria.

Objetivos: El **objetivo** fundamental de este trabajo consiste en realizar un estudio comparativo entre dos sistemas de codificación clínica paralelos, uno centralizado y otro periférico individualizado, aprovechando determinadas circunstancias particulares preexistentes en la Institución de referencia, para comprobar la utilidad real de cada uno de ellos.

Material y métodos: Se parte del estudio del sistema de información de altas hospitalarias del Centro, analizando el sistema antecedente en el Hospital, y su adaptación a los requerimientos derivados de la implantación del CMBD. Los datos utilizados corresponden fundamentalmente al primer semestre de 1994. Se describen los subsistemas informáticos empleados, uno macroinformático y otro microinformático. Desde el punto de vista de la estadística automatizada se ha usado el paquete SPSS, confeccionándose salidas locales comparadas similares

a las estatales. Para la investigación del grado de concordancia de la codificación se ha utilizado la transformación kappa. Se han estudiado los criterios de secuenciación de los diagnósticos empleados por los facultativos responsables, así como la tipología de los errores hallados con mayor frecuencia.

Resultados: Se concretan en los siguientes puntos: incremento de la captura de diagnósticos de alta, aumento en la elaboración de informes clínicos de alta definitivos, mayor variedad y especificidad del fichero de diagnósticos obtenido, calidad superior del fichero citado desde el punto de vista epidemiológico, idoneidad del empleo de diagnósticos tipificados para evaluaciones funcionales de servicios médicos similares y utilidad de la elaboración de tablas de diagnósticos, en función de su grado de concordancia, para investigar problemas informativos.

Conclusiones: La conclusión fundamental se resume en la superioridad del establecimiento de sistemas de información centralizados a nivel institucional, sin perjuicio de la existencia de una comunicación permanente con los servicios médicos, y su implicación en el proceso de codificación clínica a través de la realización de una labor de índole cultural en este sentido.

COMUNICACION ORAL 14

INFORME CLINICO DE TEXTO LIBRE VERSUS INFORME STANDARD

M. F. Aliaga Matas, D. García Ruipérez, A. González Gómez, E. Aguinaga Ontoso,

F. San Eustaquio Tudanca, M. A. Egea Valera

Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia

La utilización de la informática en los hospitales, sobre todo de los procesadores de textos, está generando la creación de informes de alta de texto estándar para procesos que a juicio de los clínicos tienen un mismo diagnóstico y tratamiento. Los informes así elaborados no responden al objetivo que debe cumplir el informe de alta, que es fundamentalmente el de informar al paciente sobre todas las actuaciones que se han llevado a cabo durante su episodio asistencial.

Por otra parte, a la falta de calidad en la información al usuario que presentan estos informes, hay que añadir la deficiente información que ofrecen respecto al CMBD, con sus repercusiones en el proceso de recuperación de la información; con estos informes no se puede conocer la complejidad real de cada caso, ya que se omite la patología prevalente que requiere un tratamiento específico y supone mayor gasto para el hospital.

Si se pretende codificar con el informe de alta (práctica bastante extendida en los hospitales debido a la falta de personal sa-

nitario que pueda indexar la hoja estadístico-clínica a partir de la historia clínica), la pérdida de información resulta evidente.

El objetivo del presente trabajo es poner de manifiesto lo indicado en la introducción, analizando todas las altas hospitalarias de pacientes intervenidos de cataratas durante un mes en un hospital, a los que sistemáticamente se les hace el informe de alta estándar, recogiendo los diagnósticos y procedimientos que se indican en estos informes y contrastándolos con la información que se pueda recoger a partir de la historia clínica oftalmológica (historia de la consulta), diario médico y hoja de protocolo quirúrgico del episodio en cuestión.

Los resultados obtenidos indican que en más de 50 % de los episodios, existen enfermedades prevalentes no indicadas en el informe, o algún tipo de complicación que no se ha reflejado en el mismo. Por tanto, su utilización indiscriminada aún en episodios aparentemente poco complicados supone una merma en la calidad de la información que se presta tanto al paciente como al propio centro.

COMUNICACION ORAL 15

SCAn V.1.2. SISTEMA DE CODIFICACION ASISTIDA BASADO EN CIE-9-MC. RENDIMIENTO, ACTUALIZACION Y APLICACIONES

A. Romero Gutiérrez, M. D. Sánchez de los Silos, J. M. Ruiz Manso, F. Ortiz Monzó
Hospital «Virgen de la Salud». Toledo

Introducción: El sistema de codificación asistida tiene como objetivos optimizar el rendimiento en la codificación, la calidad de los registros, las tareas de control, el mantenimiento de clasificaciones y terminología, y el aprendizaje de CIE-9-MC.

Objetivos:

1. Evaluar de forma sistematizada el rendimiento de la codificación con CIE-9-MC usando un sistema de codificación asistida, y compararlo con el que se obtienen por métodos tradicionales.
2. Evaluar la utilidad de un método avanzado de actualización de bases de datos de terminología para la codificación con CIE-9-MC.

Material y métodos

1. Se codificaron las variables clínicas del CMBD para 500 procesos clínicos seleccionados de forma aleatoria, con un sistema de codificación asistida (SCAn v. 1.2.1) y por el procedimiento de codificación manual (PCM). Se estudiaron los rendimientos a partir del tiempo utilizado, n.º de códigos válidos obtenidos y tiempos ajustados por la tasa de error.

2. Para la totalidad de las expresiones clave codificadas, se determinó el resultado de la búsqueda en los índices alfabéticos de CIE-9-MC y en una versión local actualizada sobre la base de datos de CIE-9-MC.

Resultados principales: El rendimiento global relativo de SCAn frente al PCM, medido por tiempo utilizado en la codificación de los casos fue del 300 %. La tasa de error estimada fue de 15 % para SCAn y de 18 % para PCM. La proporción de no agrupables (GRD 470) y de diagnóstico principal no válido (GRD 469) fue equivalente para los dos procedimientos. El resultado de la búsqueda directa fue positivo en un 85 % con SCAn, frente a un 71 % con el PCM.

Conclusiones: El sistema de codificación asistida aporta ventajas de rendimiento en la generación del componente clínico del CMBD. Los métodos de mantenimiento de índices alfabéticos pueden ser muy útiles para homogeneizar los resultados de la codificación y actualizar de forma ágil las bases de datos de terminología.

COMUNICACION ORAL 16

CALIDAD EN LA GESTION DE LA ACTIVIDAD NO ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE DOCUMENTACION CLINICA

D. García Ruipérez, A. González Gómez, M. F. Aliaga Matas, E. Aguinaga Ontoso,
F. San Eustaquio Tudanca, M. A. Egea Valera
Hospital General de Albacete. Albacete

Si la actividad asistencial es la razón fundamental de la centralización, unificación y conservación de la información contenida en el documento princeps, como se considera a la historia clínica, cada vez adquiere mayor relevancia su uso para otras actividades como la Investigación y Docencia dentro del propio hospital y fuera de él por necesidades del propio paciente en su relación con otras instituciones públicas y privadas, o la vez que estas mismas instituciones recaban información directamente.

A partir de mayo de 1991, hemos ido mejorando la calidad del registro de las peticiones de información no asistencial, que ha sido paralela a la mejora de la calidad de la actividad global del Servicio de Documentación y Archivo. Con los resultados obtenidos durante estos cuatro años, nos hemos propuesto analizar en este estudio, las peticiones externas en cuanto a la evolución en el tiempo cuantitativamente de las solicitudes de la información, el circuito de las mismas, el tipo de información y el motivo de la misma, con el fin de conocer la realidad en cuanto a cargas de trabajo, posible coste, agilizar y facilitar la tramitación y diseño de protocolos de actuación, con el objetivo global de elevar el nivel de calidad en el desarrollo de esta actividad.

Se ha realizado un estudio descriptivo simple de los documentos de petición de información al Servicio de Documentación Clínica desde mayo de 1991 hasta finales de diciembre de 1994. La fuente de datos han sido los documentos de petición,

haciendo un estudio global y promenorizado de: 1) Procedencia de la petición: Juzgado, Inspección, Atención al Paciente, Otras hospitales, el propio usuario, y los circuitos de llegada a Documentación; 2) El tipo de soporte documental solicitado (escrito, iconográfico); 3) Tipo de la información y contenido, así mismo se ha valorado el nivel de cumplimentación del protocolo establecido para la petición y requisitos exigidos.

La evolución a lo largo de los años del número de peticiones se caracteriza por un ascenso importante del año 92 al 93, en el que se duplica el n.º en un 51 %, estabilizándose en el año 94, con una ligera tendencia al descenso (44 solicitudes menos). El mayor volumen se gestiona a través de Atención al Paciente. Existe un importante aumento de las peticiones por parte del Juzgado durante 1993, respecto al año anterior y al posterior. El soporte fundamental es el escrito y el de material radiográfico. Durante 1993 se duplican el n.º de placas reproducidas, y continua su aumento durante 1994. Los motivos por parte de los peticionarios, no difieren con respecto a los años anteriores. Se ha conseguido reducir la complejidad de los circuitos, centralizándose a través de tres fundamentalmente (Atención al Paciente, Asesoría Jurídica, Dirección).

Del análisis de los resultados se deduce que el Servicio ha mejorado en calidad, y simplificación de los circuitos. Pensamos que la reducción de las peticiones podría estar relacionada con las exigencias estrictas establecidas para su solicitud, previas a proporcionar la información.

COMUNICACION ORAL 17

EVALUACION Y USO DE DIFERENTES SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES

M. Rovira, J. Esperalba, P. Navarro, M. Raurich, T. Soler

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción: Los hospitales necesitan disponer de un sistema de información clínica, que permita conocer qué se hace, qué enfermedades se tratan, cómo se atienden los pacientes y con qué resultados. La mayor parte de los sistemas actualmente están centrados en los pacientes hospitalizados, fundamentalmente, por que se dispone de un Conjunto Mínimo Básico de Datos de cada alta hospitalaria (CMBD-AH), siendo los sistemas de agrupación de pacientes que utilizan el CMBD-AH los más utilizados (Grupos relacionados por el diagnóstico [GRD's], Patient Management Categories [PMC's], Disease Staging, etc.).

Objetivos: Evaluar y comparar los resultados obtenidos utilizando diferentes sistemas de clasificación de pacientes y la satisfacción de los usuarios.

Material: Se utiliza la base de datos correspondiente a las altas hospitalarias durante el año 1993, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona; 25.244 altas, y se utilizan cinco sistemas de clasificación.

Una agrupación interna realizada con los médicos asistenciales de cada uno de los servicios, que tiene una explotación mensual, un sistema que agrupa diagnóstico relacionados con los diferentes procedimientos (ADP's), los grupos relacionados por diagnósticos (GRD's) y la agrupación por categorías de pacientes (PMC's), la explotación realizada por el Servei Català de la Salut del CMBD-AH.

Método: Se analiza el número de grupos necesarios para explicar el mismo porcentaje de patologías, el número de casos que quedan sin agrupar, la satisfacción de los diferentes usuarios de cada una de las agrupaciones analizadas, la identificación de los diferentes programas asistenciales desarrollados en el Hospital.

Resultados: El sistema de clasificación de pacientes ideal no existe, la elección de uno u otro sistema depende del usuario, qué fines se le va a dar a la información, qué se quiere analizar, niveles de comparación, etc.

COMUNICACION ORAL 18

ESTUDIO DE LA CORRELACION ENTRE CLASIFICACIONES INTERNACIONALMENTE ACEPTADAS DE LA INFECCION POR V.I.H.

F. Espinola Arias, J. Ampuero Ampuero

Hospital Comarcal de Melilla. Melilla

Introducción: Desde que en 1981 surgieron los primeros casos, se vio la necesidad de clasificar la infección por V.I.H.

Se pretende comparar las clasificaciones de la infección por V.I.H. de los Center for Diseases Control (CDC) de 1987, los CDC de 1993, la Revisión para Europa de 1993 CE-OMS, y la CIE-9-MC.

Objetivo: Comprobar la correlación entre las distintas clasificaciones.

Material y método: Se han incluido 52 pacientes atendidos en la Unidad de V.I.H. del Hospital comarcal de Melilla entre abril de 1993 y marzo de 1995, tanto de pacientes hospitalizados como los atendidos en Consultas Externas.

Se han analizado las historias clínicas aplicando a cada una de ellas las distintas clasificaciones descritas.

Resultados: La clasificación de los CDC de 1987 ha revelado 27 pacientes (51,92 %) en el grupo II, y 25 (48,07 %) en el grupo IV, con 15 casos de Sida (28,84 %).

Según la clasificación de la CDC de 1993, se han observado 18 pacientes (34,61 %) de la categoría A, 4 (7,69 %) de la categoría B, 17 (32,69 %) de la categoría C, y 13 (25 %) no filiados; con 21 casos de Sida.

La Revisión en Europa 1993 CE-OMS, muestra 16 casos de Sida (30,76 %).

Según la CIE-9-MC, se han incluido a 25 pacientes (48,07 %) en los Códigos 042.0 y 042.1, identificados como Infecciones por V.I.H. con afectaciones especificadas, incluye Sida, y a 27 pacientes (51,92 %) incluidos en el código 795.8 de Positividad serológica para el virus V.I.H.

Conclusiones: La CIE-9-MC, es lo que identifica más casos de Sida, pero no tiene en cuenta la cifra de leucocitos CD4 ni la historia natural de la enfermedad.

La clasificación de los CDC de 1993, la más utilizada, muestra 21 casos de Sida, revelando más casos que la de la CDC de 1987 (15) y que la Revisión en Europa de 1993 (16).

La clasificación que se utiliza en España (Revisión en Europa 1993, CE-OMS), sólo ha revelado 15 casos de Sida, por lo que quedan casos de Sida sin notificar con respecto a la de los CDC de 1993.

Creemos que se deberían unificar criterios, para encontrar un sistema de clasificación específico y uniforme, y que no varíe según el enfoque de la clasificación o utilizar: clínico, epidemiológico, etc.

COMUNICACION ORAL 19

LOS SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES: UN MODELO DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

P. Molina, R. Rodríguez, F. Vilanova, A. Castro

Complejo Hospitalario «Arquitecto Marcide-Novoa Santos». Ferrol. La Coruña

Introducción: La utilización de agrupadores en la gestión diaria de los hospitales, ha permitido no sólo la explotación de determinados datos (C.M.B.D.), sino que también constituyen un modelo para la utilización de otros tipos de datos, desarrollando subsistemas de información basados en la casuística.

En nuestro Hospital, siguiendo este modelo, se han creado una serie de clases que agrupan las intervenciones quirúrgicas en el realizadas en función del procedimiento principal (codificando todos los procedimientos con la CIE-9MC) y utilizando el factor «tiempo de quirófano», como coeficiente de medida de las distintas clases creadas.

Objetivos: Abrir un nuevo camino en la explotación y presentación de la información recogida en el área quirúrgica y su uso para comparar servicios, asignar costes y conocer las necesida-

des futuras de utilización del recurso «quirófano», en función de las intervenciones pendientes de realizar y que se recogen en las famosas «Listas de Espera».

Material: Datos recogidos de la «sábana de quirófanos» de todas las intervenciones de 1993.

Método: Agrupación de las intervenciones a partir del procedimiento principal y estudio de dicha agrupación a partir del tiempo de quirófano, calculando media y coeficiente de variación.

Resultados principales y conclusiones: A partir de estos datos y con esta metodología se crea un sistema de agrupación capaz de medir la complejidad de las intervenciones en base al factor tiempo, comparar la producción por servicios y conocer el coste de quirófano.

COMUNICACION ORAL 20

CLASIFICACION DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA QUIRURGICA SEGUN LA CIE-9-MC

*A. J. Ramón Martín-Vegue, *C. Elvira Martínez, **S. García de San José, **D. Martínez Patiño,
*J. A. Sánchez Fernández

*Servicio de Admisión. **Medicina Preventiva. Hospital «La Paz» del INSALUD. Madrid

Introducción: La codificación de los diagnósticos motivo de inclusión de pacientes en lista de espera quirúrgica según la CIE-9MC es un ítem de obligada cumplimentación para los hospitales del INSALUD, según la circular 3/94 sobre criterios de inclusión y registro de la demanda quirúrgica y de la lista de espera.

El uso de la CIE-9MC, la codificación múltiple y la dispersión de códigos pueden plantear dificultades a la hora de escoger el nivel de asignación (categoría, subcategoría, etc.) y la recuperación de información.

Objetivos:

1. Conocer el número de códigos necesarios para clasificar al menos el 90 % de todos los diagnósticos y/o procedimientos de inclusión de lista de espera.
2. Clasificar los códigos utilizados por servicios quirúrgicos.

Material y método: Se ha utilizado para el estudio la base de datos de lista de espera quirúrgica del Hospital «La Paz» de los siguientes servicios quirúrgicos: cirugía general, maxilofacial, O.R.L., urología, cirugía torácica, cirugía cardiaca, neurocirugía, cirugía vascular, oftalmología y traumatología.

Se ha codificado el diagnóstico y/o procedimiento que figura en la hoja de inclusión de pacientes en lista de espera según la CIE-9MC, 2.º edición del Ministerio de Sanidad y Consumo, utilizando 3.º - 4.º - 5.º dígito en función del término literal empleado por los facultativos.

Se realizó un corte de prevalencia de los códigos presentes en los registros de la base de datos el día 25 de mayo de 1994, en los diferentes servicios estudiados, para analizar su frecuencia relativa.

El día que se realizó el corte había un total de 5.155 registros. Todos aquellos diagnósticos y/o procedimientos que en su servicio no alcanzaron la frecuencia absoluta de 2 casos no se individualizaron, y se agruparon bajo el epígrafe «otros casos».

Resultados principales:

1. Para cirugía general el 94,7 % (1.079) de los registros se pueden codificar sólo con 19 códigos.
2. Para cirugía maxilofacial el 90 % (304) de los registros se pueden codificar sólo con 19 códigos.
3. Para O.R.L. el 92,5 % (779) de los registros se pueden codificar sólo con 22 códigos.
4. Para urología el 85,1 % (143) de los registros se pueden codificar sólo con 13 códigos.
5. Para cirugía torácica el 92 % (46) de los registros se pueden codificar sólo con 4 códigos.
6. Para cirugía cardiaca el 95 % (38) de los registros se pueden codificar sólo con 5 códigos.
7. Para neurocirugía el 92,6 % (176) de los registros se pueden codificar sólo con 15 códigos.
8. Para cirugía vascular el 95,7 % (158) de los registros se pueden codificar sólo con 7 códigos.
9. Para oftalmología el 98,8 % (1.063) de los registros se pueden codificar sólo con 12 códigos.
10. Para cirugía vascular el 90,3 % (1.037) de los registros se pueden codificar sólo con 10 códigos.

Conclusiones:

1. Con sólo 126 códigos se ha codificado el 93,48 % (4.819 registros) de los diagnósticos y/o procedimientos de inclusión, de los servicios motivo de estudio, en lista de espera quirúrgica del Hospital «La Paz».
2. Para alcanzar un % de codificación de al menos un 90 % proponemos no usar código específico para aquellos procesos cuya frecuencia absoluta sea < de 2.
3. Cuando la CIE-9MC lo indique deberá usarse hasta el 5.º dígito terminal.
4. Sólo en el servicio de urología no se consiguió el 90 % excluyendo los registros con frecuencia absoluta < 2.

RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: EVALUACION DE CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

PANEL 1

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS DATOS DE UN SISTEMA DE INFORMACION DE CASE-MIX MULTIHOSPITALARIO. EXPERIENCIA DEL GRUPO ICS (1993-1995).

E. Esteban, F. Marín

Sección Estadística y Tratamiento de la Información. Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona

Introducción: El Centro Corporativo (CC) del Grupo ICS, basándose en su experiencia con sistemas de información (SI) de productos intermedios, impulsa la implantación, en el año 1993, de un SI de casuística que incluye a sus 11 Hospitales, con el objetivo de disponer de herramientas fiables para la planificación estratégica y gestión desde el CC y, a su vez, proveer a los directivos de los Hospitales de elementos para gestión clínica efectiva.

Objetivos: Mostrar el proceso de análisis y evaluación de los datos del SI que se ha seguido en nuestra Unidad. Este proceso se ha revelado como crítico debido a:

1. La variabilidad de la codificación entre los Hospitales.
2. La distancia geográfica entre la generación y la explotación de datos.
3. La necesidad de obtener estándares comparativos interhospitalarios.

Material y método: La validación del SI se realiza sobre todas las altas de los 11 Hospitales (153.000/año) y con programas he-

chos a medida en el ordenador central de ICS (IBM 9000) y en los PC de la Unidad. El proceso pasa por 4 fases:

1. Detectar errores graves (edad, sexo y estancia).
2. Medir la calidad del diagnóstico principal.
3. Evaluar la información a través de la herramienta case-mix (Sistema PMC).
4. Analizar los resultados con los responsables de la codificación de los hospitales.

Resultados: En el momento de implementar la validación del SI, 3 de los 11 Hospitales no disponían del CMBDAH, y en los 8 restantes la calidad de la información y su utilización eran muy variables. A lo largo de los años de funcionamiento se han producido importantes incrementos en la exhaustividad y en la calidad de los datos en nuestra red hospitalaria.

Conclusiones: El hecho de trabajar con bases de datos de diferentes Hospitales obliga a la elaboración de un proceso de evaluación de los datos no sólo en términos cualitativos, sino también cuantitativos. La participación activa de los documentalistas es fundamental.

PANEL 2

REPERCUSION DE LA CALIDAD DEL CMBD EN LOS SISTEMAS BASADOS EN EL COSTE POR PROCESO

***S. Sañudo, **P. Rodríguez**

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. **Hospital de Móstoles. Madrid

El sistema de información que permite gestionar según coste por proceso, tiene una serie de procesos claves que han de ser conocidos.

Quien genera y analiza la información de un sistema que une una lista de casos agrupados por GRD o PMC a sus costes, debe conocer sus puntos críticos:

Este sistema tiene 2 circuitos paralelos que confluyen:

- A. El **círculo de Información Clínica**: historia clínica, CMBD, sistema de agrupación de pacientes (PMC, GRD, etc.). Cada GRD/PMC tiene asociado un Peso Relativo o un PIR.
- B. Paralelamente y mediante un **proceso contable** se puede determinar en cada Hospital el valor en pesetas para cada unidad de coste.

El producto del valor de cada unidad de coste con el peso de cada GRD/PMC y su número de casos, determinará el Coste por Proceso para el hospital o servicio que analicemos.

Se revisa el **círculo de información clínica**, para en base a los PMC/GRD obtenidos detectar cuáles son las causas que pueden disminuir la fiabilidad de un sistema basado en el coste por proceso.

Se han detectado los siguientes **puntos críticos**:

1. Ausencia de información aportada al CMBD. Por no recepción de las historias en el Archivo, por retraso en su codificación, por ausencia de documentación, por duplicidad de historias, por elegir una fuente de información para el CMBD con información insuficiente o inexacta.

2. Información inutilizable. Por ausencias de dígitos en los códigos (por ejemplo 5.º dígito), por incongruencias de edades o sexos, por errores en la mecanización del CMBD, por no aplicación correcta de las normas de codificación, etc.
3. Información incompleta o inespecífica. Por problemas en la precisión diagnóstica, por ausencia de información quirúrgica o de procedimientos terapéuticos no quirúrgicos pero que el sistema considera importantes, por asignación incorrecta del diagnóstico principal, por no inclusión de diagnósticos secundarios.
4. Problemas en los sistemas de agrupación de pacientes. En ocasiones no agrupan adecuadamente algunas situaciones clínicas poco habituales y algunos procesos potencialmente ambulatorios.

Se concluye que es muy importante mantener un sistema de información depurado para permitir trabajar en la asignación de costes.

Esto implica que no es necesario esperar a que el agrupado (GRD, PMC) nos detecte las incongruencias en nuestro CMBD, ya que previamente, debemos ser capaces mediante análisis continuos de la calidad de nuestra base de datos, de detectar tanto errores gruesos (incongruencias de edades, sexos, errores de mecanización, falta de 5.º dígitos, etc.), como errores en la elección de diagnóstico principal o falta de diagnósticos secundarios o procedimientos, es decir crear y mantener procesos de depuración y validación en nuestros CMBD.

PANEL 3

UTILIZACION DEL CASE-MIX EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DEL REGISTRO DE ALTAS HOSPITALARIO

J. M. Bereciartua

Servicio de Documentación Clínica. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa

Introducción: Recientemente la Comunidad Autónoma del País Vasco ha implantado en su red hospitalaria un sistema de clasificación de pacientes basado en el case-mix. Sus aplicaciones son diversas: planificación y gestión hospitalaria, asignación de recursos, estadísticas sanitarias, sistema de reembolso... En el Servicio de Documentación Clínica del Hospital de Zumárraga hemos utilizado este sistema de clasificación para mejorar la calidad de nuestro registro de altas hospitalarias.

Objetivos: Evaluar la utilidad del case-mix en la detección de episodios de hospitalización mal codificados, y en la mejora de la calidad del registro de altas hospitalarias.

Material y métodos: Despues de extraer, en un Hospital de agudos de 110 camas, el Conjunto Mínimo Básico de Datos de las altas hospitalarias del año 1994, se ha obtenido el case-mix correspondiente con el agrupador PMC (Patient Management Categories) versión 5.07. Se han revisado las Historias Clínicas de aquellos pacientes que dieron un case-mix inespecífico (PMC=0), y se han recodificado los diagnósticos modificados.

fico (PMC=0), y se han recodificado los diagnósticos modificados.

Resultados: De un total de 4.903 altas procesadas, 193 (3,94 %) dieron como resultado una categoría PMC inespecífica (PMC=0). El diagnóstico principal más frecuente para esta categoría, según grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades -9º Revisión, pertenece al grupo 11 - Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio (19 % de los inespecíficos). Tras la revisión de las Historias Clínicas se detectaron 9 episodios sin codificar, 22 episodios con errores en la codificación, y en 9 episodios se obtuvo información adicional no presente en el momento de la codificación (informes de Anatomía Patológica y laboratorio). Tras la recodificación el porcentaje de inespecíficos se redujo del 3,94 % al 2,86 %.

Conclusiones: La medida del case-mix no es únicamente una herramienta de gestión económica. Podemos utilizar los agrupadores para mejorar y actualizar el Registro de Altas Hospitalarias.

PANEL 4

CUMPLIMENTACION DE LA HOJA ESTADISTICA EN EL ALTA HOSPITALARIA

Ll. Balañá, J. M. Carbonell, Ll. Nualart

Área de Planificación i evaluació SAGESSA. Unitat Clínico-Experimental Hospital Universitari Sant Joan. Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona

Introducción: El Hospital Universitario de Sant Joan de Reus, empieza a trabajar con los registros de las altas hospitalarias a partir de 1989. Justo un año después el Departamento de Sanitat de la Generalitat de Catalunya decreta la obligatoriedad de registrar todas aquellas altas que ocasionen al menos una estancia.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo es conocer el grado de cumplimentación de la hoja estadística tanto por parte del personal de admisiones como por el propio médico responsable del alta.

Hemos querido hacerlo extensible a los dos centros de agudos del grupo SAGESSA H.U.S.J. de Reus y H. Comarcal de Mora de Ebro. Creemos que la hoja estadística que generan ambos centros tiene suficiente rodaje para poder evaluar la calidad de su cumplimentación.

Material y métodos: Hemos revisado la totalidad de altas generadas durante el mes de mayo de 1994. 1.116 de las que 829 pertenecen del H. U. Sant Joan y 287 al H. C. Mora de Ebro. Se han elegido 13 criterios evaluados que acogen los ítems más representativos. Para cada uno de ellos se ha determinado si se encuentra correctamente cumplimentada la hoja estadística, construyéndose una base de datos con dicha información. Los resultados se dan en forma de frecuencias relativas calculadas sobre el total de las altas de cada centro. Se realiza un estudio comparativo entre ambas centras utilizando la com-

paración de proporciones mediante el estadístico chi cuadrado con la corrección de continuidad de Yates.

El procesamiento informático se realiza mediante FOXPRO y SPSS/PC+.

Resultados: Se presentan respectivamente los relativos a H.U.S.J. Reus y H. C. Mora de Ebro. Presencia de hoja estadística (97,6 - 99,3), Informe clínico (90,8 - 95,5), Número de registro (97,5 - 99,3), Procedencia ingreso (97,3 - 94,8), Diagnóstico ingreso (89,9 - 97,9), Servicio (93,1 - 96,9), Diagnóstico principal (97,8 - 97,9), Procedimiento principal (91,3 - 89,3), Causa E (1,3 - 4,0), Complicación (81,5 - 56,2), Datos R. Nacido (91,2 - 47,8), Destino alta (84,4 - 81,2), Firma (96,5 - 97,6). Encontramos fuerte significación favorable al H. C. Mora de Ebro en Diagnóstico ingreso ($p < 0,0001$) y al H.U.S.J. Reus la Complicación ($p < 0,0001$) y Datos R. Nacido ($p < 0,0001$).

Conclusiones: A causa de la utilización de diversos sistemas de clasificación de pacientes para medir la actividad hospitalaria, valorar su complejidad, e incluso establecer mecanismos de financiación, es preciso mejorar el grado de cumplimentación de la hoja estadística del alta hospitalaria.

Aún así los dos centros motivo del estudio gozan de un buen nivel de cumplimentación, que como ya detectan otros estudios es mejor en relación a los datos que competen al personal administrativo que al personal médico.

PANEL 5

REPERCUSIÓN DE LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL CASE-MIX EN LOS PROCESOS DE COLECISTECTOMIA EN SEIS SERVICIOS DE CIRUGÍA

C. Conejo, E. Fernández, A. Lara, A. López, L. Lorenzo, A. Martínez, F. Morente, A. Martínez, J. Pena, J. del Río, F. Rivera, C. Rodríguez, P. Ruiz

H. Virgen de la Victoria, H. Marítimo, H.G.B. de la Serranía, H.G.B. de Antequera y H. Costa del Sol. H. Virgen de la Victoria S. de Documentación Clínica. Málaga

Introducción: El uso de los sistemas de Clasificación de Pacientes, basados en los Conjuntos Mínimos Básicos de Datos (CMBD) hace necesario el análisis de la repercusión de la exactitud de los datos de los mismos. En determinados procesos, por su complejidad de codificación con la CIE-9-MC y por la diversidad que se establece de ellos en los Sistemas de Clasificación de Pacientes, es de presuponer que la repercusión será mayor. Este es el caso de las colecistectomías.

Objetivos:

1. Analizar las discrepancias en la codificación de diagnósticos y procedimientos tras una nueva revisión de los procesos objeto de estudio, en un contexto multicéntrico.
2. Analizar el efecto de las diferencias encontradas sobre la asignación de Grupos relacionados con el Diagnóstico (GRD) y como consecuencia en el Case-Mix.

Metodología: Partiendo del CMBD de 1994 de 6 Servicios de Cirugía se seleccionaron todos los casos en los que uno de los procedimientos fuese Colecistectomía [51,22] o Colecistectomía laparoscópica [51,23], con un total de 922 casos. Se recodificaron los procesos a partir de las Historias Clínicas, sin conocimiento de los datos previos ni de la identidad del codificador anterior.

En la revisión se han podido asignar hasta 10 códigos de diagnósticos y hasta 10 códigos de procedimiento [frente a 5 y 4 establecidos en el CMBD original] reprocesándose 875 casos.

Se analizaron las discrepancias, discriminando a nivel de categoría, subcategoría subclaseficación, así como exceso o defecto de códigos secundarios asignados.

Los dos conjuntos de datos se agruparon en GRD (All Patients versión 10.0) y se calculó el índice Case-Mix (ICM) y se procedió al análisis de discrepancias.

Principales resultados: Se detectaron 935 discrepancias con la siguiente distribución: de categoría 133 (14,22 %), de subcategoría 311 (33,26 %), de subclaseficación 30 (3,21 %), incremento de número de códigos 377 (40,32 %) y disminución de número de códigos 84 (8,98 %). Esto ha supuesto que un total de 684 (78,17 %) casos han sufrido alguna modificación en la asignación de códigos.

Un total de 193 (22,06 %) casos sufrieron cambio en la asignación de GRD. El ICM resultante frente a los datos originales ha sido de 1,06 para el conjunto de los 6 servicios, de los cuales cinco han incrementado el ICM y uno lo ha disminuido.

Conclusiones: Las discrepancias de códigos han sido relevantes, tanto en número de códigos asignados, como en la determinación de las mismas, especialmente a nivel de subcategoría.

La variación de códigos ha supuesto el cambio en la asignación de GRD, así como en el ICM.

PANEL 11

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION RECOGIDA EN LA ESTADISTICA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON REGIMEN DE INTERNADO (E.E.S.R.I.)

J. E. Calle Urra, J. M. Sánchez Clares, P. A. Martínez López, E. Aguinaga Ontoso, F. B. Ramos Postigo, P. Parra Hidalgo

Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Murcia. Murcia

Introducción: En la región de Murcia se recoge anualmente, desde 1986 y con carácter obligatorio, la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, que abarca información sobre recursos materiales y humanos, actividad asistencial y económica de todos los hospitales civiles (públicos y privados) de la región.

Objetivos: Evaluación de la calidad de la información recogida en el Cuestionario E.E.S.R.I.

Material y método: La información se recogió mediante una entrevista personal o través de un cuestionario que se pasó en 4 hospitales generales representativos de los existentes a nivel regional.

En el cuestionario se preguntaban aspectos referentes al perfil profesional de la persona que cumplimenta habitualmente los datos, dedicación en horas, valoración de la habilidad y la utilización de la información para su centro en relación a cada uno de los ítems [puntuando de 1 a 5] y otros comentarios o sugerencias en relación al cuestionario globalmente.

Resultados principales: En cuanto al perfil profesional de la persona que habitualmente lo cumplimenta, este fue para los H. Pú-

blicos: 1 médico documentalista y 1 sociólogo. Para los H. Privados: 1 administrativo y 1 aux. administrativo.

La valoración de la fiabilidad y utilidad sobre pasó en todos los ítems el valor medio de 3.

A nivel general se hicieron las siguientes apreciaciones: No aparecen en el mismo orden los diferentes apartados en el Manual de Instrucciones y en el Cuestionario, no existiendo tampoco una coordinación en cuanto a la recogida de datos en aquellos sistemas de información de obligado cumplimiento (E.E.S.R.I. y Nuevo Sistema de Información de INSALUD). Así mismo todos los encuestados manifestaron que no reciben ninguna información de los datos que suministran.

Conclusiones: El perfil de las personas que participan en la recogida de información difiere según se trate de H. Públicos o Privados, observándose una mayor categoría laboral en los primeros.

Se necesita una mayor simplificación y unificación de aquellos cuestionarios que recojan información de obligado cumplimiento.

Debería existir una retroalimentación de la información hacia los profesionales que la recogen.

PANEL 6

APLICACION DE UN SISTEMA DE EVALUACION DE LA CALIDAD FORMAL DE LA HISTORIA CLINICA. PRESENTACION DE RESULTADOS

P. Rodríguez, J. Sastre, J. M. Ibarra, C. Pérez, J. A. Sánchez

Hospital Universitari Sant Joan D'Alacant, Hospital General Universitari D'Eix, Hospital General Universitari D'Alacant. Alicante.

Introducción: Entendemos por Calidad Formal de la Historia Clínica un concepto que hace referencia a la adecuación de unos parámetros previamente definidos, que afectan tanto a la estructuración y normalización de sus componentes, como a las normas de cumplimiento de los documentos.

Para ello es necesaria la existencia de un documento que contenga los parámetros que constituyen la definición de la calidad formal de la Historia Clínica, que sirva de base para definir los requisitos de elaboración de estas, y nos permita confeccionar las parrillas de evaluación.

Objetivos: Evaluar las Historias Clínicas del Hospital cuya elaboración se llevó a cabo en los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre del año 1993.

Material:

- Historias Clínicas del Hospital General de Elda.
- Documentos de esas Historias considerados como representativos, según determinación previa de un grupo de expertos consultados.
- Parrilla de valoración de documentos.
- Manual de Uso, Elaboración y Conservación de la Historia Clínica.

Método:

- Definir la población muestral a bajo muestreo constituida por las Historias Clínicas de las altas producidas durante los 4 últimos meses del año, y que ascendían a 2.825.
- Elaboración del Cuestionario para recogida de la información referente a 8 documentos de la Historia Clínica con una evaluación de 61 ítems con respuestas de carácter dicotómico valoradas previamente según la importancia que representa un documento o un dato de un documento.

Cada pregunta se encuentra precodificada para facilitar su posterior mecanización.

Existen, además, unas Normas de Cumplimentación de la encuesta, basadas en la experiencia obtenida de una encuesta piloto efectuada previamente y que sirven de ayuda y orientación al encuestador.

- Seleccionar la Muestra: Para un nivel de confianza del 95 % y un error aleatorio del 5 %, se seleccionaron 337 Historias Clínicas, distribuidas a su vez por servicios.
- Encuesta Piloto consistente en la evaluación de 5 Historias Clínicas de cada uno de los servicios para que a su vez se

sirviera de entrenamiento al encuestador, sirviera para sacar a la luz errores en el diseño y pudiera elaborar el Manual de Normas de Cumplimentación de la Encuesta.

- Trabajo de Campo dividido, a su vez, en las siguientes fases:
 - Selección al azar de las Historias Clínicas del Muestreo.
 - Orden de trabajo a la Unidad de Archivos para recuperación de las Historias seleccionadas.
 - Comienzo de evaluación del estudio, reflejando los resultados en los apartados correspondientes de la encuesta.
 - Control de Calidad de la evaluación, mediante la evaluación mutua del 10 % de las Historias evaluadas, y la reevaluación doble de otro 10 % por cada uno de los evaluadores.
 - Diseño y elaboración de la estructura de la base de datos y posterior mecanización de los resultados obtenidos en las encuestas.
 - Cálculo de los resultados, mediante la aplicación de una serie de fórmulas que nos van a medir, en términos de calidad:
 - El valor de un determinado documento.
 - El valor de los documentos de un servicio.
 - El valor global del estudio.

- Presentación de Resultados, tanto en tablas como en Gráficos.
- Elaboración de Informes que resalten las Conclusiones obtenidas así como las recomendaciones necesarias para mejorar la calidad de las historias evaluadas.

Resultados

- Se presentan en tablas y gráficos estructurados en:
 - Resultados obtenidos por cada uno de los servicios valorados.
 - Resultados obtenidos por cada uno de los documentos de la Historia Clínica evaluados.
 - Resultados globales de la evaluación de la Historia Clínica.

Conclusiones: La realización de un sistema de evaluación formal de la Historia Clínica debe servir para abrir una nueva vía como subsistema integrado en la política de calidad de los centros hospitalarios.

Es absolutamente necesario la presentación de un informe que contenga las Conclusiones obtenidas tras la evaluación de las Historias y la elaboración de Recomendaciones para mejorar la calidad formal de éstas.



PANEL 7

APLICACION DE UN SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL GRD 467 COMO MECANISMO PARA LA MEJORA DE LA ESPECIFICIDAD CLINICA DE SUS COMPONENTES

P. Rodríguez, M. Guerrero, J. M. Ibarra, J. Raduán, R. Ferrández

Hospital Universitario Sant Joan D'Alacant. Alicante

Introducción: El GRD 467 «Otras Factores que influencian el estado de salud», constituye una de las categorías de mayor frecuencia en las principales bases de datos hospitalarios; en el Hospital Universitario de Sant Joan D'Alacant representa el 2,2 % del total de las altas del año 1994.

Tal GRD 467, contiene «Códigos V», fundamentalmente como Diagnóstico Principal, estando considerado como un GRD de Tiempo Indeterminado.

Objetivo: Analizar la casuística y el contenido de los registros de ese GRD 467.

Efectuar un mecanismo de control de calidad de las altas agrupadas en GRD.

Material y Métodos:

- Base de datos CMBD del Hospital Universitario de Sant Joan D'Alacant, correspondiente al año 1994.
- Programa informático CLINOS, para la agrupación en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).
- «Manual de Usuario» y «Normas de codificación» de la CIE-9-MC, publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1993).
- Informes de alta e Historias Clínicas correspondientes a los registros agrupados en el GRD 467.

- Análisis descriptivo de los 238 registros que componen el GRD 467, y presentación en tablas según el diagnóstico principal y servicio responsable.
- Recodificación de todos los informes de alta y de sus Historias Clínicas correspondientes.
- Agrupación de tales registros (recodificados) en GRD mediante el programa informático CLINOS.

Resultados esperados: Variación cuantitativa y cualitativa de la nueva composición del GRD 467 y agrupación de registros en otros GRDs de mayor especificidad clínica.

Conclusiones: La implantación de un sistema de Control de Calidad sobre los registros contenidos en el GRD 467 hace que varíe su contenido y peso específico en la casuística hospitalaria.

Ello da lugar a la modificación en la agrupación de pacientes contenidos en este GRD.

Los registros contenidos en este GRD son de una Estancia Media baja y de inespecificidad clínica reseñada en la baja calidad de su Informe de alta.

En el GRD 467, se agruparán, fundamentalmente:

- Aquellos registros correspondientes a pacientes que ingresaron para una intervención quirúrgica, sin que esta se llevara a cabo.
- Neonatos, nacidos en el hospital y que requieren ingreso para observación sin precisar tratamiento o cuidados médicos.

PANEL 9

ANALISIS EVOLUTIVO DE LOS RESULTADOS DEL C.M.B.D. (1993-1994) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

J. M. Ibarra, M. Guerrero, P. Rodríguez, J. Raduán, R. Ferrández

Hospital Universitario Sant Joan. Alicante

Introducción: El Hospital Universitario de Sant Joan (HUS), inició la actividad asistencial en marzo de 1991, recogiendo sistemáticamente todas las altas de hospitalización, procediendo a la indización y codificación (CIE-9-MC) en la Unidad de Documentación Clínica, completando los datos del C.M.B.D., posteriormente los registros son tratados por los sistemas de agrupación de pacientes G.R.D. (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) y P.M.C. (Patient Management Categories).

Estos sistemas de agrupación de pacientes son tanto más precisos cuanto más específico esté el proceso asistencial representado éste por los diagnósticos y procedimientos indizados del informe de alta y de la historia clínica.

Objetivos: Analizar el C.M.B.D. de los años 1993 y 1994 y estudiar la evolución de los resultados obtenidos en cuanto a:

- Altas producidas.
- Diagnósticos indizados y codificados.
- Diagnósticos por alta.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos indizados y codificados.

Material y métodos: Se utilizan las bases de datos del C.M.B.D. de los años 1993 y 1994 y el sistema de agrupación de pacientes P.M.C.

Ánalisis comparativo de los resultados obtenidos tras la aplicación del módulo del sistema P.M.C. que explota los diagnósticos y procedimientos en las dos bases del estudio.

Resultados: En 1994, se observa un aumento del número de altas de hospitalización (7 %) respecto a 1993. La exhaustividad

en la codificación se demuestra en la disminución del número de altas sin diagnóstico codificado, siendo en 1994 el 1 % (6 % en 1993), y el aumento considerable del número de altas con cinco diagnósticos, haciendo que el número de diagnósticos por alta sea de 2,1 en 1994 (1,9 en 1993).

El número de procedimientos indizados y codificados en 1994 ha sido de 5.110 (4.294 en 1993), lo que representa un incremento del 19 %, siendo más notable en las altas con dos procedimientos codificados, habiendo disminuido respecto a 1993 el número de altas con cuatro procedimientos codificados.

El 46 % de las altas de hospitalización tienen uno o más procedimientos codificados.

Por servicios clínicos se han constatado diferencias de mejora en todos ellos, siendo más marcado en el área de Pediatría donde el porcentaje de altas sin codificar ha pasado del 27 % en 1993 a 5 % en 1994.

Conclusiones: En el HUS se ha experimentado una mejora en los resultados obtenidos de indización y codificación durante 1994 (1 % de altas sin diagnóstico), indicando las medidas que consideramos como explicativas de estos resultados:

- La política de intervención sobre la exhaustividad del informe de alta.
- El Servicio de Documentación como unidad de apoyo a los servicios clínicos.
- La política de considerar la producción y su complejidad como vía de financiación del Hospital.

PANEL 8

EVOLUCIÓN DE LA VALIDEZ INTERNA DEL REGISTRO DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ALTA HOSPITALARIA (CMBDAH) DE CATALUÑA

M. Bustins, T. Salas, X. Salvador, G. Barba

Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària, Barcelona

Introducción: La gestión del registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBDAH) fue traspasado al Servicio Catalán de la Salud en el mes de abril de 1993. Los objetivos principales de esta nueva etapa han sido mejorar la calidad y exhaustividad de los datos que recoge el registro, diseñar explotaciones más útiles para los hospitales y agilizar el retorno de la información, a partir de potenciar el contacto directo con los centros hospitalarios.

Objetivos: Evaluar el impacto de diversas intervenciones en la calidad de los datos que constan en el registro del CMBDAH.

Material y métodos: Para conocer la evolución de la calidad de la información se han analizado los resultados de la validación interna del año 1993 y del primer semestre de 1994, correspondientes a 887 145 altas notificadas por 76 hospitales de agudos, de los cuales 69 pertenecen a la Red de hospitales de utilización pública (XHUP) y 7 son privados.

De acuerdo con el manual de instrucciones del CMBDAH, se realiza una validación interna de los datos trimestrales de cada hospital, mediante un programa informático que permite conocer para cada variable la exhaustividad y la calidad, detectando errores en la codificación de las variables y/o incongruencias entre variables de un mismo registro. En un plazo de 15 días el hospital recibe estos resultados, así como un listado detallado de los errores.

Resultados principales: El análisis descriptivo por trimestres muestra una mejora de la calidad en el conjunto del registro, que resulta más significativa para algunas variables como las que se destacan a continuación:

- La validez para la variable código de residencia ha pasado del 82,7 % en el primer trimestre de 1993 al 95,6 % en el segundo trimestre de 1994. Se han considerado válidas las altas de residentes en Barcelona ciudad en las que no consta el distrito municipal. La exhaustividad no ha presentado diferencias significativas a lo largo del periodo estudiado (97 %).
- La validez de la variable diagnóstico principal ha pasado del 83,6 % al 90,6 %. Cabe destacar la notable disminución de los diagnósticos inespecíficos (10,1 % al 4,4 %). La exhaustividad se ha mantenido alrededor del 95 %.
- El número de altas con primer procedimiento informado ha aumentado un 10,2 % (52 % en el primer trimestre de 1993, 62,2 % en el primer trimestre de 1994), mientras que su validez ha pasado del 92,6 % al 97,3 % respectivamente. Para esta variable también cabe destacar la notable disminución de los procedimientos inespecíficos (5,9 % al 2,4 %).

Conclusiones: Propiciar y establecer canales de comunicación directa con los centros hospitalarios ha permitido mejorar la calidad de los datos del registro.

No obstante, se ha de continuar en esta línea para ir mejorando en algunos aspectos, como la exhaustividad en las variables de diagnósticos y procedimientos, entre otras.

Teniendo en cuenta las limitaciones propias de una validación interna, es recomendable ir introduciendo criterios más específicos en la validación de cada variable.

PANEL 10

REGISTRO HOSPITALARIO DE CÁNCER: FUENTES DE INFORMACIÓN (II)

I. Abad Pérez,¹ R. Peris Bonet,¹ I. Iniesta Martínez,¹ J. Estelles Olmos²

1. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la ciencia. 2. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia

En enero de 1990 se pone en marcha el Registro de Cáncer del Hospital Clínico Universitario de Valencia basado en un análisis sistemático de todas las fuentes de información disponibles. Este proyecto, subvencionado durante tres años por el FIS, se desarrolla en tres etapas principales:

- Un estudio piloto que se limita al primer cuatrimestre del año 90, en el que se realiza un análisis exhaustivo de todas las fuentes potenciales de información (157) sobre casos de cáncer en el Centro dirigido a censar, caracterizar y evaluar dichas fuentes (66), para identificar aquellas que puedan servir al registro de cáncer del hospital (13). (Los resultados de esta primera fase se presentaron en el II Congreso Nacional de Documentación Médica.)
- Recogida sistemática de casos contactados durante el año 90 en las fuentes seleccionadas (13) y cumplimentación de

todas las clases de datos previstas para cada caso y revisión de los conceptos previos (definición de caso, datos para cada caso, etc.).

- Evaluación definitiva repitiendo el análisis exhaustivo de todas las fuentes (157) al objeto de validar la selección hecha en la fase piloto.

El análisis de los 157 dispositivos de información para los casos registrados durante todo el año 1990 corrobora los resultados del estudio piloto: 66 fuentes disponibles, de las que se seleccionan 13 como las mínimas necesarias para que este registro funcione con garantía de exhaustividad y validez.

Este censo de fuentes, válido para el periodo 1990-92, ha sido modificado en función de los cambios estructurales del Centro que han producido variaciones en el comportamiento de algunas fuentes.



RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: ADMISSION

PANEL 12

DISEÑO DE UNA CARTERA DE PEDIDOS

P. Molina, X. A. Amado, F. Pérez, F. Vilanova

Complejo Hospitalario «Arquitecto Marcide-Novoa Santos». Ferrol. La Coruña

Introducción: Conocer la «Cartera de Pedidos» [demanda], es un factor fundamental en la empresa actual. La mayoría de las decisiones que afectarán al futuro de las mismas así como las inversiones a realizar, dependen de los estudios prospectivos de demanda.

Es difícil en los hospitales conocer la demanda futura de asistencia, ya que todavía es mayor el número de ingresos urgentes [demanda imprevisible] que el de programados [demanda conocida].

Las listas de espera forman parte de esa demanda previsible; el estudio de las mismas y conocer los recursos necesarios para

satisfacer esa demanda puede facilitar las decisiones de tomar en materia de inversión.

Objetivo: Tratamiento de las listas de espera mediante GRDs.

Material y métodos: Agrupación de las listas de espera mediante GRDs. Estudio de las clases obtenidas así como de su peso relativo, comparación con la estancia media y peso relativo de los casos del histórico.

Conclusiones: Los GRDs permiten conocer la demanda no sólo en función del número sino de las estancias que pueden producir, complicaciones potencialmente esperadas y coste.

PANEL 14

DERIVACION DE PRIMERAS CONSULTAS DE PRIMARIA A ESPECIALIZADA EN EL AREA DE LA CORUÑA EN EL AÑO 1994

P. Vázquez Castro, B. Parcerio Rodríguez, J. Rey Aneiros

Complejo Hospitalario «Juan Canalejo». Servicio de Admisión. La Coruña

Introducción: Estudio de la demanda generada desde Atención Primaria a Especializada en el Área Sanitaria de La Coruña. Se estudia la derivación en el año 1994 de las primeras consultas por clave médica y número de cartillas.

Se trata de un área de 450.000 habitantes, agrupados en un total de 273.000 cartillas, de las cuales el 15% corresponden a E.A.P. (total 6 equipos, 4 urbanos y 2 rurales), el resto de la población se atiende por médicos de A.P.D. y Cupo.

Objetivos: Conocer:

1. Derivación media por especialidad desde primaria.

- Dependencia de cada médico o E.A.P. respecto de la Atención Especializada y desviación con respecto a la media.
- Establecer comparación entre sistemas de Atención Primaria, según su dependencia de Especializada.
- Comparación entre primaria, rural y urbana.
- Estudio de frecuentación de las diferentes especialidades.

Material y métodos: Estudio estadístico de la base de datos del aplicativo de citación de consultas externas del Complejo Hospitalario «Juan Canalejo» de La Coruña del año 1994.

PANEL 18

CONTROL DE ERRORES EN EL MANTENIMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA UNICA POR PACIENTE. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRANADA

F. Girón, P. Ocón, A. Tristán, E. Casado

Hospital Clínico Universitario. Granada

A lo largo de los años 1993 y 1994, se han detectado en el Sistema de Información del Hospital Universitario la presencia de, aproximadamente, trescientos errores por año en la adjudicación de historias clínicas de pacientes, de un total de 20.000 ingresos, en el mismo tiempo.

Dichos errores han consistido, fundamentalmente, en la existencia de dos o más historias clínicas de un mismo paciente, bien en incluir en un único expediente la documentación correspondiente a dos pacientes distintos, o en una identificación no correcta de un paciente.

Como es sabido, tales errores se producen por una defectuosa adjudicación de número de historia clínica en el ingreso, seguida de una inadecuada búsqueda en el Fichero Índice de Pacientes, en caso de reintegro o readmisión.

En nuestro trabajo analizamos:

- Procedimiento seguido en la adjudicación o recuperación del número de historia clínica:
Se estudian los distintos pasos establecidos con el fin anteriormente expuesto, exponiendo los problemas que se plantean para su correcta realización.
- Mecanismos de producción de errores:
Se estudian los puntos conflictivos observados y que constituyen el necesario origen de los errores.
- Sistématica propuesta para evitar los errores:
Se detallan las medidas adoptadas con el fin de reducir al mínimo los errores detectados. Entre las mismas se incluye un cambio notable en la sistématica de trabajo.

PANEL 15

CONTROL DE CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS PETICIONES DE ASISTENCIA DE AMBITO NACIONAL

**M. Sordo González, M. Carbonero Aliaga, M. Aliaga Benítez, J. Martín Mañas,
M.º R. Martínez Bermúdez, M. Alvarez-Ude**

Hospital «12 de Octubre». Madrid

Introducción: El Hospital «12 de Octubre» es un centro de tercer nivel, recibe un número importante de peticiones de asistencia de pacientes procedentes de otras provincias.

Este traslado de pacientes se encuentra regulada a través de la «propuesta de canalización de pacientes a centros y servicios sanitarios distintos de los de referencia».

La gestión de la solicitud Ambito Nacional (A.N.) es única y se centraliza en el Servicio de Admisión.

El programa informático mantiene la información y está interconectado con los diferentes módulos del Servicio de Admisión (C. Externa, Ingresos, L. Espera, Urgencias, Ambulancias).

Objetivos: Determinar la procedencia, servicios, patologías y grado de cumplimentación de los registros de pacientes acogidos a la cobertura de Ambito Nacional.

Material y métodos: Se han recogido 7.845 fichas, que corresponden a los pacientes que solicitaron atención en el año 1994 a través de las Ordenes de Ambito Nacional.

El fichero mantiene actualmente 30 variables. Se introducen los datos en un programa estadístico una vez codificada y depurada la información.

Resultados: Se observa una aceptable cumplimentación de las diferentes variables objeto del estudio.

La mayor carga de trabajo se produce en el mes de noviembre con el 11 % de las atenciones, seguida de febrero con el 9,2 %, el menor diciembre (6,8 %).

Sin embargo la contestación a las diferentes Direcciones Provinciales se produce mayoritariamente durante los meses de agosto y marzo.

El porcentaje de Denegaciones se sitúa próximo al 14 % del total de las fichas, los nuevos en relación a la cobertura a través del Ambito Nacional suponen el 27,9 %. La media de revisiones es de 2 por cada nuevo.

Por provincias casi el 50 % de todas las tramitaciones corresponden a sólo tres provincias (C. Real, Toledo, Cáceres). Y el 75 % se alcanza con 10 provincias.

El 50 % de las atenciones se centran en 11 servicios, siendo los más solicitados ONCOLOGÍA, RT, MEDICA Y CIR. MAXILOFACIAL con cerca del 19 % del total.

Conclusiones: Reformar el actual programa y unirlo con el resto de aplicaciones.

Sería conveniente que, las revisiones de los pacientes en aquellas patologías que lo permitiesen, fueran realizadas por los Servicios de procedencia, mediante un protocolo consensuado con el Servicio en el que ha sido atendido en este hospital.

PANEL 16

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS REGISTROS INFORMATIZADOS DE ADMISIÓN DE URGENCIAS

**A. Moreno González, P. Rodríguez Manzano, C. Gómez Hormigos, M. S. Soliva de la Fuente,
C. Garrote Liarte, M. de la Fuente Martínez**

Complejo Hospitalario Móstoles - Alcorcón. Madrid

Introducción: El establecer un Sistema de Control de Calidad en la Unidad de Admisión de Urgencias es debido a la repercusión que tienen los registros en el Sistema de Información Sanitaria.

La Unidad de Admisión tiene como función primordial el registrar el acceso del paciente a la propia urgencia, así como todas las circunstancias que se puedan derivar del mismo.

Objetivos:

- Conocer la situación actual de los registros informatizados de Urgencias, en un Hospital de 400 camas y 11.700 urgencias al mes.
- Mejorar la Calidad de los registros de Admisión de Urgencias, para conseguir un alto grado de fiabilidad en la Base de Datos, y en concreto del Fichero Maestro de Gestión de Pacientes.

Material y métodos: Partimos de una primera evaluación de la situación actual de los registros informatizados (primer cuatrimestre del año 1995), contabilizando los errores por ausencia o por defecto en la recogida de los datos, comprobando el circuito de introducción de datos y determinando los ítems a controlar (Diagnóstico - Alta, Procedencia, Sexo, Destino al alta y Domicilio).

lia), organizando los propios circuitos de detección de errores y su análisis posterior.

Se realiza un análisis de los errores con un programa informático de estadística, para lo cual utilizamos la Base de Datos del Hospital.

Resultados: En el momento de escribir este resumen sólo tenemos los resultados de los dos primeros meses del estudio (enero y febrero de 1995).

CAMPO	FALLO DETECTADO	NUMERO	%
Diagnóstico - Alta	No especificado	317	78,0
	Nada	2	
Procedencia	Desconocida	356	93,9
	Nada	28	
Sexo	Indeterminado	17	4,2
Destino - Alta	No consta	4	1,0
Domicilio	No consta	3	0,7

Número total de Altas sin realizar: 1.912 (8,31 %) (del total de altas en urgencias al año).

Conclusiones: Es importante el mantenimiento de un programa de Control de Calidad de los registros informatizados en la Unidad de Admisión, obteniendo un buen Sistema de Información Sanitaria para la gestión de los recursos y para la facturación a terceros, entre otros.

PANEL 17

PACIENTES PENDIENTES DE INGRESO. TIEMPO DE PERMANENCIA EN URGENCIAS. COMPARATIVA INVIERNO / VERANO

M. Sordo González, J. Martín Mañas, A. Hernández Ros, R. Martínez Bermúdez, M. Aliaga Benítez,
M. Carbonero Aliaga

Hospital «12 de Octubre». Madrid

Introducción: la urgencia general del Hospital «12 de Octubre», mantiene año tras año una importante afluencia de pacientes. En el último año el incremento se cifra en torno al 10 % llegando a registrar 160.000 urgencias en el año 1994.

Se estima que un 60 % de los ingresos de un Hospital se realizan desde el Área de Urgencias. Parece interesante efectuar estimaciones del tiempo de espera en Urgencias, una vez decidido el ingreso del paciente a una planta de Hospitalización.

Objetivos: Determinar el tiempo de espera en urgencias de los pacientes con orden de ingreso cursada.

Comparar la estancia en dos períodos del año con diferente presión asistencial.

Analizar las diferencias entre servicios de ingreso.

Material y métodos: Se han recogido la fichas de pacientes que ingresaron en el invierno de 1994 y se compara con los ingresos urgentes efectuados durante el verano de 1993. Se determinan los

Servicios de Ingreso, hora de llegada a Urgencias y hora de recepción en planta.

Se introducen los datos en un programa estadístico una vez codificada y depurada la información.

Resultados: Se encuentran en fase de elaboración. Disponiendo de los datos del período de verano se pueden ofrecer algunas previsiones.

El porcentaje de pacientes que son derivados para su ingreso en hospitales de apoyo se aproxima al 20 % del total de ingresos urgentes.

La media aritmética para la variable estancia es de 16 horas.

El 50 % de los pacientes pendientes de ingreso están menos de 8 horas en el servicio de urgencias.

Es superior la estancia en urgencias para los pacientes derivados a otro hospital.

Las patologías de mayor permanencia se corresponde con los grupos de enfermedades del ap. circulatorio y de digestivo.



RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: ASPECTOS FUNCIONALES DE LOS SERVICIOS DE DOCUMENTACION CLINICA

PANEL 19

CALIDAD EN LA BASE DE DATOS DE HISTORIAS CLINICAS EN UN HOSPITAL. ANALISIS DE NUMEROS DUPLICADOS

D. García Ruipérez, A. González Gómez, M. F. Aliaga Matas, E. Aguinaga Ontoso, F. San Eustaquio Tudanca, M. A. Egea Valera

Hospital General de Albacete. Albacete

Han transcurrido cinco años desde la introducción en la base de datos del Plan DIAS de las historias de hospitalización; simultáneamente se realizó la adjudicación de n.º de historia a 20.000 expedientes de Consultas Externas, y la centralización de los mismos. Este proceso se realizó de manera apremiante, añadiéndose la dificultad, en el caso de las historias de Consulta, de contar con datos mínimos. Por otra parte la adjudicación de número de historia no está centralizada en el Archivo Central. Estos factores y nuestra experiencia a lo largo de estos años, nos obligan a suponer la existencia de un alto índice de números de historia duplicados. Estos planteamientos nos conducen a realizar un estudio exhaustivo, partiendo de la hipótesis de que la duplicidad se va a producir en mayor proporción en los puntos de mayor presión asistencial y en los apellidos más comunes. Nuestras objetivos son: a) Hacer una valoración cuantitativa del número de duplicados y cualitativa en cuanto a las características de los mismos. b) Determinar la proporción de duplicados respecto al total de números existentes en la base de datos y su relación con los apellidos más habituales. c) El objetivo global, partiendo del conocimiento de la realidad, a medio plazo, es la depuración de las duplicidades detectadas, incluyendo además sobre los factores que las han generado, mejorando la calidad de nuestra base de datos.

Para el estudio se ha trabajado sobre un listado y extraído de la base de datos del Hospital General de Albacete, a enero de 1995, ordenadas con apellidos y con fecha de nacimiento idénticos. Se establecieron los siguientes criterios de coincidencia principales (que coinciden con los mínimos establecidos y exigidos para adjudicar un nuevo número): N.º de S.S., fecha

de nacimiento, nombre y apellidos idénticos. También dentro de este cómputo se han registrado aquéllos que diferían solamente en un dígito del n.º de S.S., una letra en el nombre, uso de abreviaturas o diminutivos en el nombre, en partículas de apellidos compuestos (del, de la, de los). Se consideraron como posiblemente duplicados los que diferían en siglas de H o V (hoy mujer, hombre) en lugar del nombre propio, así como los nombres compuestos coincidiendo en ambos casos el resto de los ítems.

De los casi seis mil registros evaluados (más del 2 % del total) en todos sus apartados, consideramos como duplicados globalmente menos del 0,5 % del total de la base de datos. De los cuales el 0,3 % corresponden a los que cumplen el 100 % de los criterios principales.

Los apellidos en los que se produce mayor duplicidad es en aquellos que comienzan por la L, G y F en orden decreciente, mientras que las letras con mayores registros contabilizados en este orden son la G, M, C y L. Referente a la ubicación donde se encuentran mayor número de historias es en el Hospital de Los Llanos que forma parte de nuestro Complejo Hospitalario.

Globalmente se ha detectado que la calidad de nuestro archivo no es demasiado deficiente, que nuestro esfuerzo debe de encaminarse en cumplimiento de búsqueda de pacientes con los criterios establecidos para ello y en completar la base de datos, y en la unificación de las historias duplicadas, subsanar los errores de mecanografiado, y, en definitiva controlar e incrementar la calidad de los registros informáticos.

PANEL 27

CENSO FUNCIONAL DE LOS DOCUMENTOS ASISTENCIALES

T. Soler, P. Navarro, M. Raurich, M. Rovira

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción: Una óptima recogida de información como etapa inicial de un sistema de información sanitaria (S.I.S.), depende en gran medida de la calidad de los documentos. Calidad tanto física (estandarización, organización del contenido, tipo de papel, copias...) como funcional (contenido, registradores, usuarios, circulación...).

Objetivos: Al plantearse la necesidad de mejorar la estructura, el proceso y así obtener unos mejores resultados en el S.I.S. del hospital se optó por realizar un censo de los documentos asistenciales que permitiese identificarlos por su función, por considerar los documentos, sea cual sea su soporte físico, vehículos de información fundamentales.

Material y método: Se inició el estudio analizando 10 áreas consideradas las más relevantes en el hospital, ampliando después el censo a las demás áreas del hospital.

Se procedió a la catalogación de documentos y a su matriculación de forma que permitan documentar la naturaleza de los datos que contienen y su relevancia dentro de la secuencia de actuaciones.

El sistema de matriculación de los documentos consta de una primera parte indicadora de la clave funcional del documento y una segunda parte numérica secuencial identificadora del documento dentro de su clave funcional.

Resultados: El censo funcional es útil como base para analizar la razón de la existencia de cada impreso, su uso, si cumple los requerimientos de información establecidos y si el soporte es adecuado. Ha contribuido también a la reducción del número de documentos al detectar los que cumplían idénticas funciones en servicios distintos. Ha facilitado el rediseño de circuitos y flujos de información. En definitiva ha permitido analizar posibles disfunciones organizativas en la captura de datos.

Conclusiones: El trabajo ha sido laborioso pero ha demostrado tener una rentabilización posterior ya que el censo funcional de los documentos asistenciales se presenta como una herramienta de soporte a la toma de decisiones en la racionalización de las estructuras organizativas.

Un documento correcto facilita la captura de datos necesario para el desarrollo del S.I.S.

PANEL 20

ISO 9000 EN DOCUMENTACION CLINICA

L. Lorenzo, A. García, J. R. Martín

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

ISO 9000, es un standard de calidad de aplicación general en la industria, y que en los últimos tiempos está siendo aplicado en otras áreas tales como los servicios.

Es importante considerar que ISO 9000 es un standard universal que utiliza los mismos parámetros como medida de la calidad en diferentes países.

ISO 9000 nos ayuda a mejorar la calidad de nuestro entorno de trabajo, asegurando los niveles de calidad de nuestra organización a nuestros clientes sin que se haga necesaria la intervención de terceros (auditorías).

Entendemos que el Sistema de Calidad (S. de C.) responde al concepto de Calidad Total, es decir que engloba a cada una y todas las unidades del entorno operativo. La unidad de documentación como una más del entorno hospitalario es susceptible de ser englobada en un sistema de calidad normalizado.

Objetivos: El Sistema de Calidad se expresa en un Manual de Calidad que es en realidad el Manual de Operaciones de la empresa y debe de servir de referencia y guía para todas las operaciones.

Dentro del sector servicios (el área sanidad se engloba aquí) es de aplicación la norma UNE 66-902 (ISO 9002), cuya acreditación concede AENOR.

Los objetivos de calidad que queremos conseguir se resumirían en:

1. Lograr la calificación adecuada de nuestro producto (servicio) y actividades destinadas a suministrar un soporte documental adecuado a la actividad asistencial.

2. Conseguir un enfoque formal y metódico para organizar las funciones necesarias para controlar la calidad, mediante el establecimiento del necesario sistema.
3. Establecer un programa de metodología derivado de métodos matemáticos y de control, establecidos en las especificaciones de fiabilidad y control de calidad.
4. Transformar la gestión de la calidad en los entornos hospitalarios en una actividad estratégica, a partir de un modelo reducido centrado en el área documental.

Material y métodos: La gestión de la calidad se desarrolla orientada hacia el cliente (otros servicios, usuarios externos a la organización). Como punto inicial para complementar la estrategia se proporcionan los siguientes medios:

1. Personal: Es necesario establecer una dotación mínima de personas que permita el seguimiento y aseguramiento de la calidad.
2. Ayudas técnicas: las necesidades surgidas de la implantación del Sistema necesitarán de un entrenamiento funcional así como fijar los contenidos y métodos de entrenamiento y destrezas de necesario dominio.
3. Facilidades de acceso: Para el Registro de la Calidad, que dependerá de la Función de la Calidad, se preverán los equipos necesarios con los accesos y autorizaciones necesarias para la utilización de las bases de datos y aplicaciones necesarias en la práctica de funcionamiento del sistema de calidad.

Resultados: Como resultado se pretende conseguir la implantación de un sistema de calidad homologable ISO 9000 en su certificación ISO 9002, aplicado al entorno hospitalario.

PANEL 31

FISIOTERAPIA Y SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

M. C. Gamero González, C. Moreno Lorenzo

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Introducción: Se pretende difundir la importancia del control de calidad en Fisioterapia, como vía de progresión hacia la calidad total de la misma. Así diremos que el Control de Calidad, se encarga de definir lo que se considera como asistencia de calidad; comparar la situación real con lo definido; valorar las posibles causas de discrepancia; proponer medidas correctoras de mejora y volver a evaluar la realidad al cabo de un tiempo para verificar que se ha producido la corrección.

Objetivos: 1) Revisar los procedimientos terapéuticos de mayor frecuencia de aplicación en Fisioterapia. 2) Estudiar los procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos en Fisioterapia según la C.I.E.-9-MC.

Material y método: Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer las distintas técnicas fisioterápicas en la actualidad. Paralelamente se ha revisado un muestreo significativo de Historias clínicas de rehabilitación de pacientes con diversas patologías.

Seguidamente se ha extraído la codificación de los procedimientos fisioterápicos según la categoría 93 del Manual de procedimientos de la C.I.E.-9-MC. A continuación se han cruzado las diversas informaciones, codificando aquellas técnicas fisioterápicas de mayor incidencia de aplicación, según la referida clasificación.

Resultados: La explotación sistemática de la información obtenida, permitiría la posibilidad de protocolizar terapias en fisioterapia a distintos niveles (servicios, hospital, comunidad...) facilitando los estudios comparativos interhospitalares.

Conclusiones: Es imprescindible unificar la sinonimia para codificar. La codificación sistemática de los procedimientos más usuales en fisioterapia, nos daría una excelente base para realizar una adecuada valoración de las terapias aplicadas, y necesaria para generar su Case-Mix respectivo.

PANEL 21

CALIDAD DE LA CODIFICACION SEGUN INDIZACION CON INFORME DE ALTA O CON HISTORIA CLINICA COMPLETA. ESTUDIO COMPARATIVO DE UN SERVICIO EN DOS TRIMESTRES (AÑOS 93-94)

A. González Gómez, D. García Ruiperez, F. San Eustaquio Tudanca, M. F. Aliaga Matas, E. Aguinaga Ontoso, M. A. Egea Valera

Hospital General de Albacete. Albacete

Introducción: En el Hospital General de Albacete, se comenzó a codificar las altas hospitalarias con CIE-9-MC en 1990. Hasta el 2.º trimestre de 1993, en que se incrementa el personal de codificación, la indización de las altas se realizaba por personal administrativo no perteneciente a codificación y a partir del Informe de Alta.

A raíz de la Auditoría Externa realizada a la Unidad de Codificación en 1994, sobre el año 93, se detecta que casi un tercio de los errores de indización de todo el año 93, corresponden al 1.º trimestre.

Analizando este problema nos encontramos con la posibilidad de que la mayor parte de estos errores se debieran a diferencias de indización en registros de obstetricia, dado el elevado % de altas de este Servicio sobre el total y la generalización del Diagnóstico «Parto Normal» en los Informes de Alta de este Servicio.

A partir de esta hipótesis nos planteamos realizar un estudio detallado con el objetivo de demostrar que, la calidad de la codificación mejora, tanto cualitativa como cuantitativamente, si la indización no se realiza exclusivamente con el Informe de Alta.

Material y método: Registros de la codificación de altas del Servicio de Obstetricia del primer trimestre de 1993, indizados con el Informe de alta solamente y registros de codificación de altas del mismo Servicio del primer trimestre de 1994 tras indización con Historia Clínica completa.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo de las diferencias entre uno y otro trimestre en: 1) N.º total de códigos; 2) N.º total de partos normales (Código 650); 3) N.º de diagnósticos

obstétricos/proceso. Media códigos diagnósticos/proceso. 4) N.º de procedimientos obstétricos/proceso. Media de código procedimientos/proceso. 5) Días estancia/proceso. Media estancias/proceso. 6) Grupos de edad.

Los resultados confirman la hipótesis inicial, ya que hay una diferencia considerable de los registros diagnósticos globales de codificación entre los períodos estudiados (1.620 en 1993 y 2.235 en 1994, incrementándose en 1994), con la indización con Historia Clínica completa, sobre todo a expensas del 3.º diagnóstico (88 en el 93 y 374 en el 94) y siguientes.

Esto es más evidente en cuanto a las diferencias en el código diagnóstico «Parto Normal» = 650, ya que supone casi un 67 % de los diagnósticos principales en 1993 y sólo un 22 % en 1994.

En cuanto a los procedimientos, como era de esperar, no hay variaciones importantes, ya que, aunque varían las condiciones en torno al embarazo o parto, el procedimiento es el mismo y así se recoge en el Informe de Alta.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que las diferencias entre el número total de altas del 1.º trimestre del año 1993 y del año 1994 no son apreciables estadísticamente, así como la poca variabilidad de otros parámetros medidas, como son la edad, o los días de estancia, la interpretación de los resultados obtenidos constata la necesidad de codificar a partir de la indización con Historia clínica completa, si se desea elevar la calidad global de la Codificación, especialmente, en aquellos Servicios en que el Informe de Alta no refleja todas las incidencias del episodio de hospitalización.

PANEL 23

¿ES POSIBLE EVALUAR LOS SERVICIOS DE DOCUMENTACION CLINICA? PROPUESTA DE UN BAREMO OBJETIVO

P. López Arbeloa, J. Yetano, A. B. Montero, C. Aizpuru, B. Maroto

Servicio de Documentación Clínica. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya

La actividad y calidad de un Servicio de Documentación Clínica es fácilmente medible pero se necesita un consenso para definir indicadores de calidad y los estándares mínimos a alcanzar.

La evaluación de los Servicios de Documentación Clínica (SDC) con un baremo normalizado sería una herramienta útil para hacerlas comparables y estimular la mejora de las mismas.

Siguiendo la clásica división de evaluación de la calidad, estructura, proceso y resultado, proponemos el siguiente baremo de 0 a 100 puntos:

1. Estructura (30):

Historia clínica única por paciente	5
Estructura del Archivo	10
• Archivo único centralizado	5
• Elementos de seguridad	5
Sistemas organizativos del Archivo	10
Sistemas de recuperación de información clínica	5

2. Proceso (30):

Sistema de archivado por dígito terminal	5
--	---

Mecanismos de localización de Historias Clínicas	5
Programa de calidad y mejora de prestaciones	12
• Detección y medición de errores de archivado	2
• Evaluación de errores en la localización de H.C.	2
• Mecanismos de detección de H.C. duplicados	3
• Detección de H.C. extraviadas	3
• Sondeos a usuarios y aceptación de propuestas	2
Codificación de diagnósticos y procedimientos	8

3. Resultados (40):

Índice de historias dentro	10
Índice de historias fuera	5
Índice de historias reclamables	5
Índice de episodios sin codificar	5
Índice de especificidad de la codificación	5
Índice de eficiencia del Archivo	5
Índice de eficiencia de la unidad de codificación	5

Se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de la propuesta en los hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

PANEL 22

CONCORDANCIA ENTRE LA CODIFICACION DEL BLOQUE QUIRURGICO Y LAS ALTAS DE HOSPITALIZACION

A. González Gómez, D. García Ruipérez, M. F. Aliaga Matas, E. Aguinaga Ontoso, F. San Eustaquio Tudanca, M. A. Egea Valera

Hospital General de Albacete. Albacete

En el Hospital General de Albacete, la Unidad de Codificación asume, a partir de noviembre de 1993, la codificación del Bloque Quirúrgico. Debido al circuito establecido para la codificación de altas, éstas se indican a tiempo real y posteriormente se codifican sobre esa indicación. El Bloque Quirúrgico se codifica, sin embargo, a tiempo real por necesidades de Gestión. Para la codificación del Bloque Quirúrgico, se utilizan las «hojas de actividad de quirófanos». Por tanto, en nuestro Hospital tenemos, hasta la fecha, dos bases de datos, por un lado, la codificación del Bloque Quirúrgico y por otro la codificación extraída de la indicación de la Historia Clínica (casi completa) al alta del paciente.

A partir de la observación en la rutina diaria de la incompleta cumplimentación (18,67 % del total del año 1994) de la hoja de actividad de quirófanos, en sus apartados de Diagnósticos y Procedimiento, así como su ilegibilidad en muchos casos, nos propusimos estudiar en qué grado estos factores repercutirán en la calidad de la codificación final, como objetivo de Calidad del Servicio y a modo de Auditoría Interna.

Para ello, utilizamos los registros de codificación de hospitalización seleccionando las intervenciones no ambulatorias del Bloque Quirúrgico del mes de marzo de 1994.

Comparamos estos registros uno por uno, verificando el número de Historia Clínica y fecha de intervención con el listado de codificaciones obtenido de altas de Servicios Quirúrgicos del mismo periodo. Tomando estos códigos como patrón, se recogieron las concordancias entre Diagnóstico y Procedimiento principales, y las ausencias en ambos.

En una segunda fase se analizaron las discrepancias, seleccionando tres niveles: categoría, 4.º y 5.º dígitos en diagnósticos,

y 3.º y 4.º dígitos en procedimientos. Todo ello agrupándolo por Servicios y realizando en principio un análisis cuantitativo.

En una 3.ª fase, se revisaron los originales de las hojas de actividad de quirófanos de los casos con discrepancia o ausencia de Diagnóstico y Procedimiento, haciendo un análisis cualitativo.

Los Resultados son muy variables según los servicios. En aquellos con patología más compleja, o que CIE-9-MC contempla con gran profusión de códigos como ORL o OFT, las discrepancias en diagnósticos, consideradas globalmente, giran en torno al 40 %, variando menos las de procedimiento. Las ausencias son más relevantes en el procedimiento que en el diagnóstico en estos Servicios.

En general, las discrepancias, se manifiestan sobre todo a nivel de 4.º y 5.º dígitos en Diagnósticos y de 4.º dígito en Procedimientos.

Contrastando el análisis cuantitativo con el cualitativo a partir de la expresión literal de la hoja de actividad, las discrepancias se explican sobre todo, por la poca especificidad de la expresión literal, al no localizar lugar anatómico en muchos casos, tipo de neoplasia, o tipo de exérésis o resección en el caso de los procedimientos.

Por tanto, y mientras no se puedan unificar ambas bases de datos y codificar en tiempo real, y dado que la codificación del Bloque Quirúrgico no es un buen índice de calidad de la Unidad de Codificación, como se desprende de los resultados, nos proponemos tomar iniciativas que mejoren la cumplimentación de la hoja de actividad por parte de los Servicios Quirúrgicos, y verificar a corto/medio plazo, con un nuevo análisis de la situación, en qué medida se ha conseguido disminuir la proporción de ausencias y discrepancias.

PANEL 25

ESTUDIO DE C.M.B.D. Y CALIDAD EN INFORMES DE ALTA DE CONSULTAS EXTERNAS AMBULATORIAS

R. Barba, J. Otero, T. Armada, A. Moreno

Complejo Hospitalario «Xeral-Calde». Lugo

La actividad de las Consultas Ambulatorias es parte esencial y creciente de la actividad hospitalaria. En nuestro entorno su estudio es únicamente cuantitativo (se manejan datos referentes al n.º de consultas, Primeras y Sucesivas).

Sobre una muestra significativa (600 informes) valoramos el contenido y la calidad de los Informes de Alta de Consultas Externas de M. Interna del año 1994.

Las variables estudiadas son datos referentes al C.M.B.D. Hospitalario (sexo, edad, diagnóstico ICD-9 MC), tipo de enfermedad o problema atendidos, condición del paciente o de la visita, procedencia del paciente, destino del paciente, fecha del

primer contacto por el problema actual, fecha de alta y realización de procedimiento relevante.

El enfoque de este estudio se dirige, en primera instancia, al análisis de la calidad y definición del producto hospitalario. Además pretende ser un paso previo a una posterior clasificación en Grupos de Visita Ambulatoria (GVA: productos del sistema sanitario que han consumido una media de recursos similar a la de otras visitas incluidas en el mismo grupo). Esta clasificación se basa en el diagnóstico principal codificado de acuerdo con la C.I.E.-9 M.C. y facilita la gestión ambulatoria al homogeneizar los diagnósticos en relación con los recursos consumidos en cada visita.

PANEL 26

LA HISTORIA CLINICA COMUN EUROPEA. ESTRATEGIAS, PROMOCION Y DESARROLLO

J. Reig, **J. Moreno, ***A. Carrión

*Presidente ejecutivo de SADIEL, S.A. **Unidad de Investigación. ***Unidad de Codificación. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Introducción: La necesidad de adaptar la organización sanitaria Europea mediante la superación de las fronteras tradicionales a fin de mejorar la asistencia de los miembros de la Unión en su movilidad, ha empujado a la comunidad a realizar un primer acercamiento para conocer el actual desarrollo tecnológico en los Archivos Médicos de los centros asistenciales europeos. Esta comunicación resume los resultados obtenidos a través de una encuesta realizada por la Acción Concertada MEDIREC (medical Record), dirigida por la oficina AIM de la Unión Europea.

Objetivos: Obtener una valoración de la información recogida en la encuesta que puede permitirnos llegar a la estandarización en una arquitectura integrada de Registros Médicos y armonizarla en una estructura común a los Países Europeos, a fin de compatibilizar los distintos modelos existentes en Historias Clínicas, determinando la unificación de la información como así mismo aquellos aspectos específicos debidos a la utilización de las nuevas tecnologías diagnósticas. Siendo una premisa para empezar a alcanzar el consenso de los conceptos principales y los componentes de la Historia Clínica.

Material y métodos: La estructura de la encuesta está compuesta por los siguientes apartados generales: INFORMACION GE-

NERAL del centro y de los sistemas. ANALISIS E IMPLEMENTACION sobre desarrollo, cobertura, comités... AMPLIACION Y ARQUITECTURA relativa a antigüedad, utilidad, funcionalidad, base de datos... ASPECTOS DE SEGURIDAD, ASPECTOS METODOLOGICOS, USO DE LA INFORMACION DEL ARCHIVO Y PARTICIPACION EN PROYECTOS DE REGISTROS MEDICOS.

Resultados: Se recibieron 124 encuestas cumplimentadas con los resultados resumidos en los siguientes aspectos: SEGURIDAD 85 %, PASSWORD 60 %, USO DE TARJETA 7 %, CODIGOS 6 %.

Asimismo información sobre el uso de datos para: INVESTIGACION CLINICA 67 %, ESTADISTICA 64 %, AUDIT 59 %, GESTION 56 %, SOPORTE A LA DECISION 55 %, PLANIFICACION 52 %, ENSEÑANZA 40 %.

Conclusión: En las tablas referencia del resumen de resultados se establece el uso de códigos de confidencialidad como una dificultad en el uso de la telemática, asimismo se determina mediante análisis cluster que se suele utilizar por el contrario en alguno casos más de un método de seguridad. En los resultados siguientes se considera que la investigación clínica y el uso de la estadística son las principales utilidades de la historia clínica antes que para la planificación y control de recursos.

PANEL 33

UN PROGRAMA DE DEPURACION DE HISTORIAS CLINICAS (H.C.) DOBLES EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. M. Ladrón de Guevara Portugal, R. Larburu Monfort

Hospital Comarcal del Bidasoa. Hondarribia (Guipúzcoa)

La H.C. única por paciente es una reconocida aportación de la moderna gestión documental hospitalaria. El Decreto vasco 272/86 obliga a su elaboración para enfermos internados o sujetos a tratamiento ambulatorio o en consultas, en un hospital.

Abrir y mantener una HC única exige que Admisión se dote de criterios claros de registro de la filiación de los pacientes: no tenerlos o aplicarlos mal propicia abrir 2 o más H.C. a un paciente, y fragmentar su documentación. Pero la cosa se complica en realidades bilingües como la vasca, sus distintas grafías y formas de expresar los nombres.

Las H.C. de nuestro hospital las abren dos Admisiones y 2 S. de Cita Previa de Atención Primaria. Y ya en sus 5 primeros años de vida, se han ido generando H.C. Dobles. Por ello, el S. de Documentación clínica puso en marcha en 1994 un programa de calidad para depurarlas. Para ello, se pensó en dis-

tintas causas de duplicidad, chequeando algunas de ellas en el Fichero índice.

Elegida una de esas causas, y con apoyo del programa informático de Osakidetza, se puso en marcha el programa. Y así, listadas las H.C. Dobles según ese criterio, se procedió a: recuperar las H.C., unificar sus documentos en una de cada par o grupo de ellas —una vez comprobada su duplicidad— y depurar la H.C. desecharla, extrayendo su ficha de su lugar en el Fichero de pacientes según una técnica convenida, y dejando en el Archivo su carpeta vacía.

Se logró así depurar un buen n.º de H.C. Dobles, y aumentar la sensibilidad hacia el problema en el personal de Admisión [que puede evitarlo] y en el de Documentación, que puede detectar y depurar las H.C. dobles existentes.



PANEL 28

DISPONIBILIDAD DE DOCUMENTACION EN UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

M. Aluja, *J. M. Carbonell, **G. Pellejà

Servei de Documentació i Arxiu. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. *Àrea de Planificació i Avaluació. SAGESSA. Unitat de Recerca Clínico-Experimental HUSJR - Facultat de Medicina de Reus. Universitat Rovira i Virgili. **Director Administratiu i de Serveis Generals. HUSJR. Reus. Tarragona

Introducción: El Servicio de Documentación Clínica es una unidad hospitalaria que tiene por objetivo la custodia, codificación, proceso y recuperación de la información clínica. El Archivo de Historias Clínicas es, por ende, una estructura básica para las actividades de los centros hospitalarios y de la accesibilidad a la documentación; en él contenida depende su buen funcionamiento.

Objetivos: Evaluar la repercusión que el actual sistema de trabajo del Archivo de Historias Clínicas del Hospital Universitario Sant Joan de Reus (HUSJR), tiene sobre la disponibilidad de la documentación para sus clientes internos.

Material y métodos: El Archivo de Historias Clínicas del HUSJR de Reus cuenta en la actualidad con más de 68.000 historias, numeradas por el sistema de doble dígito terminal. Dispone un programa informático específico para el control de las historias clínicas.

Para el presente estudio, se han utilizado cuatro índices: índice de errores en el archivado (errores de ubicación de historias/total de historias), índice de disponibilidad de historia (historias servidas a CCEE/historias solicitadas desde CCEE), índice de historias fuera (historias situadas fuera del archivo/media diaria de salidas), índice de historias reclamables (historias no devueltas dentro de plazo/media diaria de salidas).

Cada índice, excepto el primero, ha sido medido diariamente todos los días hábiles de los meses de mayo a diciembre de 1994 mediante el programa informático propio del archivo. Los resultados se presentan como media del total de mediciones del período.

Resultados: Se han detectado 26 errores en el archivado, en tres de los cuales la historia se encontraba fuera de su dígito. Suponen un índice de errores de 0,38 por mil historias.

En el período se han solicitado una media diaria de 312 historias, de las cuales 10 no pudieron ser servidas, lo cuál contabiliza una disponibilidad del 96,79 %.

Las historias que no se encontraban en el archivo fueron, en media, 969, que en relación a la media diaria de salida, situada en 465 para los 12 meses precedentes, sitúa el índice de historias fuera en 2,08.

La media de historias no devueltas dentro del plazo estipulado, fue 434, que dan lugar a un índice de historias reclamables de 0,93.

Conclusiones: Se concluye que los índices medidas aportan información sobre el funcionamiento de la Unidad y apuntan cuáles deben ser las líneas de mejora del servicio para la próxima etapa. Asimismo, la comparación con estudios que aplican otra metodología, arroja resultados satisfactorios.

PANEL 29

INTEGRACION DEL CMBDQ EN EL CMBD AL ALTA HOSPITALARIA

*D. Fiuza Pérez, **M. Rey

*Unidad de Codificación, **Servicio de Informática. Hospital N.S. del Pino. Las Palmas. Gran Canaria.

Introducción: El CMBDQ es parte integrada del CMBD al alta hospitalaria en aquellos episodios de Hospitalización Quirúrgica, por lo tanto es necesaria su integración en las bases de datos de codificación.

Objetivos: Evaluar la integración en una nueva base de datos del CMBDQ y la codificación al alta hospitalaria (CMBD).

Material y métodos: El CMBDQ y el CMBO al alta hospitalaria del Hospital Nuestra Señora del Pino (Aplicativo I Plan DIAS). Analizando la repercusión en la calidad de la información a la hora de la codificación en CIE-9-MC (hoja de quirófano más informe clínico de alta) en los resultados de la codificación de Quirófanos.

Resultados principales: Mejora en los SIS ya que el quirófano se beneficia de una mayor calidad de codificación diagnóstica y la Codificación dispone de hoja de quirófanos.

Disminución del coste administrativo ya que al capturar la actividad de Quirófanos se carga directamente la información en la base de datos de la codificación al alta.

Obtención de registros estadísticos por patologías en el Bloque Quirúrgico comparables con los pacientes hospitalizados.

Conclusiones: La Unidad de Codificación no sólo sirve para una agrupación de pacientes en SCP sino para mejorar los Sistemas de Información Hospitalarios permitiendo la toma de decisiones.



PANEL 30

REVISION DE LA DOCUMENTACION CLINICA DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA EN EL AREA DE SALUD 5

E. García Bartual, S. Guillén, J. Domene, G. Diestro, F. Motilla

Hospital Arriau de Vilanova. Valencia

Objetivos: la progresiva implantación de Unidades Asistenciales del Área 5 ha generado el uso de nuevos documentos por parte de los diferentes equipos especialistas, dando lugar en ocasiones a una duplicidad de los mismos, así como el uso y circulación de impresos no catalogados oficialmente.

Por otro lado la informatización que en los últimos años ha experimentado el hospital ha provocado una modificación de los circuitos y documentos por el Sistema de Información.

El objetivo del presente trabajo es el conocimiento de la Documentación Clínica existente en el Área 5 procediendo al estudio de la misma tanto en su aspecto documental como contenido informativo.

Metodología: 1) Selección de documentos del catálogo general: documentos de inclusión en la HC y documentos auxiliares de asistencia del paciente. 2) Selección de impresos no catalogados en cada servicio clínico: documentos de inclusión en la HC y documentos no incluidos en la HC. 3) Análisis externo, re-

visando las recomendaciones de la OMS para la confección de la documentación de la HC, diseño, tamaño, etc. 4) Análisis interno o indización, estudiando el contenido informativo del documento.

Resultados: 1) Clasificación de los documentos según: existencia o no en el catálogo general, y pertenencia o no a la HC. 2) Adaptación a la normativa de diseño recomendada, observándose que sólo se cumple en un pequeño porcentaje. 3) Análisis interno, analizándose que documentos cumplían la misma finalidad informativa, encontrándose duplicidades en algunos de los grupos tipificados.

Conclusiones: 1) Se hace necesario analizar los circuitos de información sobre los que se establecían los documentos actualmente no utilizados. 2) Eliminar las duplicidades encontradas en impresos que cumplían la misma finalidad. 3) Control de los nuevos pedidos con el fin de ir normalizando lo que no se ajustan a la normativa recomendada.

PANEL 32

CREACION DE UN ARCHIVO PASIVO CON HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTES FALLECIDOS

J. Yetano, A. B. Montero, J. M. Gutiérrez-Solana

Servicio de Documentación Clínica. Hospital de Galdakao. Vizcaya

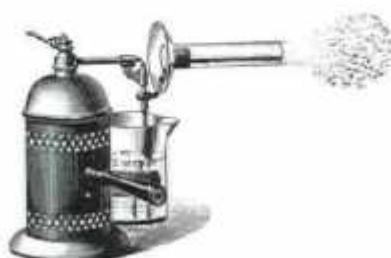
Introducción: El criterio de pasar al pasivo las Historias Clínicas (HC) que lleven más de 10 años sin salir del archivo es útil en hospitales de más de 15 años, pero no sirve en los más jóvenes. Se propone para estos casos el criterio de fallecimientos para pasar al pasivo y ganar espacio mientras el hospital vaya cumpliendo años y se pueda utilizar el primer criterio. Se exponen las acciones realizadas para conocer el mayor número de pacientes fallecidos posible y crear un archivo pasivo.

Material y métodos: Este trabajo se realizó durante los años 1993 y 1994 en un hospital general de 10 años. Está informatizado desde hace 5 y, desde entonces, el exitus que se produce en el hospital queda registrado en el fichero índice de pacientes. Para conocer los pacientes que fallecieron antes de la informatización se consultó el libro de mortuorio. Para saber los que fallecieron fuera del hospital se consultaron las siguientes fuentes de información: servicios médicos del hospital, registro de tumores, otros hospitales de la provincia y las esquelas del periódico local de mayor tirada. Se registró el exitus en la ficha de paciente de los fallecidos identificados. Se obtuvieron lista-

dos con los números de las HC de los pacientes fallecidos, los detectados en las fuentes de información consultadas más los 2.513 fallecidos en el hospital desde que se informatizó. Se desarchivaron dichas HC y se pasaron a un archivo pasivo. En una muestra de 158 HC de fallecidos se midió su grosor en mm. con un calibrador.

Resultados: El conjunto de las diversas fuentes de información aportó 17.022 fallecidos y entre ellos se encontraron 3.194 fallecidos que tenían HC pero que no constaba su exitus en el ordenador. Se registraron los tiempos invertidos en cada una de las fuentes de información consultadas. La muestra de 158 HC de fallecidos tenía una media de 25 mm. de grosor (DS 17 y ESM 1,4) con un rango de 94 (de 2 a 96). Por ello se puede estimar en 143 los metros de estantería del archivo activo liberados (15 % del total). Identificar y registrar los fallecidos costó 245 horas de un auxiliar o 453.740 pesetas.

Discusión: Se analiza la experiencia expuesta, su eficacia y eficiencia.



PANEL 34

ANALISIS DE CONCORDANCIA ENTRE EL CMBD DE HOSPITALIZACION Y EL REGISTRO DEPARTAMENTAL DE ALTAS DE UNA U.C.I. POLIVALENTE

A. Romero Gutiérrez, R. Barrientos Vega

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción: El CMBD de los procesos de hospitalización se basa en una combinación de datos administrativos y datos clínicos. Los códigos de diagnóstico y de procedimientos se obtienen de la Historia Clínica o de los Documentos Resumen de Hospitalización. No se dispone de datos sobre la concordancia entre la codificación de CMBD obtenida por unidades de codificación centralizada y la que corresponde a las bases de datos departamentales de tipo clínico.

Objetivos: Establecer los patrones de concordancia entre los registros hospitalarios centrales y los de origen departamental, y estudiar el efecto de las diferencias observadas sobre el resultado de los procesos de agrupación de casuística.

Material y métodos: Se han utilizado los registros CMBD de pacientes que pasaron por una UCI polivalente de adultos junto con sus correspondientes en una base de datos departamental de dicho Servicio a lo largo de dos años. Se estudiaron las cla-

ses obtenidas (CIE-9-MC, GRDs) en ambos casos, y se analizaron las diferencias entre ambas fuentes de información.

Resultados principales: El nivel de concordancia en cuanto a diagnóstico principal se situó en el 87 %. Las áreas de conflicto se centraron en los casos de cardiopatía coronaria aguda sin infarto, arritmias e insuficiencia respiratoria. La detección de comorbilidad significativa a efectos de agrupación se realizó adecuadamente en un 75 % de los CMBDs de origen central. No obstante, en un 15 % de los CMBDs centrales se omitieron complicaciones o comorbilidad relevantes.

Conclusiones: El enlace de registros hospitalarios centrales y departamentales presenta oportunidades interesantes para asegurar el carácter exhaustivo de la codificación de altas. El efecto aditivo de la utilización de una base de datos departamental sobre el resultado de la agrupación por GRDs ha sido considerable en los casos estudiados.

PANEL 35

ETIQUETADO ERGONOMICO DE HISTORIAS CLINICAS. EFECTOS SOBRE LA PRODUCTIVIDAD DE UN ARCHIVO CENTRAL

A. Romero Gutiérrez, L. Romojaro Pérez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción: Un archivo de historias clínicas centralizado ha de proporcionar un servicio de alta calidad a los usuarios finales. Los criterios de seguridad en el acceso, rapidez en la recuperación, fiabilidad en el control de movimientos/existencias y exactitud en la identificación han de dirigir el diseño de circuitos y métodos de procesamiento de las Historias Clínicas.

Objetivos: Analizar la influencia del sistema de etiquetado de Historias Clínicas (HC) sobre el comportamiento del Archivo frente a los principales criterios de evaluación funcional.

Material y métodos: Se procedió a implantar un sistema de etiquetado ergonómico para las carpetas de HC. Cada etiqueta incluye datos básicos de identificación, y el número de HC se representa mediante código de barras, códigos de color y macrodígitos. Se estudiaron indicadores de volumen de movimien-

tos de entrada/salida, volumen de HC Localizadas y proporción de HC no controladas; se analizaron tasas de error de archivado en revisiones sistemáticas, tiempos medios operativos del registro de préstamo/recuperación y tasa de errores de identificación detectados.

Resultados principales: La utilización de códigos de color para la totalidad de los dígitos de identificación permite reducir al mínimo la tasa de errores de archivado y facilita la búsqueda visual. Los macro-dígitos agilizan la recuperación física de la HC y la preclasificación de entradas. El código de barras acelera de forma notable el registro de movimientos, aumenta su seguridad y facilita la detección de errores de manipulación.

Conclusiones: Un sistema de etiquetado ergonómico puede tener efectos muy beneficiosos en el funcionamiento interno del Archivo de Historias Clínicas.



PANEL 36

REPRODUCCION Y PRESTAMO DE DOCUMENTACION CLINICA

C. Gómez Hormigos, A. Moreno González, E. Español Pueyo, P. Rodríguez Manzano
Complejo Hospitalario Móstoles - Alcorcón. Madrid

Introducción: En el Hospital de Móstoles, tradicionalmente la Reproducción y Préstamo de Historias Clínicas es una función del Médico Documentalista.

Para ello, la normativa seguida era la contenida al respecto en el Manual de Uso de la Historia Clínica.

Las solicitudes llegaban al Documentalista a través de distintos puntos (S.A.P., usuario, D. Gerencia, etc.).

Objetivo: En septiembre de 1994 nos planteamos:

- Definir una normativa específica que complementara la ya existente.
- Establecer un circuito.
- Diseñar un Documento de Solicitud, con la finalidad de canalizar y registrar todas las peticiones de documentación clínica dirigidas al Hospital.

Material y métodos:

- Documento de solicitud.
- Establecemos un protocolo que define las condiciones de solicitud (por escrito, DNI, etc.), lugar de recepción, selección y revisión de la información facilitada por el Médico Documentalista.

- Estudio de las solicitudes recibidas durante el periodo del 1-10-94 al 31-3-95.

Se analizarán las solicitudes según:

- Peticionario: Juzgado, Usuario, C.E.P., Atención Primaria, Otro Hospital, etc.
- Documentos solicitados y documentos entregados.
- Entrega excepcional de originales y su seguimiento.

Resultados:

- El circuito creado funciona favorablemente.
- Estamos en proceso de Análisis cuantitativo de las demandas registradas. En el momento actual disponemos de los siguientes datos: El Médico Documentalista ha resuelto 96 solicitudes de juzgados y 136 de Usuarios.

Conclusiones: Pendientes de finalizar el estudio de las solicitudes, si bien ya podemos concluir que el registro de la demanda nos proporciona datos que nos permiten evaluar la procedencia de las solicitudes, permitiéndonos tomar medidas complementarias si fuera necesario.

PANEL 37

IMPLEMENTACION DE UNA METODOLOGIA BASADA EN EL CONTROL ESTADISTICO DE PROCESOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACION HOSPITALARIA

*L. López Duesa, **F. A. Geijo Caballero

*Hospital de Sant Joan de Deu de Martorell. ** Unidad de Garantía de Calidad. Laboratorios LASA, S.A. Barcelona

La fiabilidad de la información hospitalaria es fundamental para la toma de decisiones en el ámbito gerencial, planificación de recursos, apoyo a la asistencia e investigación sanitaria.

El presente trabajo muestra la puesta en marcha de una metodología de control de calidad de la información hospitalaria, basada en la que se está aplicando en el control de calidad de procesos industriales y utiliza la herramienta estadística conocida como «control estadístico de procesos (SPC)» previamente a la aplicación de las normas de muestreo para inspección por atributos (ISO/DIS 2859). La idea es tratar la generación de información hospitalaria como una unidad de proceso de producción. La metodología establecida es la siguiente: 1) Definir lo que es defecto crítico, principal y secundario. 2) Tomar muestras semanales de las altas hospitalarias en n.º proporcional a

las de cada servicio. 3) Comparar la Historia Clínica con la Hoja Estadística y determinar los defectos existentes con los criterios fijados en el punto 1. 4) Realizar los diagramas de control para los defectos críticos, principales y secundarios. 5) Calcular los límites de control y a partir de ellos los «Niveles de Calidad Aceptable» compatibles con los mismos.

Este proceso nos va a permitir dos cosas: 1) Aplicar la norma de muestreo ISO/DIS 2859 en condiciones en que se minimizan las situaciones con riesgo B elevado. 2) Continuar realizando los diagramas de control para detectar variaciones, en el tiempo, de la calidad de la documentación generada e incluso poder establecer la eficacia de las medidas que desde la Dirección se puedan establecer para mejorar la calidad.



PANEL 38

UNIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

J. Vélez Roncero, *F. Taberner Alberola, *P. Tirado, *S. Aymerich, **R. Peris Bonet

*Hospital Clínico Universitario de Valencia. **IEDHC (CSIC - Universidad de Valencia). Valencia

El Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCU) contaba, desde 1971, con un Archivo Central de Historias Clínicas (ACHC) y un SRI Clínico automatizado restringido a las historias clínicas (HH.CC.) de pacientes con hospitalizaciones. La cobertura de la HC unificada se limitaba, también, a los pacientes que habían sido hospitalizados. De tal modo que las diferentes consultas externas mantenían sus propias HH.CC. para aquellos pacientes que no se hospitalizaban y, en todo caso, hasta el momento de la misma. En 1992, aprovechando la necesidad de organizar un Archivo Externo (AE) y en la perspectiva de que se implantaría un sistema informatizado para la Admisión de pacientes y consultas externas, se inició un programa de unificación de HH.CC., con el objetivo de obtener una historia clínica unificada para cada paciente activo.

Se partió de un total evaluado en 500.000 HH.CC. potencialmente unificables, aparte de las del ACHC, distribuidas en series documentales manuales, cuyas características formales, de clasificación e indexación eran diversas. Se organizó un Índice de pacientes y se dispuso un procedimiento sistemático, integrado en el procedimiento general de recuperación de las HH.CC. para asistencia para el enlace (manual, con ayuda informática) de las HH.CC. correspondientes a los mismos pacientes.

Esta comunicación describe el procedimiento utilizado; los resultados cuantitativos de la unificación hasta el momento presente; y las principales dificultades y las experiencias de posible interés para otros centros.

PANEL 39

INDICADORES AUTOMATIZADOS DE ACTIVIDAD Y CALIDAD EN DOCUMENTACION CLINICA

P. Fernández Muñoz, M. L. Tamayo Canillas

Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias

Introducción: Al intentar establecer un programa de calidad dentro del Servicio de Documentación y Archivo Clínico nos encontramos con que es difícil disponer de personal que se pueda dedicar a hacer revisiones, recolectar datos, realizar muestras... No obstante creemos que no por ello hemos de renunciar a monitorizar su funcionamiento hasta donde sea posible.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo es identificar aquellos indicadores, tanto de actividad como de calidad, que pueden obtenerse de forma automatizada y que son útiles en la planificación o evaluación del trabajo en el Servicio.

Material y método: La gestión de pacientes en nuestro hospital está informatizada fundamentalmente mediante el Aplicativo I del Plan DIAS, aunque existen algunas aplicaciones desarrolladas en el propio centro (Gestión del pasivo, Registro de anulaciones...).

En la definición de los indicadores se parte de las siguientes premisas: 1) La obtención debe ser totalmente automática, sin que sean necesarias ninguna manipulación previa o elaboración final. 2) El trabajo de captación de datos no ha de aumentar, respecto al actual. Los datos son los recogidos u originados durante el trabajo diario. 3) No se ha de alterar ningún programa existente, sólo añadir aquellos necesarios para hacer la explotación de la información.

Los pasos que se siguen son: 1) Seleccionar los aspectos que se han de monitorizar. 2) Analizar los datos que constituyen la base de datos. 3) Definir los indicadores que se pueden establecer, esquematizándolos en: indicador, fórmula, tipo (actividad o calidad), área a la que pertenece (Archivo de Historias Clínicas o Información Clínica), y con qué se pone en relación (crecimiento, movimiento, disponibilidad, cumplimentación...). 4) Valorar la viabilidad de su explotación informática.

Sobre los posibles indicadores teóricos se escogieron los que mejor cumplían el objetivo y los requisitos previos.

Resultados: Se obtienen dieciséis indicadores.

Los indicadores se refieren a la proporción de historias activas y pasivas, índices de inactivación y reactivación, historias abiertas y porcentaje de anulaciones, provisionales originados y asignados a historias antiguas, distribución de préstamos por motivo y servicio, peticiones atendidas, demora media en el envío al Servicio de Urgencias, altas codificadas según documento fuente y pendientes de codificar, promedio de diagnósticos y procedimientos por episodio, y grado de cumplimentación del CMBD.

Nueve son de actividad y siete son de calidad. De ellos, once corresponden al Archivo de Historias clínicas y cinco a Información Clínica.

Conclusiones: 1) Es factible, e incluso sencillo, automatizar prácticamente todos los indicadores de actividad del Archivo de Historias Clínicas, y una parte importante de los correspondientes a Información Clínica. Existen otros no automatizables dentro del sistema de gestión de pacientes, como por ejemplo los relativos a la recuperación de la información clínica codificada. 2) Relacionando los indicadores de actividad automatizados con el personal y la distribución de tareas, se pueden calcular fácilmente otros no automáticos concernientes, fundamentalmente, a cargas de trabajo o rendimientos. 3) Los indicadores específicamente referidos a calidad resultan difíciles de tratar de forma automática. No obstante, también es posible informatizar algunos claramente significativos.

PANEL 40

UTILIZACION DEL BANCO DE DATOS DE HISTORIAS CLINICAS COMO INDICADOR DE ACTIVIDAD CIENTIFICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. ESTUDIO COMPARATIVO A TRAVES DE 10 AÑOS DE EVOLUCION

E. Casado, P. Ocón, F. Girón, A. Tristán, E. Fernández, E. Navarro, C. Laraño

Hospital Clínico Universitario. Granada

La cantidad y complejidad de la información que se genera en un hospital, hace imprescindible, como sabemos, la existencia de profesionales y técnicas que se ocupen del adecuado aprovechamiento de la misma, implantando los sistemas de información. Esto no se justificaría por si solo si se utilizara esta información únicamente para la asistencia o la gestión de los recursos hospitalarios: GRDs, PMCs, etc., como las tendencias y necesidades actuales nos obligan. En los últimos años ha aumentado el interés por los sistemas de información, como medio de conocimiento de la actividad hospitalaria.

El objetivo de este trabajo es ver la situación actual de nuestro banco de datos y su grado de utilización. Partiendo de un estudio hecho en el año 1984 en nuestro hospital, hacemos el mismo estudio y comparar y ver la evolución que ha sufrido en su utilización este banco de datos centralizado, si tenemos en cuenta lo que ha supuesto la aparición de los ordenadores personales.

Se diseña un protocolo en el que se recogen las variables a estudiar: fecha de petición, peticionario, categoría, servicio al

que pertenece; motivo de la petición (investigación, docencia, etc.); contenido clínico, etc.

Se analiza la variación que ha habido durante esos años. Vemos que para el grupo de años 1987, 88, 89, 90, 91 no hay diferencias entre ellos, en cuanto al número de peticiones se refiere con un test de $\chi^2 = 2.86$ con 3 g.l. y una significación de $p > 0.10$. Del mismo modo tampoco existen diferencias entre los años 1992, 93, 94, con un valor de $\chi^2 = 0.36$ con 2 g.l. y una significación de $p > 0.50$. Igualmente sucede con los años 1980, 81, 82, entre los cuales tampoco se hallan diferencias con un valor de $\chi^2 = 1.36$ con 2 g.l. y una significación de $p > 0.30$. Podemos afirmar por tanto que hay tres grupos homogéneos entre sí: el de los años 1988-1991, donde hay un promedio de peticiones superior al de otros años, el de los años 1980-1982 en el que hay un promedio inferior respecto al grupo primero y por último el de los años 1992-1994 con un promedio inferior respecto al grupo primero y sin diferencias respecto al segundo, es decir: grupo 88-91 > grupo 80-82 = grupo 92-94.

PANEL 41

CONTROL DE CALIDAD GLOBAL EN EL SERVICIO DE DOCUMENTACION MEDICA DE LA FUNDACION PUIGVERT - BARCELONA

M. M. Bombardó, H. Isábal, C. Jiménez, J. A. Muñoz

Fundación Puigvert. Barcelona

Introducción: Para mejorar la información del subsistema de información hospitalario que mantiene el servicio hemos establecido la práctica sistematizada de evaluaciones de calidad en varios de los procesos.

Objetivos: Mostrar nuestros distintos niveles de control de calidad:

- Control de movimiento de las historias clínicas.
- Control del Fichero índice de pacientes (F.I.P.)
 - Duplicidad N.º historia clínica
- Control de codificación - ICD-9-CM
 - Del Informe de Alta
 - Del Registro de Quirófano.
 - Del Registro de Urgencias.

Material y métodos:

- Estadillo diario de movimiento de las historias clínicas.
- Apertura diaria de las historias clínicas nuevas: Control cuantitativo y cualitativo, según normas.
- Control mensual de codificación en Informe de Altas: Correlación Diagnóstico principal / Procedimiento principal.
- Control mensual de codificación en Registro de Quirófano: Correlación Diagnóstico principal / Procedimiento principal.
- Control mensual de codificación en Registro de Urgencias: Correlación Código ICD-9-CM / Literal diagnóstico de presunción.

Resultados principales y conclusiones: Nuestra experiencia práctica, permite ver el impacto de las medidas de mejora en los resultados obtenidos. Así como sistematizar los distintos problemas en nuestro sistema de información y darles respuesta.



RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: ATENCION PRIMARIA

PANEL 42

LA INFORMACION AL SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

J. Ribera Catarina, B. Molina Soler, M. Brusosa Roca, M. Avendaño Rodríguez, J. M. Picas Vidal

CAP (Centro de Atención Primaria) - Barceloneta. Barcelona

Introducción: Un sistema de información, al servicio de una organización compleja, que desea prestar una atención sanitaria integral y responsable, debe tener presente:

- La atención puede realizarse a diferentes niveles, que deben estar interrelacionados.
- La continuidad de la asistencia implica conocer las atenciones prestadas a cada nivel que permitan tomar decisiones eficaces y eficientes.

Objetivos: Desde su apertura en mayo de 1993, el Centro de Atención Primaria de Barceloneta, está trabajando en la línea de medicalizar el sistema de información.

El sistema integra la información generada a nivel de Atención Primaria, y un conjunto mínimo de datos básicos de la atención en consultas externas, urgencias y hospitalización, referidos a la población asignada, en el hospital de referencia. Se dispone de esta información en la consulta médica, mediante una red de ordenadores.

El aspecto de participación en la validación y explotación de la información de los facultativos, a la vez que generadores de la misma, es la mayor garantía de calidad del sistema.

Material y métodos: Codificación centralizada, con la clasificación ICD-9-CM de los siguientes procesos:

- Motivos de consulta [muestra significativa].
- Problemas de salud.
- Diagnósticos de casos derivados a otro nivel asistencial.
- Procesos de I.L.T.
- Motivos de petición de exploraciones complementarias externas al CAP

Resultados principales: Presentamos algunos resultados de la exploración de 1994, que permiten:

- Detectar y evitar prestaciones duplicadas en diferentes niveles asistenciales.
- Analizar la composición de casos atendidos y derivados.
- Evaluación de costes por patología, en determinadas prestaciones.

Conclusiones: Esta fase del proyecto de medicalización del sistema de información, muestra la idoneidad de la clasificación ICD-9-CM para procesos de atención primaria. También ha permitido a los facultativos familiarizarse con los datos mecanizados y obtener de forma ágil información relevante tanto para la asistencia como para evaluación del proceso y resultados, gestión, investigación y docencia.

PANEL 43

UTILIZACION DE LOS CODIGOS DIAGNOSTICOS DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ATENCION PRIMARIA (CIAP) EN UNA ZONA BASICA DE SALUD (ZBS) INFORMATIZADA HOSPITALARIA

Ll. Balañá, Ll. Colomés, A. Collado, J. A. Bilbao, J. M. Carbonell, J. Guix, Ll. Nualart

Área de Planificación i evaluació SAGESSA. Unitat Clínico-Experimental Hospital Universitari Sant Joan - Facultat de Medicina, Universitat Rovira i Virgili, Reus. Tarragona

Disponer de sistemas de información en APS ayuda a conocer la morbilidad asistida, bien con fines prácticos (enfermedades de declaración obligatoria, etc.) o con fines científicos (incidencia, prevalencia, investigación, control de calidad, etc.).

Para conocer esta morbilidad asistida es necesaria la utilización de un sistema de codificación fácil, ágil, flexible, utilizable por todos los profesionales sanitarios. Presentamos nuestra experiencia de tres años en la utilización del CIAP para codificar todos los motivos de asistencia y los diagnósticos realizados.

Con la estructura y los códigos del CIAP, se han confeccionado códigos propios, tanto de los síntomas, procesos diagnósticos, de seguimiento, burocráticos-administrativos, como específicos, añadiendo un tercer dígito a fin de poder conocer los diferentes aspectos de una patología concreta, (diagnóstico inicial, visita

de seguimiento, complicaciones, continuación de tratamiento, pruebas complementarias y educación sanitaria), especialmente de aquellas patologías más prevalentes y crónicas.

Durante los 3 años de funcionamiento de la ZBS, con la cobertura asistencial de 5.338 habitantes, se han codificado los 141.090 motivos de consulta / diagnósticos realizados, permitiéndonos conocer todos los aspectos sanitarios de nuestra población.

La utilización del CIAP ha demostrado ser fácil y práctica para clasificar los motivos de consulta, permitiéndonos conocer la morbilidad y los datos epidemiológicos específicos de nuestra ZBS, asimismo permite la codificación de problemas no estrictamente médicos (sociales, familiares, etc.) que la APS debe conocer para ofrecer una atención integral.

PANEL 44

CALIDAD DE LOS INDICADORES DE EVALUACION DE EDUCACION PARA LA SALUD

F. B. Ramos Postigo, J. E. Calle Urra, P. A. Martínez López, J. M. Sánchez Clares, E. Aguinaga Ontoso
Dirección General de Salud y Consumo. Murcia

Introducción: La Educación para la Salud es un instrumento fundamental para la Promoción de la Salud, así como la prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad. Estas actividades que son inherentes a cualquier acción del Sistema Sanitario están cuestionadas por los profesionales sanitarios, argumentando que no existen indicadores fiables que midan los efectos sobre el nivel de Salud de la población.

Objetivos: Identificar los sistemas de información y los indicadores más utilizados para evaluar la Educación para la Salud.

Material y métodos: La información ha sido recogida mediante un cuestionario auto cumplimentado por los participantes de diferentes Comunidades Autónomas en un seminario de Educación para la Salud. Este cuestionario constaba de 19 preguntas sobre la metodología, sistemas de registro, indicadores de evaluación, grado de satisfacción de los profesionales, así como sugerencias para mejorar la calidad de los mismos.

Resultados más relevantes: La mayoría de los profesionales de Atención Primaria de Salud utilizan una metodología participativa en la realización de las actividades.

Para la construcción de los indicadores sólo el 27 % de los profesionales utiliza la población diana y el 55 % utiliza registros de actividades destacando que menos del 10 % utiliza hoja de informes de las actividades para la construcción de los mismos.

Otro dato significativo es que la mayoría de los profesionales no están de acuerdo con los indicadores solicitados por la Administración.

Conclusiones: Las fuentes de información para construir indicadores de Educación para la Salud no están unificadas, a pesar de existir normas técnicas mínimas en algunas actividades ofrecidas en la cartera de servicios del INSALUD.

La falta de información y formación de los profesionales para la construcción de instrumentos fiables de evaluación, cuestiona la calidad de los mismos.

PANEL 45

VALIDACION DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACION DE ACTIVIDADES DE EDUCACION PARA LA SALUD LLEVADAS A CABO POR LOS EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA DE LA REGION DE MURCIA DURANTE EL PERIOD 1990 / 1993 COMO SISTEMA DE INFORMACION

F. A. Martínez López, J. M. Sánchez Clares, F. B. Ramos Postigo, J. E. Calle Hurra, E. Aguinaga Ontoso
Dirección General de Salud y Consumo. Murcia

Introducción: La recogida de información de los EAP sobre actividades de Educación para la Salud se plantea a partir del año 1992 en que se realiza un cuestionario que sirva para obtener datos sobre cada una de las actividades y unificar criterios. Se trata de cuantificar cada actividad con los ítems que se marcan.

La validez del cuestionario se resuelve a raíz de los resultados obtenidos después de ofrecer el cuestionario durante dos años a los EAP.

Objetivos: Validar el cuestionario como sistema de información de las actividades de EpS que desarrollan los EAP de la Región de Murcia.

Obtener datos sobre las actividades que en materia de EpS han desarrollado los EAP en la Región de Murcia en los años anteriores a 1990 y 1993 incluido.

Material y métodos: Se envió a cada EAP un cuestionario por actividad de EpS en el que se recogían los siguientes ítems: lugar de la actividad, tipo de actividad, población diana, participantes (profesionales, estudios e instituciones), gastos, tema o temas específicos tratados, justificación, métodos, evaluación y valoración.

Resultados: Es de destacar que el 62,4 % de los EAP «NO» registran las actividades de EpS, siendo el C.S. de Jumilla el que

más cuestionarios apunta (25,5 %). La población diana a la que van dirigidos es sobre todo a la Comunidad Escolar (61,3 %), la incidencia en cuanto a participantes es alumnos de EGB (33 %) y profesores de EGB (37,7 %). La organización de las actividades correspondían a los sanitarios (64,1 %). Es de destacar que el (94,3 %) no reflejan los gastos de las actividades, y los temas más tratados monográficamente fueron «Alimentación» y «Salud Bucodental». Las actividades eran programadas dentro de un programa de salud (22,6 %). Las actividades fueron charlas/colocuio con medios audiovisuales (34,9 %). En los cuestionarios no responden sobre la evaluación ni cualitativa ni cuantitativa (31,1 %), así como sobre la valoración de los organizadores y valoración de la comunidad.

Conclusiones: La validación de este cuestionario como sistema de información habría que consensuarla con los EAP, pues por los resultados obtenidos no parece que sea un sistema aceptado por los mismos.

El cuestionario en sí mismo presenta unos ítems de sencilla respuesta e interesantes resultados como lo demuestran aquellas EAP que los han cumplimentado, pero ha existido algún defecto de forma ya que un porcentaje muy elevado de los EAP de la Región (62,4 %) no lo ha aceptado.

PANEL 46

INTERCONSULTAS ENTRE LA ATENCION PRIMARIA - ATENCION ESPECIALIZADA EN LA DERIVACION DE PACIENTES

V. J. García Gil, C. Perpiñá Fortea, M.ª A. Natera Martín, F. J. Ingelmo Martín, A. Giménez Ribeiro, J. M.ª Medialdea Jiménez, P. A. Beigveder Montero, J. A. Salazar Agulló

Hospital General Básico de la Axarquía. Torre del Mar. Málaga

Objetivo: Conocer el grado de comunicación entre médicos de atención primaria y especialistas en la derivación de pacientes.

Diseño: Estudio observacional de carácter descriptivo, sobre una ventana de tiempo de 1 año (1994) con carácter retrospectivo.

Emplazamiento: Área de Salud de la Axarquía. Distrito Sanitario (7 Zonas Básicas de Salud) y Nivel especializado, Hospital General Básico de la Axarquía, de Málaga.

Pacientes y otros participantes: Población diana: Pacientes derivados desde A.P. a las consultas de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Pediatría, Urología y Digestivo. Muestra: n = 350 ($\alpha = 0.05$; $p = q = 0.5$; $\delta = 0.05$), identificados mediante hoja de interconsulta.

Mediciones y resultados principales: Variables en estudio: referentes a identificación del solicitante, especialidad, datos clínicos, y correlato con similares del 2.º nivel.

Fuente de datos: Hoja de interconsulta, Historias Clínicas en 2.º Nivel y en A.P.

Tratamiento estadístico: está previsto realizar estudio univariante mediante estadística descriptiva de frecuencias y su presentación por servicios, Zonas Básicas, etc.

Conclusiones: En la fase actual, se detecta un gran número de información perdida, escasa retroinformación (diagnóstico y tratamiento) a los médicos de atención primaria, quedando por analizar la parte más importante de nuestro trabajo, actualmente en fase de análisis.

PANEL 47

UTILIDADES DE LA INFORMATIZACION DE DATOS BASICOS EN UN CENTRO DE SALUD

M. Gómez, R. Pinto, C. Oliva, P. Padilla, F. Muñoz, J. M. Espinosa

Centro de Salud Limonar. Málaga

Los Sistemas de Información Sanitaria son un instrumento básico para la prestación de una atención de calidad a nuestros usuarios, para las actividades preventivas y de promoción de la salud y para la investigación y docencia en Atención Primaria. Su conformación y características deben adaptarse a sus amplias y complejas aplicaciones.

Objetivo: Utilización de un soporte informático para el manejo de datos de pacientes adscritos a la Zona Básica de Salud.

Material y métodos: Se realiza una base de datos en DBase III plus, recogiendo: nombre, apellido 1, apellido 2, fecha nacimiento, dirección, teléfono, n.º asegurado, dígito del mismo, n.º Historia clínica y dígito, pensionista, pediatría, marcadores de patología (10). Se utiliza un diseño de pantalla con ejecución de un fichero BAT desde el directorio raíz.

Resultados: Se ha aplicado a 5.500 pacientes historiados correspondientes a 8 Unidades de Atención Familiar (UAF). Sus aplicaciones en esta experiencia preliminar son: acceso directo a los datos de filiación, obtención de listados por patologías y UAF para el seguimiento de pacientes crónicos, envío de documentación para actividades de promoción de salud y preventivas (vacunas, citologías, etc.), captación para programas (Niño Sano, Crónicos, Tarde Joven...), facilitar la evaluación y la investigación. El inconveniente que presenta es la necesidad de conocimientos básicos en DBaseIII para su utilización por parte de todos los profesionales.

Conclusiones: La informatización de los datos básicos recogidos en el fichero de edad y sexo permite agilizar la práctica cotidiana de las actividades del centro de salud.



RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: DOCUMENTACION CIENTIFICO-MÉDICA

PANEL 48

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PRODUCCION CIENTIFICA SOBRE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION CLINICOS Y SANITARIOS (1983-1992)

R. Aleixandre Benavent, M. F. Abad García, R. Peris Bonet

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia CSIC / Universitat de Valencia, Valencia

Objetivo: Realizar un análisis de las características de las publicaciones científicas producidas por autores españoles y aparecidas en revistas.

Material y método:

1. Fuentes: base de datos IME, base de datos MEDLINE, sumarios de revistas y bibliografías de los trabajos recuperados.
2. Se describe el aporte específico de cada fuente.
3. Tipo documental analizado: artículos de revista, originales o de revisión y comunicaciones (se excluyen editoriales y cartas).

4. Variables analizadas: año de publicación del trabajo; tipo documental; número de firmantes; índice firmas/trabajo; institución de trabajo de los autores; revista de publicación.

Resultados: 111 trabajos recuperados en total, incluyendo cartas y editoriales; con un aporte de: IME 74 trabajos; MEDLINE 46; sumarios 75; bibliografías 33; y un aporte específico de IME 16; MEDLINE 17; sumarios 11; bibliografías, 3. De los 111 trabajos 91 eran artículos o comunicaciones.

Hasta 1987 el número de trabajos es muy pequeño. El total de autores es 337. El número máximo de trabajos por autor es 7. El índice firmas / trabajo es 4.20. Las instituciones más productivas son los hospitales y los organismos oficiales de Sanidad. Se identifican 25 revistas distintas, de las que 5 forman el núcleo más productivo.

PANEL 49

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PRODUCCION CIENTIFICA DE ARTICULOS ESPAÑOLES RELACIONADOS CON LA DOCUMENTACION MEDICA; AÑO 1994

R. Aleixandre Benavent,¹ M. F. Abad García,¹ A. Agulló,² B. Cantos Aldaz,¹ R. Albelda Diana,¹ E. Wulff Barreiro¹

1. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC / Universitat de Valencia). Valencia

2. Hospital Gran Vía de Castellón

Introducción: El **objetivo** de este trabajo es el estudio descriptivo de la producción de artículos españoles sobre documentación médica en 1994.

Métodos: La población de artículos se obtuvo revisando los sumarios de más de 250 revistas españolas de medicina y documentación, y confirmando su pertenencia mediante el examen del texto. Se creó una base de datos en dBASE IV que permitió la descripción estadística de la información.

Resultados: Se han obtenido 280 artículos españoles sobre temas relacionados con la documentación médica. El 63 % de los artículos son trabajos originales y el 18 % resúmenes de comunicaciones a congresos publicados en revistas. Los trabajos se publicaron en 63 revistas distintas y las que más artículos han aportado

fueron: Medicina Clínica (10 %), Atención Primaria (9 %), Revista de Calidad Asistencial (9 %) y Todo Hospital (8,5 %). El 15 % de los artículos procede de Unidades o Servicios de Documentación, Archivo, Admisión o Información Sanitaria; el resto de trabajos se dispersan en otras unidades, entre las que destacan las de Epidemiología y Salud Pública, Medicina Familiar y Comunitaria y Farmacia. Colaboraron más de mil autores y el número medio de autores por trabajo fue de cuatro.

Conclusiones: La Documentación Médica es una disciplina joven, en pleno desarrollo y consolidación, como indica el reciente aumento de la investigación en este campo, la dispersión de las publicaciones en múltiples revistas y su procedencia desde diversos centros y servicios.



PANEL 51

EFICACIA DE LAS ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA PARA LA RECUPERACION DE TRABAJOS ESPAÑOLES SOBRE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIOS (1983-1992)

M. F. Abad García, R. Aleixandre Benavent, R. Peris Bonet

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC / Universitat de Valencia). Valencia

Objetivos: Aplicar un procedimiento sistemático para la recuperación exhaustiva de trabajos publicados en revistas españolas sobre evaluación de los sistemas de información clínicos y sanitarios (1983-1992), y analizar los términos útiles, el aporte y los fallos de las fuentes.

Material y Método:

1. Fuentes: base de datos IME, sumarios de revistas y bibliografías de los trabajos recuperados.
2. Indicadores: términos coincidentes entre perfil de búsqueda, títulos y palabras clave; índice de aporte, aporte específico y solapamiento; y fallos del usuario, actualización y cobertura.

Resultados:

1. 94 trabajos recuperados; 83 con, al menos, un término del tema.
2. Aporte: IME 74 trabajos; sumarios 75; bibliografías 33.
3. Aporte específico: IME 16; sumarios 12; bibliografías 2.
4. Solapamiento entre las fuentes 25,5 %. Se observa que las fuentes son complementarias. Se presenta una lista de términos para perfiles.

PANEL 53

UN MODELO BIBLIOMETRICO PARA DETERMINAR LA INFORMACION ESTRATEGICA SOBRE UN TEMA Y SU DISPERSION

E. Wulff Barreiro, R. Aleixandre Benavent

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC / Universitat de Valencia). Valencia

Introducción y objetivo: La bibliografía sobre un tema suele concentrarse en un núcleo de revistas más productivas y el resto se dispersa en múltiples fuentes que, ocasionalmente, proporcionan algún trabajo relevante. Recuperar todos los trabajos resulta prácticamente imposible, por lo que resulta útil disponer de instrumentos que permitan determinar el núcleo básico de fuentes que obtengan el mayor número de trabajos sin perder cantidades importantes de información relevante.

Material y métodos: El método aplicado emplea los procesos bibliométricos desarrollados por Bradford, Leimkuhler y Groas. Se utiliza como material la literatura técnica sobre los efectos secundarios del fármaco Captoril.

Resultados: Un núcleo de 21 revistas asegura un seguimiento de las publicaciones sobre farmacovigilancia de los efectos secundarios del fármaco, si bien con tan sólo 10 se puede disponer de la información estratégica. La mayor parte de la información se puede recuperar limitando la búsqueda de títulos. La mayoría de las revistas tiene una circulación alta.

Conclusiones: La aplicación combinada de algunos modelos bibliométricos junto a la consideración del carácter exponencial del crecimiento de la ciencia puede permitir definir el núcleo básico de información relevante sobre un tema determinado.

PANEL 54

CORRELACION CALIDAD-REPERCUSION EN LAS MATRICES CUADRADAS DE CITAS. SU EXPLOTACION PARA LAS REVISTAS ESPAÑOLAS DE MEDICINA INTERNA Y SUS ESPECIALIDADES

E. Wulff Barreiro, R. Aleixandre Benavent

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC / Universitat de Valencia). Valencia

Introducción y objetivo: Contrastar el análisis matricial y el bibliométrico en la elaboración de indicadores de calidad de la información científica en Medicina Interna y sus especialidades.

Método: Se ha construido una matriz de consumo/producción de información (input/output) a partir de los datos que aporta el Índice de Citas e Indicadores Bibliométricos de Revistas Españolas de Medicina Interna y sus Especialidades. 1990. La calidad, según Burke y Price (1981), responde al cociente entre el input y el output. Se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La medida de la calidad expresada en términos matriciales no se corresponde con los indicadores de repercusión de la literatura española en Medicina Interna (año 1990), en la perspectiva de la circulación nacional de información científica.

Conclusiones: El análisis de matrices en los estudios cienciométricos en España, merece ser estimulado. Su aportación a las estadísticas ofrece un plano necesario para la discusión científica.

PANEL 52

ESTUDIO DE LOS RECURSOS QUE OFRECE LA RED INTERNET A LOS INVESTIGADORES MEDICOS

J. V. Giménez Sánchez, R. Aleixandre Benavent, J. C. Valderrama Zurián, J. Osca Lluch, A. de la Cueya Martín, A. Almero

Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC / Universitat de València). Valencia

Introducción: En los últimos años Internet se ha convertido en la red de transmisión de datos más extensa del mundo. Si bien no existen datos para calcular su tamaño exactamente, se calcula que engloba alrededor de 2.000 redes y acceden a ella unos 25.000.000 de usuarios, que generan y distribuyen cantidades ingentes de información, creciendo estas cifras cada vez más rápidamente. De este modo, se convierte en un instrumento muy útil para los investigadores, ya que les ofrece un mecanismo potentísimo de comunicación de información y de acceso a bancos de datos. En la presente comunicación se hace una introducción a los diferentes servicios ofrecidos por Internet (Listas de correo, Noticias, Correo electrónico, Gopher, WWW, Wais, Emulación de terminal, etc.) y se exponen los beneficios que pueden obtener los investigadores médicos a través de su uso.

Método: Se han buscado los recursos que ofrece Internet a los investigadores médicos utilizando principalmente dos vías: por una parte se han consultado diversos catálogos de servicios Internet, para localizar las publicaciones electrónicas, listas de correo y listas de noticias sobre biomedicina. Por otra parte se ha

utilizado la conexión a Internet desde la Facultad de Medicina de Valencia para consultar los servicios de Gopher, FTP y World Wide Web que incluyen información sobre este tema.

Resultados: las posibilidades que ofrece Internet a los investigadores médicos son muchas y muy variadas. La red les ofrece un sistema muy rápido y eficiente de comunicación como es el correo electrónico, y además multitud de fuentes de información tales como revistas electrónicas (por ejemplo, Research in Surgery, accesible en el Gopher de la Universidad de Valencia), grupos de noticias de Usenet (como bionet.immunology), acceso a bases de datos bibliográficas (Medline, Embase) o de referencia (por ejemplo, Genetics Bank, base de datos de secuencias proteicas), y servidores de información FTP, Gopher y WWW especializados.

Discusión: Se propone la creación de una lista de correo especializada en documentación médica, que permita la comunicación de los documentalistas para intercambiar información sobre la especialidad y para obtener la máxima difusión de los recursos disponibles.



RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: INFORMACION Y GESTION

PANEL 55

ANALISIS DEL PRODUCTO HOSPITALARIO

C. Blázquez Gómez

U. de Codificación. Servicio Admisión. H.N.S. del Pino. Las Palmas

Introducción: Desde la Unidad de Codificación contribuimos a elaborar información para poder utilizar los S.C.P., como instrumento válido de medición de la actividad médica.

Objetivos: Evaluar la producción hospitalaria para el 1.º semestre de 1994. Validar el S.C.P. [AP] GDR-R como instrumento adecuado para la gestión.

Material y métodos: El CMED del A.E. Las Palmas Norte. El agrupador analizadora estadística de Madigest.

Analizando en las GDR-R las variables: n.º casos, E. M., Desviación Media, % Pac. Outler, % trasladados, I. Case-Mix, I. Mortalidad. Comparando entre servicios clínicos para los mismos GDR-R, y de Estancias Medias Nacionales.

Resultados principales: Las altas codificadas fueron el 99,83 % y la agrupación en GDR-R fue del 98,45 %.

Quedó de manifiesto la eficacia de unos Servicios Clínicos y la ineficacia de otros sobre determinados GDR.

El impacto-exceso para cinco GDR fue de 2.985 días, que supondrían 238 camas libres para una E.M. de 14 días y un I. de Ocupación de 91,30 %.

Las estancias para pacientes potencialmente ambulatorios fueron 2.950 días, en camas libres serían 211 camas.

El I. Mortalidad fue de 8 %, el I. Infección del 16 % y el de Case-Mix de 1,58 %.

Conclusiones: Con el S.C.P. (AP) GDR-R se obtiene un conocimiento exhaustivo de la casuística hospitalaria.

Hay una falta de coordinación en el nivel primario de salud para llevar programas conjuntos sobre atención domiciliaria, facilitando así el alta precoz y evitando ingresos innecesarios.

Revisar o crear protocolos de actuación clínica en los servicios ineficaces.

Es necesario la incentivación para la responsabilización de los profesionales en la gestión de recursos. Y el desarrollo de estos sistemas de información (S.C.P.) de manera que permitan la evaluación continuada.

PANEL 56

ANALISIS DE LA INFORMACION SANITARIA A TRAVES DEL G.R.D.

J. Prinz Diaz, D. Prinz Diaz

Hospital Insular. Las Palmas

Introducción: Si bien la literatura que aborda temas de calidad y los intentos de aproximación para alcanzar una definición consensuada incrementa constantemente aún no se ha establecido un acuerdo entre los profesionales sanitarios, a medida que surgen necesidades en el campo de la gestión y la asistencia se desarrollan sistemas de medida—Case Mix—que responden a las variaciones en el consumo de recursos en los Hospitales y en ocasiones indican la existencia de problemas de calidad.

Objetivos:

1. Análisis cualitativo de la información (altas 1993-94) a través del G.R.D.
2. Usuarios.
3. Finalidad.

Material:

1. El informe de alta / Historia Clínica genera información hasta hace poco de uso limitado como medida de actividad hospitalaria, cuyo objetivo era servir al conocimiento de la patología atendida en el Hospital en términos estadísticos de morbi-mortalidad.

2. S.R.I. automatizados (Clinos / D.I.A.S. / Codif.).

Resultados: Utilidad del G.R.D. ligada al proceso de codificación a partir de la Historia Clínica. Se analiza:

1. Fuentes de datos analizados (ej: documentos médicos, enfermería).
2. Ventajas y finalidad práctica del G.R.D.
3. Exhaustividad en los datos d.p.v. cualitativo.

Conclusiones: Si la Historia es el elemento adecuado para disponer de información asistencial el informe de alta es limitado en algunos casos (ej.: servicios quirúrgicos) para explicar variaciones no documentadas (complicación postquirúrgica con incremento de estancia y consumo de recursos).

El G.R.D. amplía el conocimiento de la casuística hospitalaria en n.º aspectos necesarios para la actividad asistencial y la Gestión (estancias atípicas, impacto de la estancia, morbilidad, complejidad de la patología asistida, etc.) siendo una herramienta eficaz en términos diferenciadores en la protocolización diagnóstico-terapéutica de los pacientes en el Hospital.

PANEL 57

SELECCION DE CASOS ATIPICOS EN BASES DE DATOS DE CASUISTICA

A. Romero Gutiérrez, M. A. García Sánchez

Hospital «Virgen de la Salud». Toledo

Introducción: La aplicación de sistemas de agrupación de case-mix a los registros de CMBD de hospitalización ofrece numerosas oportunidades para el conocimiento y la valoración del producto del hospital. Sin embargo, la influencia de los casos excepcionales puede crear distorsiones significativas en el momento de interpretar los resultados del análisis de casuística. Una metodología correcta de identificación de casos extremos (*outliers*) permite incrementar la homogeneidad de los grupos en términos de complejidad o consumo de recursos.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos con distintas alternativas de identificación de casos extremos en la base de datos de CMBD de un hospital general.

Material y métodos: Se utilizaron los registros CMBD correspondientes al año 1994; la agrupación de casos se realizó mediante un agrupador de GRDs (AP - DRG Grouper v. 10). El re-

sultado se trató mediante instrumentos de análisis estadístico y se identificaron los casos extremos mediante diferentes técnicas alternativas. Los resultados se estudiaron tratando de caracterizar el comportamiento de diferentes criterios de exclusión de casos frente a diferentes grupos y categorías diagnósticas.

Resultados principales: Se analizaron 21.737 altas de hospitalización, con una estancia media de 9.25 días. Se obtuvo un total de 525 GRDs diferentes. En los resultados obtenidos con las distintas técnicas utilizadas, el método del rango intercuartílico mostró un comportamiento global distinto del de percentiles simples o la desviación standard.

Conclusiones: La selección de una técnica para la exclusión de casos extremos en la explotación de bases de datos de casuística tiene efectos perceptibles sobre el poder de reducción de la variabilidad intra-grupo.

PANEL 58

ACTIVIDAD HOSPITALARIA: CONJUNTO MINIMO BASICO DE DATOS DEL ALTA HOSPITALARIA DE CATALUÑA, AÑO 1993

T. Salas, X. Salvador, M. Bustins, G. Barba

Servicio Catalán de la Salud. Àrea Sanitaria. Barcelona

Introducción: El registro sistemático de la morbilidad y la actividad de los centros hospitalarios es un instrumento de gran importancia para los hospitales y para las administraciones sanitarias, porque permite conocer la patología atendida, las características de esta atención y su evolución temporal. En consecuencia, es un instrumento indispensable para la gestión de los centros, para el análisis de la calidad y la adecuación y para definir la compra de servicios.

Objetivos: Describir las características de las altas de los hospitales de agudos de Cataluña generadas durante el año 1993.

Material y métodos: La información se obtuvo del registro informatico del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBDAH) que recoge sistemáticamente datos clínicos y administrativos de las altas generadas en los hospitales de Cataluña. Durante el año 1993, el registro del CMBDAH ha recibido información de 76 hospitales, de los cuales 69 pertenecen a la Red de hospitales de utilización pública (SHUP) y 7 son privados. Esta información representa el 99 % de la actividad de los hospitales de la XHUP y el 85 % de la de todos los hospitales de agudos de Cataluña.

Los criterios para la codificación de las variables clínicas se recogen en el Manual de Instrucción del CMBDAH y para las variables clínicas se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9^a revisión, modificación clínica (ICD-9-MC), que contiene las actualizaciones aparecidas hasta el año 1991.

Resultados principales: El número de altas notificadas durante el año 1993 es de 578.590. Estas altas corresponden a

473.214 pacientes, de los cuales el 85,8 % han generado una sola alta y el 14,2 % más de una, con un promedio global de 1,2 altas por paciente.

Del total de altas el 49,6 % corresponden a hombres y el 50,4 % a mujeres, siendo la edad media de 46,8 años y 46,5 años, respectivamente.

La estancia media para el conjunto de las altas es de 8,4 días; presenta diferencias por sexo (8,8 días en hombres y 8,0 en mujeres) y por edad (tendencia a aumentar con la edad, excepto en los menores de 1 año).

Los grupos de diagnóstico más frecuentes corresponden a enfermedades de los aparatos digestivo (11,8 %), circulatorio (9,8 %) y respiratorio (9,2 %) y a lesiones y envenenamientos (8,5 %).

Los grupos de procedimiento más frecuentes corresponden a operaciones del aparato digestivo (17,6 %), sistema músculo-esquelético (16,3 %) y procedimientos obstétricos (9,7 %).

Conclusiones: Los resultados que se describen proporcionan una información útil para alcanzar los objetivos citados en la introducción, en la medida en que su calidad sea óptima. La validez para el conjunto del CMBDAH no es homogénea. Se observa una variabilidad considerable según las características de cada hospital (nivel de complejidad, años de experiencia con el CMBDAH, circuitos de información, etc.) y según el tipo de variables. En general, las variables administrativas tienen un nivel de validez adecuado. Sin embargo, para las variables clínicas, en algunas la validez es muy aceptable y en otras todavía es deficiente.

PANEL 59

EL COSTE DE LA NO CALIDAD

G. Rodríguez, X. A. Amado, A. Castro, P. Molina

Complejo Hospitalario -Arquitecto Marcide-Novoa Santos-. Ferrol. La Coruña

Introducción: El binomio costes-calidad, aparece en todos los foros en los que el estudio de costes hospitalarios está presente. Si ya es difícil obtener una definición de la calidad asistencial aceptada por todos, más difícil puede ser conocer el ahorro de los programas desarrollados en este campo.

Objetivos: A partir del Peso Relativo de los GRDs, y del PIR de los PMCs, se estudia la variación de costes producidas por la no calidad.

Material y métodos: Definimos una serie de patologías como potencialmente nosocomiales. A partir del C.M.B.D. se estudian éstas cuando aparecen como diagnóstico secundario.

Las patologías potencialmente nosocomiales utilizadas son: úlcera de decúbito [707.0], infección urinaria [599.0], neumonía [480 a 486 y 507.0] e infección postoperatoria [998.5].

El estudio de costes se realiza calculando la diferencia de Peso Relativo o PIR, en distintas patologías cuando están asociadas y no a las infecciones potencialmente nosocomiales definidas.

Resultados principales y conclusiones: El Peso relativo (GRD) y el PIR (PMC), son capaces de medir la diferencia de costes entre la presencia o no de patologías potencialmente nosocomiales. Dicha diferencia es el ahorro potencial de los programas desarrollados para que éstas no se produzcan.

PANEL 60

PROBLEMAS METODOLOGICOS EN EL ANALISIS DE DATOS SUMINISTRADOS POR LOS SISTEMAS DE INFORMACION HOSPITALARIOS

J. A. Salvador Oliván, G. Marcos Aragüés, J. Callau Puente, M. D. del Pino Jiménez

Servicio de Documentación y Archivo. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Zaragoza

Introducción: Los Sistemas de Información hospitalarios proporcionan una serie de índices, entre los que figura la estancia media, de gran importancia para los Gestores y Planificadores. La estancia media está muy influenciada por los valores extremos y por la gran dispersión de los datos, algo frecuente en este indicador, por lo que será interesante expresar el grado de variación alrededor de esa media, por motivos puramente descriptivos y sobre todo por el papel que juega en la inferencia estadística.

Objetivos: Debido a la distorsión de la realidad a que nos conduce una media con gran desviación, proponemos utilizar unos estimadores alternativos a la estancia media, como media aritmética, que nos permitan conocer con mayor fiabilidad y precisión la estancia «promedio», demostrando cómo puede inducir a conclusiones erróneas el uso exclusivo de la media.

Material y métodos: Se han procesado los datos relativos al C.M.B.D. de las altas producidas durante el año 1994 en el H.C.U. de Zaragoza, utilizando el programa estadístico SPSS versión 4.02 para Windows. Como alternativas a la media, hemos calculado la mediana, la media recortada al 5 %, y los M-Estimadores (Maximum likelihood) de Huber, Hampel, Tukey y Andrew.

Resultados: La estancia media global en 1994 ha sido de $9,54 \pm 12,21$, un percentil 50 de 6 días, una media recorta-

da [5 %] de 7,91 y unos valores más bajos de los M-Estimadores que llegan hasta 5,69 días. En los pacientes quirúrgicos, la estancia media es de $9,69 \pm 12,82$ frente a la media de $9,47 \pm 11,88$ de los no quirúrgicos; si sólo nos fijamos en la media, el valor más alto corresponde a los pacientes quirúrgicos, por lo que podríamos llegar a la conclusión de que éstos tienen una estancia media más alta que los no quirúrgicos. Sin embargo el percentil 50 ya nos muestra lo contrario, siendo de 5 días para los quirúrgicos y de 6 días para los no quirúrgicos, y con el estimador de Andrew de 4,87 días para los quirúrgicos y de 5,83 días para los no quirúrgicos, dando una realidad diferente a la media aritmética.

Conclusiones: El indicador estancia media, como media aritmética, puede desinformar en lugar de dar una información correcta, debido a la gran variabilidad que presenta. Es necesario el uso de estimadores que se aproximen más a la realidad, diferentes del percentil 50, que tiene el inconveniente de que sólo usa 1 ó 2 datos. Proponemos el uso de los M-Estimadores, siendo el estimador de Andrew y el de Tukey los que más cerca están del valor inscrito de la estancia media. Para que los Sistemas de Información permitan alcanzar su objetivo primordial, como es la toma de decisiones correctas, no sólo hay que controlar la calidad de los datos sino también la de los indicadores, analizando su fiabilidad y validez.



PANEL 61

APORTACION A LA EXPLOTACION DE DATOS SECUNDARIOS DEL C.M.B.D.

J. A. Salvador Oliván, G. Marcos Aragüés, J. Callau Puente, M. D. del Pino Jiménez

Servicio de Documentación y Archivo. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Zaragoza

Introducción: El C.M.B.D. es una muestra representativa de la potencia y capacidad que puede llegar a tener un sistema de información a partir de un número reducido de variables. El uso de SGBD y de sus lenguajes de programación ofrece la ventaja de ir ampliando y mejorando las necesidades de información de forma sencilla, cómoda y rápida.

Objetivos: Desarrollar e implementar en el programa principal una subrutina que a partir del C.M.B.D. permita crear nuevas variables con las que poder obtener información referente a los reingresos. De esta forma se pasa de recoger dichas variables de forma manual al cálculo automático, con lo que se ahorra tiempo y se disminuye la posibilidad de error en la fase de recolección e introducción de los datos.

Material y métodos: El C.M.B.D. del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza está implantado en la base de datos del Plan DIAS. Para la explotación y proceso de los datos, se exportan a un fichero Ascii desde donde se pasan a una base de datos creada con FoxPro para Windows, lo que nos permite una mayor autonomía y flexibilidad a la hora de procesar los datos. La creación de un programa informático desarrollado con el lenguaje de programación de FoxPro, permite la depuración del fichero de datos, la creación de nuevas variables (es-

lancia, edad, categorías diagnósticas mayores, estancia preoperatoria... etc.) necesarias para proporcionar una información completa de la morbilidad hospitalaria. Hemos creado y añadiendo al programa principal una subrutina que a partir de las variables número de historia, número de episodio, fecha de ingreso y fecha de alta nos permite obtener la información referente a los reingresos. Posteriormente, una vez preparado y dispuesto el fichero, realizamos el análisis estadístico con el SPSS versión 4.02 para Windows.

Resultados: Los indicadores nuevos que obtenemos son el porcentaje de reingresos, número de veces que reingresa un paciente, y el tiempo que se tarda en reingresar, agrupándolo en las categorías siguientes: menor o igual a 48 horas, entre 3 y 30 días, y más de 30 días. Igualmente podemos averiguar cuáles es la patología que provoca más reingresos, diferenciando entre los reingresos tempranos o no.

Conclusiones: El diseño y la implantación de un programa informático a medida permite aprovechar con comodidad la gran potencia del C.M.B.D. como Sistema de Información. La programación modular permite ir añadiendo nuevos subprogramas que vayan satisfaciendo nuevas necesidades de información, como en este caso la relacionada con los reingresos, de gran utilidad en la planificación y gestión hospitalaria.

PANEL 63

EL SIE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA COMO APROXIMACION AL COSTE POR PROCESO

J. E. Candela, A. Llopis

Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy y Hospital de Oriente. Alicante. Valencia

Introducción: La Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana ha desarrollado un Sistema de Información Económica con el objetivo de captar y tratar los datos sobre actividad y consumo de recursos de las Instituciones Sanitarias. Este SIE da como resultado final la obtención de «costes por proceso».

Objetivos: este trabajo pretende obtener el coste por proceso para cada uno de los 25 GRD más frecuentes en el Hospital de Oriente dentro del primer semestre de 1994 y su posterior análisis.

Material y métodos: Se han estudiado 720 Historias Clínicas distribuidas en 25 GRD. Para cada una de las muestras se ha recogido el número de diferentes productos intermedios según el SIE, y se ha aplicado el coste unitario a cada componente de la asistencia. Se ha calculado el coste para el total de la muestra y el coste medio por paciente. Asimismo se ha calculado el coste por proceso para cada GRD según el peso específico estadounidense.

Resultados principales:

1. Los costes obtenidos mediante la aplicación del SIE difieren notablemente de los obtenidos tras la aplicación de pesos específicos estadounidenses.

2. Comparados los resultados en 13 GRD con 3 Hospitales de la Comunidad Valenciana y la media de los cuatro, se observa un coste medio inferior en este Hospital a excepción de los GRD correspondientes a CESAREAS (373) y PARTOS POR VÍA VAGINAL (371).
3. Durante la realización del estudio se ha detectado una serie de incoherencias en cuanto a la asignación de costes en el sentido de adolecer de unanimidad de criterios clínicos.

Conclusiones:

1. No son aplicables los pesos específicos estadounidenses a este Hospital.
2. El hecho de ser éste un Hospital Complementario condiciona la carencia de algunos recursos que deben ser ofrecidos por su Hospital de referencia. Esto explica el abaratamiento de algunos procesos.
3. Las incoherencias detectadas obligan a revisar los conceptos utilizados para la imputación de costes.

PANEL 64

CUADERNO DE MANDO DE CONSULTAS EXTERNAS

F. Ortiz Monzó, A. Romero Gutiérrez, E. Barreiro González, J. Rangil López, M. A. Mareque Ruiz
Servicio de Admisió n y Documentación. Servicio de Informática. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción: El Complejo Sanitario de Toledo atiende el área VII de la Comunidad de Castilla La Mancha, que corresponde según el último censo del I.N.E. a 345.048 Habitantes (173.116 mujeres y 171.932 varones). La atención especializada de Consultas Externas se lleva a cabo desde tres centros: Hospital Virgen de la Salud, Hospital Virgen del Valle y Centro de Consultas Externas Virgen de la Salud. Hasta que dispongamos en nuestro medio de un sistema para poder medir el producto sanitario en consultas externas (AVGs, APGs, etc.) el sistema de medida actual sigue consistiendo en medir el número de consultas, el tipo (primeras y sucesivas) y las exploraciones complementarias (estas últimas mejor tipificadas).

Objetivos: Desarrollo de un sistema de información para la toma de decisiones de la Dirección - Gerencia en el área de consultas externas.

Material y métodos: Este cuaderno de mando se compone de dos áreas: las consultas externas y el de las exploraciones complementarias. La información referente a cada ítem del cuader-

no de mando es gestionada directamente desde la base de datos de la aplicación Clínica, lo que implica que la calidad de los datos no este manipulada en ningún proceso de transcripción. Se utiliza como gestor de la base de datos Informix-On Line; para la elaboración del cuaderno de mando se utilizan herramientas gráficas Hyperscrip Tools y Winzg en modo cliente-servidor, trabajando «contra» la base de datos de la aplicación clínica. Esto permite obtener en cualquier momento información fiable y exacta de la situación de las consultas externas entre los períodos que se soliciten. El cuaderno de mando permite saber: número de primeras (Programadas, preferentes, extras), sucesivas (igual que primeras) relación primeras sucesivas, ausencia de pacientes citados, primeras fechas citables, medidas estadísticas de tendencia central (media, mediana y moda) y desviaciones (desviación standard, etc.). Demoras medias acumuladas. Desviación de las peticiones solicitadas por Atención Primaria respecto al acuerdo en contrato programa anual (global y por especialidades).

Resultados y conclusiones: Mejora de la información para la gestión en el área de atención ambulatoria especializada.



RESUMENES DE LOS PANELES SOBRE: APLICACIONES INFORMATICAS

PANEL 65

DESARROLLO Y APLICACION DE UN PROGRAMA INFORMATIZADO EN CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

F. Aguiar, F. Rius, J. Aguiar, F. Leiva

Servicio de C.O.T. Hospital Costa de Sol. Marbella. Málaga

Introducción: En la práctica diaria de un Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) habitualmente se genera cantidad de información relacionada con los pacientes. El manejo de esta información consume gran cantidad de tiempo y a su vez la reutilización de los datos es costosa. Por ello surge la necesidad de seleccionar e informatizar aquella información cuya gestión resulte más eficiente.

Objetivos:

1. Contribuir a una organización eficiente de la información generada en un Servicio de COT.
2. Facilitar la evaluación y mejora de la calidad del Servicio de COT.

Material y métodos: Se diseñó un programa informatico de gestión de la información generada y necesaria para el funcionamiento real del Servicio de COT del H. Regional de Málaga, consensuado con los integrantes del mismo. Los datos a incluir en la ficha clínica de cada paciente fueron los recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA). Inicialmente se decidió utilizar para la codificación de procesos y diagnósticos el Código MEARY de clasificación para COT, pero tras sucesivas versiones y sus respectivos períodos de prueba se cambió al sistema de codificación de la Clasificación Internacional de enfermedades, 9.ª Revisión, Modificación Clínica.

Resultados principales: Como resultado de la integración de los parámetros anteriormente considerados se elaboró el programa ELECTOR organizado en 4 módulos que realizan distintas funciones agrupadas. Estas funciones en su conjunto permiten:

1. Conocer el estado actualizado de ocupación del Servicio.
2. Obtener el informe de Alta.
3. Establecer prioridad de intervención quirúrgica.
4. Generar un informe periódico de la actividad del servicio.
5. Almacenar información mediante un programa de gestión de datos.
6. Realizar búsquedas de fichas clínicas.
7. Realizar el control de calidad de los datos recogidos en el programa.
8. Obtener índices de actividad hospitalaria.
9. Obtener informes de frecuencias de diagnósticos y procedimientos.
10. Exportar ficheros a bases de datos.

Conclusiones: Tras la implantación del programa informático se comprobó una mejoría en la calidad de la información recogida en el Servicio, y, por otra parte permitió obtener directamente indicadores de actividad hospitalaria y seleccionar con exactitud los casos para la investigación clínica y la actividad docente.

PANEL 66

Hx v.1.1. HIPERTEXTOS EN DOCUMENTACION MEDICA

A. Romero Gutiérrez

Hospital «Virgen de la Salud». Toledo

Introducción: Un hipertexto es un conjunto de textos organizados en forma de nodos y datados de referencias, asociaciones o enlaces temáticos entre sus partes, índice temáticos y/o alfabéticos, y glosarios de terminología. Las referencias de enlace tienen base semántica y pueden ser establecidos por el autor del hipertexto en el momento de crearlo, o por los usuarios durante la consulta.

Objetivos: Describir un sistema sencillo para la elaboración y visualización de hipertextos.

Material y métodos: Un hipertexto Hx es un fichero de texto ASCII que contiene títulos (nombres de nodos) y referencias cruzadas (enlaces que apuntan desde un nodo al título de otro). Los ficheros hipertexto Hx llevan la extensión .hx y se elaboran con un editor ASCII. Los ficheros pueden superar los 64 KB de extensión y contener referencias a objetos externos (textos, hojas de cálculo, bases de datos y gráficos). Para la navegación por el hipertexto, se desarrolló un programa interactivo (Hx.exe) capaz de facilitar la consulta de diferentes tipos de información.

Resultados principales: Hx permite al usuario explorar un hipertexto previamente elaborado, haciendo uso de referencias para recorrer las diferentes nodos o unidades de información. Una de las principales ventajas consiste en que los ficheros son modificables por los usuarios, de forma que estos pueden ampliar o modificar el contenido, crear o eliminar enlaces, reorganizar títulos y referencias, crear nuevos nodos, crear tablas de contenido especializadas y preparar glosarios de terminología.

Conclusiones: Dentro del campo de la documentación médica, los hipertextos se pueden aplicar en actividades muy diversas. Entre ellas se incluyen la preparación de protocolos asistenciales integrados, informes y memorias, guías de actuación clínica, manuales de referencia, consulta y ayudas de software, guiones para presentación de información científica, revisiones y monografías; o sistemas de consulta para clasificaciones y nomenclaturas (CPT-4, SNOMED) o visualización de historias clínicas electrónicas.

PANEL 67

INFORMATIZACION DEL CURSO CLINICO EN EL INSTITUT GUTTMANN. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

R. M. Montoliu Valls

Institut Guttmann. Barcelona

Introducción: La HISTORIA CLINICA constituye el medio de comunicación entre los distintos profesionales que atienden al paciente. Esta necesidad de comunicación es un argumento esencial en favor del curso clínico único.

Objetivos: Almacenamiento informático de las notas de evolución del paciente de los distintos profesionales que intervienen en la asistencia (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales...) e integración de las anotaciones en un único documento.

Material y métodos: Se procedió a la ampliación del número de terminales de la red local y se desarrolló la aplicación informática. Se detallan las premisas del programa y se describe su funcionamiento e implantación.

Resultados:

- Agrupación de todas las informaciones dispersas originando un documento único, coherente y accesible a cada profesional sanitario autorizado.
- Disponibilidad online de la totalidad de la información que configura el curso clínico de un paciente desde un terminal informático.

c). Acceso de forma inmediata y concurrente a la historia clínica por diferentes personas de la organización y en distintos lugares.

- Mejora la fiabilidad de los datos y evita pérdidas.
- Consolidar el uso del ordenador en la práctica diaria. Facilitar su difusión extensión e integración.

Tras dos años de funcionamiento los problemas que han surgido han sido:

- a) Olvido del password en 5 casos.
- b) Intentos fallidos con desautorización temporal en 17 casos.
- c) Necesidad de realización de modificaciones a nivel de la arquitectura de los ficheros y en el programa para adecuarlos a las necesidades del usuario.

Se enumeran las ventajas y los inconvenientes de la informatización del curso clínico.

Conclusiones: Durante los dos años que lleva en marcha el programa, los profesionales han visto una herramienta útil para su trabajo diario y este programa ha constituido un primer paso en la progresiva informatización de la historia clínica.

PANEL 68

HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA DE LA CONSULTA DE ATENCION URGENTE

M. M. Bombardó, H. Isábal, C. Jiménez, J. A. Muñoz

Fundación Puigvert. Barcelona

Introducción: La Consulta de Atención Urgente (C.A.U.) se crea por:

- La necesidad de atender de forma inmediata pacientes en situación de urgencia con una patología básica nefrourinológica.
- Para mantener una asistencia continuada las 24 h. del día y los 365 días del año.

Objetivo: Frente a la necesidad de:

- Tener un registro completo de urgencias y de entregar un informe de asistencia a cada uno de los pacientes atendidos, se diseña un programa para la C.A.U. que:
 - Recoge interactivamente a medida que se realiza la asistencia los datos para una atención completa y la emisión de un informe de alta.
 - Integra todos los datos anotados por los distintos profesionales.
 - Permite la comunicación online con las distintas unidades del hospital.
 - Se realiza una explotación: Clínica y administrativa.

Material y método: El proceso informático se inicia con la recepción administrativa del paciente lo que supone:

- Identificarlo: localizar o asignar número de historia clínica; actualizar o cumplimentar el Fichero Índice de Pacientes (F.I.P); Genera el registro de urgencias; Confirma el tipo de visita, fecha y hora.

Luego genera una agenda de visitas.

El programa diseñado se basa en una historia clínica clásica en la que todos los apartados de Anamnesis, Exploración y Diagnóstico deben cumplimentarse.

Al final genera la emisión de informes:

- Asistencia: Informe de Alta; planes de atención de enfermería, recetas.
- Administrativos: Petición de ambulancia; parte judicial.

Resultados y conclusiones: La información obtenida en el registro de urgencias alimenta una base de datos y con su explotación damos respuesta a los distintos usuarios del sistema tanto en el aspecto de la Asistencia como en el de la Gestión.

PANEL 69

LINKGRDS. UN INTERFAZ ENTRE SISTEMAS DE AYUDA A LA CODIFICACION Y SISTEMAS DE AGRUPACION POR GRDS

A. Romero Gutiérrez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Introducción: la codificación de diagnósticos y procedimientos es un paso imprescindible para obtener registros hospitalarios para agrupación de casuística. Establecer un sistema de interfaz entre los instrumentos de ayuda a la codificación y los programas agrupadores permitiría aplicar técnicas de análisis individualizado e interactivo a los registros hospitalarios y asegurar la calidad del CMBD a efectos de agrupación.

Objetivos: Desarrollar un esquema de comunicación entre un programa de codificación asistida basada en CIE-9-MC y un programa agrupador de GRDs, para facilitar un uso interactivo del sistema de agrupación y aplicación en la mejora de la calidad de la codificación.

Material y métodos: Se utilizaron dos componentes de software; un sistema de agrupación por GRDs (AP DRG Grouper v.10, (cl) 3M Health Information Systems) y un programa de codificación asistida de desarrollo propio (SCAn v.1.2). Se construyó una ba-

se de datos con información sobre valores standard en relación GRDs para diferentes ámbitos (hospital, Insalud, SNS) y se diseñó un mensaje electrónico estructurado de intercomunicación, un gestor de transferencias de datos y un analizador de mensajes.

Resultados principales: la proporción de casos no agrupables (GRD 470) se ha mantenido entre el 0.16 y el 0.5 %. Se ha logrado reducir la proporción de otros GRDs análogos (468 al 0.12 %, 469 al 0.05 %). El uso selectivo del agrupador de GRDs como servidor de informes permite asegurar un máximo rigor de la codificación por CIE-9-MC y en la obtención de las variables clínicas del CMBD.

Conclusiones: Un interfaz automatizado entre los sistemas de ayuda a la codificación y los instrumentos de agrupación de casemix permite aplicar métodos rigurosos de mejora de la calidad de la codificación en el mismo momento y lugar en que se generan los códigos.

PANEL 70

SISTEMA DE INFORMACION INTEGRAL CON RECOGIDA SELECTIVA DE DATOS. EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA

A. Gil Goñi, C. Quintana, J. Otero, I. Saad, C. Ribera, E. López

Hospital San Joan de Déu. Martorell. Barcelona

Introducción: Los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) son, en la actualidad, instrumentos imprescindibles para cuantificar y evaluar la actividad de un equipo asistencial y, también, para conocer el nivel de calidad ofrecido. Presentamos el SIS utilizado por nosotros en el que destaca la visión global de los distintos aspectos de la información así como el almacenamiento de datos clínicos de forma selectiva en base a criterios racionales previamente determinados.

Material y métodos: Durante un periodo de 7 años consecutivos (1988-1994) toda la información de los pacientes atendidos en nuestro servicio de Cirugía General ha sido introducida en una base de datos con soporte informático, diseñado por nosotros atendiendo a nuestras necesidades de información. El SIS contiene información agrupada en tres grandes apartados: Información administrativa, Información de gestión clínica e información de calidad de asistencia. Toda la información está interrelacionada aunque puede trabajarse separadamente. El soporte informático es una explotación de DBase III Plus.

La información contenida en el apartado de gestión clínica es genérica de inicio, para tras el diagnóstico, pasar a ser selectiva

de manera que a determinados diagnósticos se asocian determinadas preguntas siguiendo criterios de selectividad racional.

La información sobre calidad de asistencia puede ser consultada en cualquier momento del proceso, aunque existe una explotación de datos anual que se compara con la de los años precedentes y con los standards del momento.

Resultados: Se exponen diversos ejemplos de lo que significa obtener información de forma selectiva, así como los principales datos de tipo administrativo (estancia media, preoperatoria...).

En cuanto a aspectos de calidad se muestran los índice del Servicio en relación a: mortalidad, morbilidad, reintervenciones, cirugía innecesaria...).

Conclusiones:

1. Los SIS integrales permiten una explotación más global de la información y tienden a ser más eficientes que los SIS parciales.
2. La recogida selectiva de información clínica permite profundizar en función del diagnóstico convirtiéndose en una información más «a la medida» del cliente-paciente.

PANEL 71

MENSAJES .SDV PARA TRANSMISION ELECTRONICA DE INFORMACION SANITARIA

A. Romero, J. Rangil, R. Parra, M. A. Mareque, M. A. Esteban, K. Fernández de la Hoz
H. Virgen de la Salud; S. G. Atención Especializada; Gerencia de A. Primaria; S. Epidemiología, C. Sanidad J. C. Castilla-La Mancha. Toledo

Introducción: La integración de sistemas de información sanitaria es un proceso largo y costoso, cuya efectividad real resulta a veces cuestionada. Otros sectores de la actividad económica han implantado con éxito sistemas basados en esquemas de interfaz e intercambio electrónico de datos (EDI) que no interfieren el desarrollo plenamente autónomo de cada subsistema pero facilitan un alto nivel de intercomunicación.

Objetivos: Describir un método adaptable, eficiente y seguro de generación de mensajes para intercambio electrónico de datos en el entorno sanitario.

Material y métodos: Se han desarrollado los componentes fundamentales de un lenguaje de definición, notación y comunicación de datos para entornos sanitarios; se han diseñado y construido mensajes con información de distintos niveles de complejidad y se han aplicado estos mensajes en entornos reales y en prototipos experimentales.

Resultados principales: Se han utilizado mensajes .sdv en la transmisión de información sobre altas de hospitalización (alta-

CAP), registros multicéntricos de listas de espera (CMBD-E), citas de consulta (CitaFAX), notificación a registros de cáncer (RCTO-EDI). Otras aplicaciones en desarrollo permitirán transferir registros CMBD, intervenciones quirúrgicas, asistencia sanitaria a residentes fuera de la propia comunidad autónoma, y estadísticas de actividad. Se están ensayando prototipos para resultados de laboratorio y documentos de la Historia Clínica en formato electrónico.

Conclusiones: Un mismo mensaje sdv puede generarse en sistemas de origen heterogéneo; la información del mensaje incluye datos suficientes sobre el contexto para asegurar la integridad semántica; los datos individuales se pueden extraer en sistemas igualmente heterogéneos siempre que éstos tengan instrumentos adecuados de lectura de mensajes. Los mensajes sdv son útiles para comunicar información entre sistemas no integrados y pueden aportar ventajas considerables sobre otros medios de intercambio de información como los ficheros dbf o uni, los ficheros planos o los ficheros delimitados convencionales.



INDICE DE TRABAJOS

Resúmenes sobre: Comunicaciones Orales

1: Documentación Médica española: Un instrumento de información profesional	4
2: Evaluación y Mejora de la calidad aplicada a la historia clínica en atención primaria	4
3: Experiencia de aplicación de un sistema de registro integrado para pacientes con patologías crónicas	5
4: Integración de la documentación médica entre la atención primaria y la atención especializada	5
5: Evaluación de la «no asistencia» de los pacientes a las citaciones en consultas externas	6
6: Análisis de la auditoría del CMBD 1993 en los hospitales del INSA(U)	6
7: Estudio de la estancia media de los pacientes ingresados por enfermedad pulmonar obstructiva crónica comparando periféricos y no periféricos	7
8: Calidad de los registros y su repercusión en la asistencia	7
9: Correlación clínico-anatómico patológica en procesos abdominales urgentes infecciosos-inflamatorios de etiología digestiva	8
10: Validación externa del registro del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria (CMBDAH) de Cataluña. Año 1993	8
11: Evaluación de la calidad de la codificación en los hospitales de Osakidetza / Servicio Vasco de salud	9
12: Comparación de la calidad de la información obtenida con dos métodos diferentes de extracción de datos de las historias clínicas de altas hospitalarias	9
13: La calidad de un sistema de información basado en la codificación clínica	10
14: Informe clínico de texto libre versus informe standard	10
15: SCAI V.1.2. sistema de codificación asistida basado en CIE-9-MC. Rendimiento, actualización y aplicaciones	11
16: Calidad en la gestión de la actividad no asistencial en un servicio de documentación clínica	11
17: Evaluación y uso de diferentes sistemas de clasificación de pacientes	12
18: Estudio de la correlación entre clasificaciones internacionalmente aceptadas de la infección por V.I.H.	12
19: Los sistemas de clasificación de pacientes: Un modelo de tratamiento de la información	13
20: Clasificación de pacientes en lista de espera quirúrgica según la CIE-9-MC	13

Resúmenes de los paneles sobre: Evaluación de calidad de los sistemas de información sanitaria

Panel 1: Evaluación de la calidad de los datos de un sistema de información de Case-Mix multihospitalario. Experiencia del grupo ICS (1993-1995)	14
Panel 2: Repercusión de la calidad del CMBD en los sistemas basados en el coste por proceso	14
Panel 3: Utilización del Case Mix en la mejora de la calidad del registro de altas hospitalarias	15
Panel 4: Cumplimentación de la hoja estadística en el alta hospitalaria	15
Panel 5: Repercusión de la exactitud de la información sobre el Case-Mix en los procesos de colectostomía en seis servicios de cirugía	16
Panel 6: Aplicación de un sistema de evaluación de la calidad formal de la historia clínica. Presentación de resultados	17
Panel 7: Aplicación de un sistema de control de calidad del GRD 467 como mecanismo para la mejora de la especificidad clínica de sus componentes	18
Panel 9: Análisis evolutivo de los resultados del C.M.B.D. (1993-1994) en un hospital universitario	18
Panel 8: Evolución de la validez interna del registro del conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBDAH) de Cataluña	19
Panel 10: Registro hospitalario de cáncer. Fuentes de información (II)	19
Panel 11: Evaluación de la calidad de la información recogida en la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (E.E.S.P.I.)	16

Resúmenes de los paneles sobre: Admisión

Panel 12: Diseño de una cartera de pedidos	20
Panel 14: Derivación de primeras consultas de primaria a especializada en el área de La Coruña en el año 1994	20
Panel 15: Control de calidad del registro de las peticiones de asistencia de ámbito nacional	21
Panel 16: Control y seguimiento de los registros informatizados de admisión de urgencias	21
Panel 17: Pacientes pendientes de ingreso. Tiempo de permanencia en urgencias. Comparativa invierno / verano	22
Panel 18: Control de errores en el mantenimiento de la historia clínica única por paciente. La experiencia del Hospital Universitario de Granada	20

Resúmenes de los paneles sobre: Aspectos funcionales de los servicios de documentación clínica

Panel 19: Calidad en la base de datos de historias clínicas en un hospital. Análisis de números duplicados	23
Panel 20: ISO 9000 en documentación clínica	24
Panel 21: Calidad de la codificación según indicación con informe de alta o con historia clínica completa. Estudio comparativo de un servicio en dos trimestres (años 93-94)	25
Panel 22: Concordancia entre la codificación del bloque quirúrgico y las altas de hospitalización	26
Panel 23: ¿Es posible evaluar los servicios de documentación clínica? Propuesta de un baremo objetivo	25
Panel 25: Estudio del C.M.B.D. y calidad en informes de alta de consultas externas ambulatorias	26
Panel 26: La historia clínica común europea. Estrategias, promoción y desarrollo	27

Panel 27: Censo funcional de los documentos asistenciales	23
Panel 28: Disponibilidad de documentación en un archivo de historias clínicas	28
Panel 29: Integración del CMBDQ en el CMBD al alta hospitalaria	28
Panel 30: Revisión de la documentación clínica de asistencia especializada en el área de salud 5	29
Panel 31: Fisioterapia y sistemas de información sanitaria	24
Panel 32: Creación de un archivo pasivo con historias clínicas de pacientes fallecidos	29
Panel 33: Un programa de depuración de historias clínicas [H.C.] dobles en un hospital comarcal	27
Panel 34: Análisis de concordancia entre el CMBD de hospitalización y el registro departamental de altas de una U.C.I. polivalente	30
Panel 35: Etiquetado ergonómico de historias clínicas. Efectos sobre la productividad de un archivo central	30
Panel 36: Reproducción y préstamo de documentación clínica	31
Panel 37: Implementación de una metodología basada en el control estadístico de procesos para el control de calidad de la información hospitalaria	31
Panel 38: Unificación de la historia clínica en el Hospital Clínico Universitario de Valencia	32
Panel 39: Indicadores automatizados de actividad y calidad en documentación clínica	32
Panel 40: Utilización del banco de datos de historias clínicas como indicador de actividad científica en un hospital universitario. Estudio comparativo a través de 10 años de evolución	33
Panel 41: Control de calidad global en el servicio de documentación médica de la fundación Puigvert - Barcelona	33
Resúmenes de los paneles sobre: Atención primaria	
Panel 42: La información al servicio de los profesionales de la salud	34
Panel 43: Utilización de los códigos diagnósticos de la clasificación internacional de atención primaria (CIAP) en una zona básica de salud (ZBS) informatizada hospitalaria	34
Panel 44: Calidad de los indicadores de evaluación de la educación para la salud	35
Panel 45: Validación de un cuestionario de evaluación de actividades de educación para la salud llevadas a cabo por los equipos de atención primaria de la región de Murcia durante el periodo 1990 / 1993 como sistema de información	35
Panel 46: Interconsultas entre la atención primaria - atención especializada en la derivación de pacientes	36
Panel 47: Utilidades de la informatización de datos básicos en un centro de salud	36
Resúmenes de los paneles sobre: Documentación Científico-Médica	
Panel 48: Estudio descriptivo de la producción científica sobre evaluación de la calidad de los sistemas de información clínicas y sanitarias (1983-1992)	37
Panel 49: Estudio descriptivo de la producción científica de artículos españoles relacionados con la documentación médica; año 1994	37
Panel 51: Eficacia de las estrategias de búsqueda para la recuperación de trabajos españoles sobre evaluación de la calidad de los sistemas de información sanitarios (1983-1992)	38
Panel 52: Estudio de los recursos que ofrece la red Internet a los investigadores médicos	39
Panel 53: Un modelo bibliométrico para determinar la información estratégica sobre un tema y su dispersión	38
Panel 54: Correlación calidad-repercusión en las matrices cuadradas de citas. Su explotación para las revistas españolas de medicina interna y sus especialidades	38
Resúmenes de los paneles sobre: Información y gestión	
Panel 55: Análisis del producto hospitalario	40
Panel 56: Análisis de la información sanitaria a través del G.R.D.	40
Panel 57: Selección de casos atípicos en bases de datos de casuística	41
Panel 58: Actividad hospitalaria: Conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria de Cataluña, año 1993	41
Panel 59: El coste de la no calidad	42
Panel 60: Problemas metodológicos en el análisis de datos suministrados por los sistemas de información hospitalarios	42
Panel 61: Aportación a la explotación de datos secundarios del CM.B.D.	43
Panel 63: El SIE de la Comunidad Valenciana como aproximación al coste por proceso	43
Panel 64: Cuaderno de mano de consultas externas	44
Resúmenes de los paneles sobre: Aplicaciones informáticas	
Panel 65: Desarrollo y aplicación de un programa informatizado en cirugía ortopédica y traumatología	45
Panel 66: Hx V. 1.1. Hipertextos en documentación médica	45
Panel 67: Informatización del curso clínico en el Institut Guttmann. Dos años de experiencia	46
Panel 68: Historia clínica informatizada de la consulta de atención urgente	46
Panel 69: Linkgrids. Un interfaz entre sistemas de ayuda a la codificación y sistemas de agrupación por GRDS	47
Panel 70: Sistema de información integral con recogida selectiva de datos. Experiencia en un servicio de cirugía	47
Panel 71: Mensajes SDV para transmisión electrónica de información sanitaria	48

INDICE DE AUTORES

	PAG.	PAG.
Abad García, M. F.	Com. Oral 1 Panel 48, 49, 51	4 37, 38
Abad Pérez, I.	Panel 10	19
Aguinaga Ontoso, E.	Com. Oral 14, 16 Panel 11, 19, 21, 22, 44, 45	10, 11 16, 23, 25, 26 35
Aguiar, F.	Panel 65	45
Aguiar, J.	Panel 65	45
Aguilló, A.	Panel 49	37
Aizpuru, C.	Panel 23	25
Albelda Diana, R.	Panel 49	37
Aleixandre Benavent, R.	Com. Oral 1 Panel 48, 49, 51, 53, 54, 52	4 37, 38 39
Aliaga Benítez, M.	Panel 15, 17	21, 22
Aliaga Matas, M. F.	Com. Oral 14, 16 Panel 19, 21, 22	10, 11 23, 25, 26
Almera, A.	Panel 52	39
Aluja, M.	Panel 28	28
Álvarez-Ude, M.	Panel 15	21
Amado, X. A.	Panel 12, 59	20, 42
Ampuero Ampuero, J.	Com. Oral 18	12
Armada, T.	Panel 25	26
Avendaño Rodríguez, M.	Panel 42	34
Ayala, S.	Com. Oral 6	6
Aymerich, S.	Panel 38	32
Baloñá, L.	Panel 4, 43	15, 34
Barba, G.	Com. Oral 10, Panel 8, 58	8, 19, 41
Barba, R.	Panel 25	26
Barreiro González, E.	Com. Oral 5, Panel 64	6, 44
Barrientos Vega, R.	Panel 34	30
Beigbeder Montero, P. A.	Panel 46	36
Bereciartua, J. M.	Panel 3	15
Bilbao, J. A.	Panel 43	34
Blázquez Gómez, C.	Panel 55	40
Bombardo, M. M.	Panel 41, 68	33, 46
Borrás, P.	Com. Oral 4	5
Brusosa Roca, M.	Panel 42	34
Bustins, M.	Com. Oral 10, Panel 8, 58	8, 19, 41
Callau Puente, J.	Panel 60, 61	42, 43
Calle Hurra, J. E.	Panel 11, 44, 45	16, 35
Candela, J. E.	Panel 63	43
Cantos Aldaz, B.	Panel 49	37
Carbonell, J. M.	Panel 4, 28, 43	15, 28, 34
Carbonero Aliaga, M.	Panel 15, 17	21, 22
Carrión, A.	Panel 26	27
Casado, E.	Panel 18, 40	20, 33
Casanellas, J. M.	Com. Oral 4	5
Castro, A.	Com. Oral 19, Panel 59	13, 42
Collado, A.	Panel 43	34
Colomés, L.	Panel 43	34
Corella Monzón, I.	Com. Oral 7	7
Corredora Guillén, A.	Com. Oral 2	4
Conejo, C.	Panel 5	16
Cueva Martín, A. de la	Panel 52	39
Culubret, M.	Com. Oral 4	5
Diestro, G.	Panel 30	29
Motilla, F.	Panel 30	29
Domene, J.	Panel 30	29
Egea Valera, M. A.	Com. Oral 14, 16 Panel 19, 21, 22	10, 11 23, 25, 26
Elvira Martínez, C.	Com. Oral 20	13
Español Pueyo, E.	Panel 36	31
Esperalba, J.	Com. Oral 17	12
Espinola Arias, F.	Com. Oral 18	12
Espinosa, J. M.	Com. Oral 3, Panel 47	5, 36
Esteban, M. A.	Panel 71	48
Esteban, E.	Panel 1	14
Estelles Olmos, J.	Panel 10	19
Federero J.	Com. Oral 8	7
Fernández, E.	Panel 5, 40	16, 33
Fernández de la Hoz, R.	Panel 71	48
Fernández Muñoz, P.	Panel 39	32
Ferrández, R.	Panel 7, 9	18
Fluza Pérez, D.	Panel 29	28
Fuente Martínez, M. de la	Panel 16	21
Fuentes, M.	Com. Oral 4	5
Fuentes Ruiz, A.	Com. Oral 13	10
Gamero González, M. C.	Panel 31	24
García, A.	Panel 20	24
García Bartual, E.	Panel 30	29
García Blanco, M.	Com. Oral 12	9
García Gil, V. J.	Panel 46	36
García de San José, S.	Com. Oral 20	13
García Ruipérez, D.	Com. Oral 14, 16, 19 Panel 19, 21, 22	10, 11 23, 25, 26
García Sánchez, M. A.	Panel 57	41
Garrote Liarte, C.	Panel 16	21
Geijo Caballero, F. A.	Panel 37	31
Gil, M. E.	Com. Oral 4	5
Gil Goñi, A.	Panel 70	47
Giménez Ribeiro, A.	Panel 46	36
Giménez Sánchez, J. V.	Panel 52	39
Girón, F.	Panel 18, 40	20, 33
Guerrero, M.	Panel 7, 9	18
Gómez M.	Panel 47	36
Gómez Blázquez, I.	Com. Oral 8	7
Gómez Hormigos, C.	Com. Oral 7, Panel 16, 36	7, 21, 31
González Gómez, A.	Com. Oral 14, 16, Panel 19, 21, 22	10, 11 23, 25, 26
Guillén, S.	Panel 30	29
Guix, J.	Panel 43	34
Gutiérrez-Solana, J. M.	Panel 32	29
Hernández Ros, A.	Panel 17	22
Huelin, N.	Com. Oral 5	5
Ibarra, J. M.	Panel 6, 7, 9	17, 18
Ingelmo Martín, F. J.	Panel 46	36
Iniesta Martínez, I.	Panel 10	19
Isábal, H.	Panel 41, 68	33, 46
Jiménez, C.	Panel 41, 68	33, 46
Jiménez Puente, A.	Com. Oral 9	8
Ladrón de Guevara		
Portugal, J. M.	Panel 33	27
Lara, A.	Panel 5	16
Lara Blanquer, A.	Com. Oral 9	8
Laraño, C.	Panel 40	33
Larbura Monfort, R.	Panel 33	27
Leiva, F.	Panel 65	45
Linero Vázquez, F.	Com. Oral 2	4
Lisbona, J. M.	Com. Oral 4	5
Llopis, A.	Panel 63	43
López, A.	Panel 5	16
López, E.	Panel 70	47
López Arbeloa, P.	Panel 23	25
López Duesa, L.	Panel 37	31

	PAG.		PAG.		
Lorenzo, L.	Panel 5, 20	16, 24	Quintana, C.	Panel 20	47
Lorenzo Nogueiras, I.	Com. Oral 9	8	Rodríguez, J.	Panel 7, 9	18
Loubet Chasco, M.	Com. Oral 2	4	Ramos Martín-Vegue, A. J.	Com. Oral 20	13
Mareque Ruiz, M. A.	Panel 64, 71	44, 48	Ramos Postigo, F. B.	Panel 11, 44, 45	16, 35
Marcos Aragüés, G.	Panel 60, 61	42, 43	Rangil López, J.	Panel 64, 71	44, 48
Marín, F.	Panel 1	14	Raposo Mosquera, B.	Com. Oral 12	10
Maroto, B.	Panel 23	25	Raurich, M.	Com. Oral 17, Panel 27	12, 23
Martín, J. R.	Panel 20	24	Reig, J.	Panel 26	27
Martín Auriales, E.	Com. Oral 2	4	Rey M.	Panel 29	28
Martín Mañas, J.	Panel 15, 17	21, 22	Rey Aneiros, J.	Panel 14	20
Martínez, A.	Panel 5	16	Rey Martín, A.	Com. Oral 2	4
Martínez Bermúdez, M.º R.	Panel 15, 17	21, 22	Ribera, C.	Panel 70	47
Martínez Galán, V.	Com. Oral 5	6	Ribero Catarina, J.	Com. Oral 4, Panel 42	5, 34
Martínez López, P. A.	Panel 11, 44, 45	16, 35	Río del, J.	Panel 5	16
Martínez Patiño, D.	Com. Oral 20	13	Rius, F.	Panel 65	45
Medialdea Jiménez J. M.º	Panel 46	36	Rivera, F.	Panel 5	16
Mendiburu, M.	Com. Oral 11	9	Rodríguez, C.	Panel 5	16
Mendizábal Ortega, R.	Com. Oral 12	9	Rodríguez G.	Panel 59	42
Molina, P.	Com. Oral 19	13	Rodríguez, P.	Panel 2, 6, 7, 9	14, 17, 18
Molina Soler, B.	Panel 12, 59	20, 42	Rodríguez, R.	Com. Oral 19	13
Montero, A. B.	Panel 42	34	Rodríguez Manzano, P.	Com. Oral 7	7
Montero, A. B.	Com. Oral 11	9	Panel 16, 36	21, 31	
	Panel 23, 32	25, 29	Romojaro Pérez, L.	Panel 35	30
Montalvo Valls, R. M.	Panel 67	46	Romero Gutiérrez, A.	Com. Oral 5, 15	6, 11
Mora, J. A.	Com. Oral 8	7	Panel 34, 35, 57, 64,	30, 41, 44	
Moreno, A.	Panel 25	26	66, 69, 71	45, 47, 48	
Moreno, J.	Panel 26	27	Rovira, M.	Com. Oral 17, Panel 27	12, 23
Moreno González, A.	Com. Oral 7, Panel 16, 36	7, 21, 31	Ruiz, P.	Panel 5	16
Moreno Lorenzo, C.	Panel 31	24	Ruiz Manso, J. M.º	Com. Oral 15	11
Morente, F.	Panel 5	16	Saad, I.	Panel 70	47
Motilla, F.	Panel 30	29	Saias, T.	Com. Oral 10, Panel 8, 58	8, 19, 41
Muñoz, F.	Com. Oral 3, Panel 47	5, 36	Salazar Agulló, J. A.	Panel 46	36
Muñoz, J. A.	Panel 41, 68	33, 46	Salvador, X.	Com. Oral 4, 10	5, 8
Natera Martín, M.º A.	Panel 46	36	Panel 8, 58	19, 41	
Navarro, E.	Panel 40	33	Salvador Oliván, J. A.	Panel 60, 61	42, 43
Navarro, P.	Com. Oral 17, Panel 27	12, 23	San Eustaquio Tudanca, F.	Com. Oral 14, 16	10, 11
Nualart, U.	Panel 4, 43	15, 34	Panel 19, 21, 22	23, 25, 26	
Ocón, P.	Panel 18, 40	20, 33	Sánchez, J.	Com. Oral 4	5
Oliva, C.	Panel 47	36	Sánchez, J. A.	Panel 6	17
Osca Lluch, J.	Panel 52	39	Sánchez Clares, J. M.	Panel 11, 44, 45	16, 35
Ortíz Monzó, F.	Com. Oral 5, 15, Panel 04	6, 11, 44	Sánchez de los Silos, M. D.	Com. Oral 15	11
Otero, J.	Panel 25, 70	26, 47	Sánchez Fernández, J. A.	Com. Oral 20	13
Padilla, P.	Com. Oral 3, Panel 47	5, 36	Sañudo, S.	Panel 2	14
Parcerio Rodríguez, B.	Panel 14	20	Sastre, J.	Panel 6	17
Parra, R.	Panel 71	48	Schmitt, P.	Com. Oral 11	9
Parra Hidalgo, P.	Panel 11	16	Soler, T.	Com. Oral 17, Panel 27	12, 23
Parra Fraguas, T.	Com. Oral 12	9	Sordo González, M.	Panel 15, 17	21, 22
Pastor San Millán, D.	Com. Oral 7	7	Soliva de la Fuente, M. S.	Panel 16	21
Peláez, E.	Com. Oral 3	5	Taberner Alberola, F.	Panel 38	32
Pellejero, G.	Panel 28	28	Tamayo Canillas, M. L.	Panel 39	32
Peña, J.	Panel 5	16	Tirado, P.	Panel 38	32
Pérez A.	Com. Oral 3	5	Tristán, A.	Panel 18, 40	20, 33
Pérez C.	Panel 6	17	Valderrama Zurián, J. C.	Panel 52	39
Pérez F.	Panel 12	20	Vázquez Castro, P.	Panel 14	20
Peris Bonet, R.	Panel 10, 38, 48, 51	19, 32, 37, 38	Vélez Roncero, J.	Panel 38	32
Perpiñá Fortea, C.	Panel 46	36	Vicente Mateos, M. S.	Com. Oral 12	9
Picas Vidal, J. M.	Panel 42	34	Vilanova, F.	Com. Oral 19, Panel 12	13, 20
Pino Jiménez, M. D. del	Panel 60, 61	42, 43	Wulff Barreiro, E.	Panel 49, 53, 54	37, 38
Pinto, R.	Panel 47	36	Yetano, J.	Panel 23, 32	25, 29
Prats León, P.	Com. Oral 13	10			
Prinz Diaz, D.	Panel 56	40			
Prinz Diaz, J.	Panel 56	40			

UNA HISTORIA



CLINICA

ARHIS es el Servicio que le da solución a sus problemas de Gestión y Custodia de HH.CC.

- Elimina Problemas de espacio
- Crea una Base de Datos
- Controla la Gestión
- Digitaliza la Documentación Médica

CENTRO DE TRATAMIENTO DE LA DOCUMENTACION, S.A.

le ofrece junto a 25 años de experiencia las mejores y más modernas instalaciones.



**CENTRO DE
TRATAMIENTO DE LA
DOCUMENTACION, S.A.**

San Romualdo, 26, 5.^o
28037 MADRID
Teléf. (91) 327 05 11



ESPECIALISTAS EN GESTIÓN Y TRATAMIENTO DE
ARCHIVOS HOSPITALARIOS

CUSTODIA
EXTERNA HH.CC.

TRASLADO Y
ORGANIZACIÓN
DE HH.CC.

ORGANIZACIÓN
INFORMÁTICA
DE ARCHIVOS

GESTIÓN DE
ARCHIVOS
(internos y externos)

MICROFILMACIÓN
DE DOCUMENTOS
Y PLACAS
RADIOGRÁFICAS

DIGITALIZACIÓN DE
DOCUMENTACIÓN
MÉDICA

C/. Alegre de dalt, 55 • 08024 Barcelona

Tel. (93) 210 22 04 • Fax (93) 219 91 54

Si tus datos (domicilio o n.º de cuenta) han variado o todavía no eres socio, fotocopia y rellena este Boletín y remíténdolo a:

Sociedad Española de Documentación Médica

SEDOM

Apartado de Correos 1.593

50080 Zaragoza

BOLETIN DE INSCRIPCION

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos

Dirección

N.º

Piso

Código Postal

Población

Provincia

DATOS LABORALES:

Especialidad

Lugar de trabajo

Cargo

Dirección del trabajo

Código Postal

Población

Provincia

ORDEN DE PAGO. DOMICILIACION BANCARIA:

Banco o Caja de Ahorros

Dirección

Código Postal

Población

Provincia

Código cuenta cliente

(es el número que aparece en los talonarios o libretas)

--	--	--	--

entidad

--	--	--	--

Sucursal

--	--

D.C.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

n.º de cuenta

Muy Sr. mío:

Le ruego se sirva cargar en mi cuenta corriente / libreta arriba indicada y hasta nuevo aviso los recibos que le sean presentados por la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM), en concepto de cuota de Socio/a a nombre de:

D.

D.N.I.

Firma (el titular)

