



PAPELES MÉDICOS

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA

vol.19
2010

1



VOLUMEN 19
NÚMERO

1

Junta Directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)

PRESIDENTE: Ramón Romero Serrano
VICEPRESIDENTE: Ángel Moreno González
SECRETARIO: José Antonio Falagan Mota
VICESECRETARIO: María Luisa Tamayo Canillas
TESORERO: Luis Ansorena Pool

VOCAL: Josep Maria Casanelles Rosell
Juan Pirla Carvajal
Gema Rodríguez Rumayor
María Luisa Ruiz Cardaba

DIRECTOR: Rafael Aleixandre Benavent
SECRETARIO: Jorge Renau Tomás

COMITÉ DE REDACCIÓN

María Francisca Abad García
Eloísa Casado Fernández
Paloma Fernández Muñoz
Antonio González Sánchez
Miguel Moreno Vernis
María Pilar Navarro Arranz
Pilar Rodríguez Manzano

COMITÉ EDITORIAL

Manuel Arranz Lázaro (Valencia)
Orencio López Domínguez (Santander)
Rafael Peris Bonet (Valencia)
Arturo Ramos Martín-Vegue (Madrid)
María Rovira Barberá (Barcelona)
Javier Yetano Laguna (Vizcaya)

REVISTA RECOGIDA EN :

Índice Médico Español y en Documentación Médica Española

EDITOR:

Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)
Apartado de Correos 1593
50080 Zaragoza
secretariasedom@hotmail.com

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Mariano Drozd

PAPELES MÉDICOS

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
DOCUMENTACIÓN MÉDICA



ISSN: 1133-7591

Depósito Legal: Z-268-92

Correspondencia científica:

Rafael Aleixandre Benavent
Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero
Avda. Blasco Ibáñez, 15
46010 Valencia

4	Presentación congreso	Keynote
9	Ponencias	Papers
26	Comunicaciones	Communications
47	Pósters	Posters
102	Índice de autores	Author's index
107	Índice de instituciones	Institution's Index
109	Normas de publicación	Publishing standards

XI Congreso Nacional de Documentación Médica Madrid

25 y 26 de junio de 2009

Comités



COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE:

Ángel Moreno González
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

VICEPRESIDENTA:

Pilar Rodríguez Manzano
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid

TESORERA:

Consuelo García-Velasco García
Hospital Universitario de Getafe. Madrid

SECRETARIO:

Manuel Aliaga Benítez
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

VICESECRETARIO:

Miguel Sordo González
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

VOCALES:

José Miguel Arce Obieta
Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Paloma González Cloute
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Carmen Gómez Hormigos
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Carlos M^a Elvira Martínez
Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Emilio Úcar Corral
Hospital Santa Cristina. Madrid

Ramón Romero Serrano
Presidente de la SEOM

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE:

Emilio Úcar Corral
Hospital Santa Cristina. Madrid

VICEPRESIDENTE:

José Miguel Arce Obieta
Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

VOCALES:

Ramón Romero Serrano
Hospital Universitario dr. Peset Aleixandre.
Valencia

José Antonio Fálagan Mota
Centro Hospitalario de Pontevedra

M^a Luisa Tamayo Canillas
Hospital Universitario Central de Asturias

Julio Muriel Gil
Hospital Santa Cristina. Madrid

Antonio Robles Albarrán
Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Carmen Garrote Liarte
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Rafael Aleixandre Benavent
director de la Revista Papeles Médicos. SEOM

Presentación

Estimados compañeros:

En nombre del Comité Organizador y como Presidente del mismo tengo el honor de poner en vuestro conocimiento la celebración del XI Congreso Nacional de Documentación Médica a celebrar en Madrid los días 25 y 26 de junio de 2009.

Este año la organización de dicho congreso recae directamente en la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM), en él esperamos reunir a más de 250 profesionales de la documentación Médica, Admisión y Sistemas de Información Sanitaria de toda España.

Desearíamos contar con vuestra grata presencia y activa participación, por ello pensamos que será de vuestro interés el programa científico que hemos diseñado, así como esperamos sea provechosa vuestra visita a Madrid.

Podéis encontrar información complementaria en la página Web habilitada para este evento en www.sedom2009.com, en la página web de la SEDOM (www.sedom.es) y en breve recibiréis en vuestro domicilio y centros de trabajo más información sobre el Congreso.

Esperando tener la oportunidad de saludaros personalmente, recibid un cordial saludo.

Ángel Moreno González

Presidente del Comité Organizador

Programa jueves 25 de junio de 2009

08:30 h Acreditaciones y entrega de la documentación.

09:15 h. **MESA INAUGURAL: Inauguración Oficial.**

• Excmo. Sr. D. Juan José Güemes Barrios (Pte. de Confirmación) Consejero de Sanidad.
Comunidad Autónoma de Madrid

• Ilma. Sra. D^a Elena Juárez Peláez
Directora General de Atención al Paciente. Consejería de Sanidad.
Comunidad Autónoma de Madrid

• Sr. D. José Soto Bonel
Director Gerente. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

• Sr. D. Ramón Romero Serrano
Presidente de la SEDOM

• Sr. D. Ángel Moreno González
Presidente del Comité Organizador

Conferencia inaugural

Ilma. Sra. D^a Elena Juárez Peláez

10:00 h. PAUSA CAFÉ

10:30 h. **1º MESA:** Historia Clínica Electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Historia Clínica Única por Comunidad Autónoma.

Moderador: Carlos M^a Elvira Martínez
Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid

Ponentes:

• Dr. Javier Etreros Huerta
Director del Proyecto de Historia Clínica digital del SNS. Instituto de Información Sanitaria.
Ministerio de Sanidad y Consumo

• Sr. D. Francisco García Lombardía
Director de Programas y Proyectos Estratégicos. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid

• Sra. María Rovira Barberá
directora Funcional de la Historia Clínica compartida en Cataluña. departament de Salut.
Generalitat de Catalunya

• Dr. Arturo Romero Gutiérrez
Médico del Servicio de Admisión y documentación Clínica. Hospital Virgen de la Salud.
SESCAM.Toledo

Programa jueves 25 de junio de 2009

12:30 h. **2ª MESA:** Sistemas de Clasificación de Pacientes, CMBd y Seguridad del Paciente.

Moderador: Manuel Aliaga Benítez
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Ponentes:

- Dr. Javier Yetano Laguna
Jefe del Servicio de documentación Clínica. Hospital de Galdakao. Vizcaya
- Dr. Agustín Albarracín Serra
Asesor Técnico. dirección General de Sistemas de Información Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud
- Dr. José del Río Mata
Médico documentalista. Servicio de documentación Clínica. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
- D. Antonio Arias Enrich director Ejecutivo de Iasist

14:45 h. ALMUERZO DE TRABAJO

16:00 h. **3ª MESA:** Herramientas de Gestión en Listas de Espera.
Moderadora: Carmen Gómez Hormigos
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Ponentes:

- Dra. Isabel Corella Monzón
Subdirectora de Seguimiento, Control de demoras y Listas de Espera. Servicio Madrileño de Salud
- Dra. Remedios Martínez Jiménez
Subdirectora de Evaluación y Producción Asistencial. dG de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud
- Dra. Julia Calabuig Pérez
Servicio de Análisis y Sistemas de Información Sanitaria. Área de Coordinación y Planificación. Agencia Valenciana de la Salud
- Dr. José Manuel González Álvarez
director Gerente. Hospital Universitario Fundación Alcorcón

18:00 h. PAUSA CAFÉ

18:30 h. SALA A: Comunicaciones: 1º Bloque. SALA B: Comunicaciones: 2º Bloque.

20:00 h. **ASAMBLEA DE LA SEDOM.**

21:30 h. **CENA DE GALA.**
Restaurante Pedro Larumbe. C/ Serrano, 61 - 4º Plta.

Programa viernes 26 de junio de 2009

08:30 h. **DEFENSA DE PÓSTERS:** Visita del jurado al área de posters.

09:00 h. **4ª MESA:** Nuevas Líneas de Actuación de los SADOCS.

Moderadora: Pilar Rodríguez Manzano
Hospital de Móstoles. Madrid

Ponentes:

- Dr. Ramón Romero Serrano
Jefe de Sección de la Unidad documentación Clínica y Admisión. Hospital Universitario
Doctor Peset. Valencia

- Dr. Orencio López domínguez
Socio director. InnovaSalud

- Carmen Martínez de Pancorbo González
Directora Gerente. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid

- Dr. José Antonio Fálagan Mota
Jefe Servicio de Documentación Clínica y Control de Gestión. Complejo Hospitalario de
Pontevedra

11:00 h. PAUSA CAFÉ

11:30 h. SALA A: Comunicaciones: 3º Bloque. SALA B: Comunicaciones: 4º Bloque.

13:30 h. ACTO DE CLAUSURA Conferencia de clausura.

Entrega de premios.

- Sr. D. Ramón Romero Serrano
Presidente de la SEuOM
- Sr. D. Ángel Moreno González
Presidente del Comité Organizador
- Sr. D. Emilio Úcar Corral
Presidente del Comité Científico

Sistemas de clasificación de pacientes, CMBD y seguridad del paciente. Proyecto para la obtención de indicadores de cirugía general mediante la explotación de los datos del CMBD

Agustín Albarracín Serra

Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de información sanitaria es proporcionar a los clínicos referencias válidas de los resultados más relevantes del proceso de cuidados prestado a cada paciente, con el propósito de servir de orientación para conocer la calidad de su trabajo y, de esta manera, estimular la mejora continua de la calidad de sus procesos.

OBJETIVOS

La finalidad de este proyecto ha sido facilitar a los cirujanos de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud indicadores generales y de procedimientos quirúrgicos específicos, así como los datos comparativos respecto a la media de los servicios agrupados por tipos homogéneos de hospitales. Con esta información se pretende lograr que los cirujanos se familiaricen con la medición de sus procesos y con la utilización de estos parámetros para la mejora de la calidad asistencial.

ETAPAS

1) Formación de un grupo de trabajo integrado por miembros de la dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, Subdirección General de Calidad y la Sección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

2) Selección de las dimensiones del modelo de análisis que recogieran aspectos relevantes de la provisión de servicios sanitarios: accesibilidad, adecuación de la hospitalización, seguridad de los pacientes, efectividad clínica, eficiencia, y frecuentación.

3) Selección de las fuentes de datos: CMBD de hospitalización y de cirugía ambulatoria

4) Selección de un conjunto de indicadores que se pudieran obtener a partir de la información disponible en las bases de datos administrativas habituales, clínicamente relevantes, precisos y con mínimo sesgo. Para ello se efectuó una revisión de indicadores en la literatura: Indicadores de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), International Quality Indicator Project® (IQIP). ECHI (European Community Health Indicators - Indicadores de salud de la Comunidad Europea), Canadian Institute for Health Information, Health Care Quality Indicators Project. OCdE.

5) Propuesta de nuevos indicadores por parte de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).

6) definición de cada uno de los indicadores finalmente incluido (codificación de diagnósticos y procedimientos y criterios de inclusión y exclusión) y metodología de cálculo para el mismo.

7) Aplicación de sistemas de clasificación de pacientes: All Patient GRds, All Patient GRds e International Refined GRds.

8) Selección de la Metodología de Ajuste de riesgos: Ajuste de tasas método directo e indirecto, modelos de regresión logística binaria y modelos de regresión de Poisson y binomial negativa.

RESULTADOS

1) Indicadores generales: Se han seleccionado cinco indicadores primarios que se subdividen en 17 indicadores secundarios:

- Indicadores de utilización de recursos (es-

tancia media, estancia media prequirúrgica y tasa de ambulatorización de procesos).

- Indicadores de resultados clínicos (tasa de mortalidad, tasa de reingresos tasa de complicaciones).
- Indicadores de utilización de procedimientos.
- Indicadores de calidad de la prevención.

2) Indicadores específicos de procesos: Se han seleccionado 25 indicadores correspondientes a los siguientes cinco procesos: cáncer de colon, cáncer de recto, colecistectomía, hernioplastia inguinal, tiroidectomía.

3) Explotación de la información.

La información se facilita a los servicios de la siguiente manera:

- datos sobre los indicadores generales seleccionados.
- datos desagregados por servicios correspondientes a Grupos de hospitales homogéneos, según tamaño y características.
- datos por servicio y por sección/unidad independiente (únicamente a las unidades correspondientes que deseen que se les facilite)
- Para cada indicador se presenta el dato observado en el hospital, el dato esperado de acuerdo a la metodología de ajuste empleada y el intervalo de confianza del cociente entre el valor observado y el valor esperado.

4) Periodicidad de medición: semestral.

5) Medio de difusión: correo electrónico y página WEB de la AEC.

FUTURAS ACCIONES

1) Propuesta de modificación del CMBd de la Comunidad de Madrid para incluir determinados ítems necesarios para proyectos de benchmarking hospitalarios (traslados entre servicios, Present on Admission Indicator, etc).

2) Proceso anual de revisión de indicadores para excluir aquellos que presenten resultados no relevantes y propuesta de inclusión de nuevos indicadores.

3) Realización de cursos específicos de codificación en Cirugía General (ya se han realizado cuatro) en colaboración con la Agencia Laín Entralgo, para unificación de criterios entre los hospitales y en los que se recogen las sugerencias propuestas por los cirujanos.

4) dentro de los objetivos del proyecto está previsto realizar sesiones conjuntas con los servicios para explicar la metodología empleada, analizar los resultados y prestar apoyo en un análisis más profundo de los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

1) La gestión clínica constituye un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es incorporar al profesional sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica médica.

2) La evaluación y medición de los resultados sanitarios no debe identificarse con gratificación o penalización sino con aprendizaje.

3) Las Bases de datos Administrativas (BdA) como el CMBd, por su fácil disponibilidad, bajo coste y amplia cobertura poblacional, tienen un valor aceptable para detectar centros o procedimientos con potenciales problemas de calidad.

4) La evaluación de un servicio debe basarse en un amplio conjunto de indicadores que combine los relacionados con el consumo de recursos con los indicadores más clínicos.

5) Los resultados obtenidos no son una medida directa de la eficiencia o calidad de un servicio, sino una medida indirecta o parcial (proxy) de una situación en un momento concreto, que puede servir para posteriores análisis en mayor profundidad.

6) Toda la información que pueda generar un sistema como éste, no tiene sentido sino llega a los médicos. Para esto es necesario diseñar sistemas de disseminación de la información por diversas vías: sociedades científicas, colegios, etc.

Indicadores clínico-asistenciales para la gestión hospitalaria: factores críticos de éxito

Dr. Antoni Arias

Director Ejecutivo, lasist S.A.

ENFOQUE DE LA PONENCIA

El enfoque de esta breve presentación se configura a partir de una cuestión que después de muchos años de trabajar en el ámbito de la información para la mejora de la gestión sanitaria surge ante la diversidad de realidades y resultados que muestran los centros hospitalarios en la gestión de la atención que prestan a sus pacientes: ¿Por qué hay hospitales en los cuáles la información sobre su evaluación comparada de resultados es un instrumento fundamental de mejora, y en cambio, en otros esta información no existe o simplemente no se utiliza?

Creo que es importante compartir esta experiencia en el marco del congreso de la SEdOM ya que estoy convencido que los profesionales de la documentación médica pueden añadir un gran valor a su trabajo técnico al contribuir a la mejora de la gestión clínica y hospitalaria promoviendo que la información que generan se convierta en un instrumento necesario para la misma.

Los factores de éxito en la utilización de los indicadores clínico-asistenciales en la mejora de la gestión clínica y hospitalaria

Nuestra experiencia se fundamenta en el trabajo de 18 años ofreciendo servicios de benchmarking a los hospitales utilizando como la fuente de información básica el CMBd hospitalario. En especial me referiré a los últimos 7 años en los cuales hemos tenido el privilegio de trabajar de forma continuada en más de 90 hospitales en España con un sistema de indicadores clínico-asistenciales de evaluación dirigidos a los equipos directivos y a los responsables y profesionales de los servicios clínicos. Durante estos años de acompañamiento de nuestros clientes hemos podido observar con satisfacción mejoras notables en los resultados de muchos hospitales en los que los indicado-

res clínico-asistenciales se han convertido en un instrumento de evaluación clave, aunque también hemos visto situaciones en las que la información no es suficiente para generar la dinámica de mejora deseable.

¿Cuáles son los elementos que diferencian estas situaciones, a mi modesto entender y sin pretender ser absolutamente exhaustivo?

La cultura de gestión del equipo directivo de los hospitales. Una de las primeras peticiones que acostumbra a realizar un equipo directivo de gestores profesionales en los hospitales en la actualidad es información rigurosa y contrastada sobre los resultados del hospital. Si es esta la cultura imperante en el hospital, la información sobre indicadores clínico-asistenciales será una pieza fundamental en la gestión hospitalaria.

Esta cultura debe integrar una voluntad decidida del equipo directivo de implicar a los profesionales del hospital y promover su responsabilidad en la consecución de los objetivos mediante los incentivos que el marco institucional permitan y garantizando unos instrumentos mínimos para ejercer dicha responsabilidad. Uno de los instrumentos básicos es la disponibilidad de información sobre la monitorización y evaluación de los objetivos acordados.

Un marco de evaluación estratégica de la actividad hospitalaria que sea operativo para el conjunto de la organización. Es deseable tener un marco de objetivos estratégicos que se complementen con un desarrollo de indicadores operativos de gestión que sean susceptibles de monitorización y evaluación.

En nuestra experiencia ha sido útil la aportación de un marco conceptual de evaluación de la función asistencial hospitalaria que ofrezca

una estructura comprensible de los indicadores a utilizar. Para conseguir la implicación de los profesionales asistenciales de los centros es recomendable que nuestro modelo de evaluación integre la valoración tanto de la gestión de los recursos disponibles (estancias, quirófanos, presupuesto,..) como de la gestión de los aspectos cualitativos que más interesan a los clínicos (las complicaciones, la mortalidad, los reingresos, etc...).

Como ejemplo, cito el marco conceptual que habitualmente utilizamos, con las dimensiones a analizar, los fenómenos evaluados y ejemplos de los indicadores utilizados:

bles y orientados a aquellos ámbitos que son objetivos fundamentales de mejora. En ocasiones una información muy amplia invita al desistimiento. Es necesario ofrecer los indicadores imprescindibles, enfocados a lo relevante y que sean útiles y orientados a la acción para la mejora, ya que habitualmente el profesional no tiene un tiempo ilimitado para analizar y valorar complejos y prolijos cuadros de mando. Los indicadores deben ser comprensibles y claros. Es necesario que la base conceptual de los indicadores sea intuitiva y clara. En este sentido, la utilización de los índices de valores observados vs. los esperados si el hospital se comportara como el estándar de comparación que hayamos elegido para la evaluación,

DIMENSIÓN	FENÓMENO	INDICADORES
Adecuación de la asistencia	Ingresos hospitalarios	Tasa de hospitalizaciones evitables
		Ratio de discrecionalidad en el ingreso
		Porcentaje de ingresos de baja probabilidad
	Adecuación técnica	Dintel volumen crítico en cirugía
		Tasa de cesáreas ajustada por riesgo
		Tasa de amputaciones rectales en la cirugía de resección de recto
	Adecuación a la demanda	Índice de cirugía sin ingreso ajustado
Calidad asistencial	Mortalidad	Índice de mortalidad ajustado por riesgo (IMAR)
	Complicaciones	Índice de complicaciones ajustado por riesgo (ICAR)
	Readmisiones	Índice de readmisiones urgentes a 30 días relacionadas con el episodio de origen, ajustado por riesgo (IRAR)
	Seguridad de pacientes (AHRQ)	Porcentaje de cada indicador
	Gestión de la estancia	Tasa por 1000 altas
Eficiencia	Eficiencia económica	IEMA
		Índice de estancias ajustado por riesgo (IEAR)
		Gasto por unidad de producción (UPH) ajustado
		Unidades de producción (UPH) por personal

Los atributos de los indicadores de evaluación utilizados.

En este apartado no voy a referirme a las cualidades técnicas de los indicadores, aspectos que los investigadores y planificadores han definido con mucha precisión con anterioridad. Voy a referirme a tres de las características de los indicadores que según nuestra experiencia contribuyen al éxito en su utilización.

a) Los indicadores deben ser los imprescindibles

es una aproximación muy útil y clara para los profesionales.

b) Los indicadores deben ser equitativos en la valoración. ¿Cuántas veces no hemos utilizado tasas brutas para la evaluación de resultados en los hospitales, comparando centros comarcales con grandes centros universitarios?. Es necesario incluir en esta evaluación el ajuste por la diferente tipología de pacientes atendidos (casuística) y el riesgo de riesgo de los pacientes. En nuestra experiencia, ha sido muy positiva la utilización de indicadores de cali-

dad asistencial científico-técnica como la mortalidad, las complicaciones o las readmisiones urgentes a corto plazo ajustados por riesgo en base al cálculo a nivel de paciente de las probabilidades esperadas de defunción, complicación o readmisión mediante modelos de regresión logística basados en datos del CMBd de hospitales españoles que ofrecen los valores esperados en nuestro propio entorno. Los parámetros de bondad de ajuste de estos indicadores ajustados por riesgo como la curva bajo ROC, que oscilan entre el 80% y el 95%, garantiza la robustez de esta aproximación metodológica mucho más precisa y aceptable para los clínicos de evaluar estos fenómenos tan sensibles y claves de la asistencia sanitaria ya que ajustan mucho mejor que el GRd, por ejemplo, al incluir la edad, sexo, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios con mayor riesgo, tipo de ingreso (urgente/programado), nivel de hospital, ubicación del hospital (rural/urbano) y otras variables específicas según el fenómeno.

A partir de esta experiencia estamos ofreciendo ya la evaluación de la estancia media y las tasas de sustitución por CMA a partir de modelos específicos de regresión con resultados muy positivos.

También hemos aplicado este concepto y esta técnica a indicadores específicos, como la tasa de cesáreas al ajustarla por el riesgo del parto, a partir de los datos que aparecen en el CMBD. En la tabla siguiente encontramos un ejemplo de este indicador en el cual apreciamos que una composición diferente del 'mix' de partos de bajo y alto riesgo condiciona el resultado del indicador.

	Hospital		Estándar
	nº	%	%
Partos totales	4.247	100%	-
Alto riesgo	2.744	64,60%	54,50%
Bajo riesgo	1.503	35,40%	45,50%
Cesáreas totales	1.011	23,80%	20,90%
En p. alto riesgo	767	28,00%	36,50%
En p. bajo riesgo	244	16,20%	9,80%
Tasa de cesáreas ajustada por riesgo del parto	-	27,10%	20,90%

c) Los indicadores deben posibilitar la exploración de las causas de las desviaciones observadas en el indicador. En nuestra experiencia es fundamental ofrecer una sistemática de análisis de las desviaciones observadas en los indicadores de evaluación que permita averiguar donde se originan dichas desviaciones. Nosotros ofrecemos a nuestros clientes una forma de análisis sistemático que desde la observación de la desviación en un indicador a nivel global del hospital, por ejemplo, en la mortalidad, nos permite identificar qué servicios o unidades clínicas contribuyen en mayor medida a la desviación observada, cuáles son los procesos asistenciales que tienen un mayor impacto en los resultados adversos de mortalidad y, finalmente, identificar los episodios concretos de defunción ordenados por la probabilidad de éxitos estimada a partir de los datos del CMBd. Esta sistemática permite extender la cultura de evaluación de casos en los distintos servicios del hospital como un instrumento para la mejora y no una forma de fiscalización del profesional.

La necesaria circulación de la información ('feed-back') a todos los niveles de la organización que sea fácilmente accesible por los profesionales

Según nuestra experiencia, este es un elemento clave en el éxito de la estrategia de gestión clínica comprometida con la mejora asistencial del hospital. Una de las primeras herramientas que demandan los profesionales cuando se implican en los objetivos del hospital y asumen su cuota de responsabilidad es información para monitorizar y evaluar sus logros. Es imprescindible ofrecerles un sistema ágil y ordenado de acceso a la información. En la actualidad las TIC ofrecen muchas posibilidades en esta área. después de seis años de ofrecer un sistema de indicadores de gestión clínica de todos sus servicios a los hospitales en formato html con posibilidad de navegación, recientemente hemos lanzado un nuevo servicio de cuadro de mando asistencial 'online' que permite optimizar esta accesibilidad a los diferentes agentes interesados del hospital (ver más información en www.iametrics.es).

El rol de los profesionales de la documentación clínica

Como he comentado al inicio, nuestra experiencia se basa en el trabajo realizado a partir del CMBd hospitalario como fuente de información básica. Y el mantenimiento y la mejora del CMBd vienen siendo una función fundamental de los profesionales de la documentación médica. ¿Somos conscientes del potencial que tiene el CMBd y las fuentes de información de otras áreas asistenciales (urgencias, consultas, etc...) que en el futuro puedan estandarizarse como palanca de mejora en nuestros hospitales?

¿Por qué no sacarle el máximo jugo a la inversión que están realizando los centros hospitalarios en la generación del CMBd?. Me refiero a toda la inversión que hay detrás de esta base de datos: el tiempo que dedican los médicos a realizar el informe de alta, los recursos de codificación disponibles, la inversión en TIC necesaria para sustentar el sistema de información, etc... Si toda esta inversión va destinada solamente a rellenar de forma normativa el fichero del CMBd para enviarlo a las respectivas consejerías de salud de las comunidades autónomas, ¿no creen que sale muy cara esta obligación?

En mi experiencia he podido observar profesionales que su rol en cuanto a lo que a información se refiere se ve circunscrito al de “elaboradores de listados”, cuando ya en muchos hospitales los profesionales de la documentación clínica se constituyen en verdaderos “gestores del conocimiento”, agentes de los procesos de mejora por su interlocución con los profesionales clínicos. Creo que este rol es de mucho mayor valor para el documentalista aunque obviamente dependerá de la cultura de gestión que exista en el hospital: una gestión profesionalizada que valore la evaluación basada en datos objetivos como instrumento para la mejora reconocerá sin duda mucho más el valor que puede aportar el profesional de la documentación médica. Sin embargo, en este contexto, este profesional debe situar entre una de sus funciones la labor pedagógica necesaria dirigida al equipo dirigido para poner en valor –ese termino tan usado actualmente- su rol como suministrador de información y agente de conocimiento dentro del hospital para la mejora de resultados.

OsaKliniker. Un sistema de explotación del CMBD por agrupaciones clínicas

Javier Yetano Laguna

Servicio de documentación Clínica
Hospital de Galdakao. Vizcaya.

El Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBd) es un registro con datos administrativos y clínicos de los enfermos dados de alta de un hospital que resume la información del episodio de hospitalización. El CMBD de las altas de un hospital es una base de datos normalizada y digitalizada que permite conocer su casuística y obtener indicadores de actividad y calidad de los diferentes procesos. El CMBd de los hospitales de un Servicio regional de salud o de todo un país es una base de datos riquísima que facilita un análisis de la variabilidad interhospitalaria muy instructivo y el benchmarking.

Las posibilidades de explotación del CMBd son enormes y, al estar digitalizado, el acceso a la información, una vez conseguido, es inmediato. Su utilización más habitual es la obtención de las altas clasificadas con los GRd (Grupos Relacionados por el diagnóstico), un sistema de clasificación de pacientes que clasifica los episodios de hospitalización en grupos con igual consumo de recursos. La utilidad de los GRd es grande al conseguir clasificar y medir la casuística con una herramienta muy probada que se ha convertido en un estándar. Sin embargo, los GRd no son bien aceptados por los clínicos que lo consideran un sistema relacionado con consumos y que no satisface sus necesidades de información sobre los procesos clínicos como la angina inestable o el infarto agudo de miocardio no Q. Por ejemplo, si el número de casos es alto, las fracturas de cadera se clasifican en múltiples GRd distintos y se mezclan con otras enfermedades como la Coxartrosis (si se les ha puesto una prótesis).

El uso masivo de los GRd como producto del CMBd está, de alguna manera, ocultando la utilidad de éste para obtener información con mayor coherencia clínica. del CMBd se puede sacar información por procesos clínicos que

satisfacen las necesidades de los clínicos y gestores sin utilizar los GRd.

En Osakidetza-Servicio vasco de salud hemos diseñado OsaKliniker, un programa que, a partir del CMBd, clasifica las altas hospitalarias en agrupaciones clínicamente coherentes. Satisface las necesidades de información de los clínicos y sirve como herramienta de comunicación entre clínicos y gestores para la gestión clínica.

Se definieron 1.400 agrupaciones clínicas, 1.100 por diagnóstico y 300 por Procedimiento, que se validaron con médicos especialistas consultores en cuanto a la idoneidad del nombre, la coherencia clínica y el interés en recuperar la información. Posteriormente las agrupaciones clínicas definidas se convirtieron en códigos de la CIE-9-MC. Cada uno de las Agrupaciones clínicas está definida por tres parámetros: un título, el o los códigos de la CIE-9-MC que comprenda y las condiciones de búsqueda de las mismas.

de cada agrupación OsaKliniker se muestran los datos de actividad y calidad por hospitales y por servicios médicos en forma de tablas o mediante gráficos. En cada tabla están los datos desagregados de un periodo por cada uno de los hospitales y son las siguientes (por ejemplo, del Cáncer colorrectal):

Actividad: nº de altas, nº de pacientes distintos, estancia media, estancia media preoperatoria, % intervenidos, % de varones, % de mujeres y tasa de mortalidad.

- Actividad por servicios: igual que la anterior pero desagregada por servicio médico de alta de cada hospital.
- Calidad: información relevante específica

de los casos de Cáncer colorrectal relacionada con la calidad como complicaciones (infección de herida operatoria).

- Calidad por servicio: igual que la anterior pero desagregada por servicio médico de alta de cada hospital.
- distribución por sexo y edad.
- Clasificación en GRd. Se puede descender a cada GRd por cada hospital.
- Reingresos por hospitales. Se presentan los motivos por los que reingresan los casos de Cáncer colorrectal.
- Diagnósticos principales: % de casos con cada uno de los códigos de cáncer colorrectal (% de cáncer de ciego, por ejemplo).
- Diagnósticos secundarios: % de casos con cada uno de los códigos de diagnóstico secundario (% de metástasis hepática, por ejemplo).
- Procedimientos quirúrgicos: % de casos con cada uno de los códigos de procedimiento (% de casos de resección de recto, por ejemplo).
- Procedimientos no quirúrgicos: % de casos de cada uno de los códigos de procedimiento no quirúrgico por cada hospital (% de casos que han recibido una transfusión).

Además, el programa tiene las siguientes utilidades:

- descender al registro del CMBd de cada caso de los seleccionados: los que tienen una infección de herida quirúrgica de entre los casos de Cáncer colorrectal del hospital X.
- Ver el registro del CMBd de otros episodios anteriores o posteriores de ese paciente.
- Acotar la búsqueda (de cualquiera de las 1.400 agrupaciones OsaKliniker) por cualquier variable del CMBd. En el cáncer colorrectal, por ejemplo, muestra las 11 tablas anteriormente comentadas pero, si se desea,

se puede acotar para que presente las tablas con los datos sólo de las altas de determinadas fechas o sólo de las mujeres o sólo de las altas de digestivo o sólo de los que se operaron o sólo de las que se les hizo una hemicolectomía derecha o sólo de los que tenían cáncer de ciego o solo de los pacientes de determinado municipio. Con este sistema de filtro, las 1.400 búsquedas se multiplican exponencialmente.

- Gestión de favoritos conservando las agrupaciones más frecuentadas por cada usuario.

El programa está diseñado con tecnología Web y funciona sobre una base de datos centralizada con el CMBd de todos los hospitales. Cualquier gestor o clínico autorizado puede acceder a OsaKliniker desde cualquier hospital y consultar la agrupación OsaKliniker que quiera con información desagregada por hospitales. Si quiere descender a ver el CMBd de cada caso sólo puede ver los casos de su hospital. Además de los usuarios hospitalarios, los hay en los servicios centrales de Osakidetza-Servicio vasco de salud y en el departamento de Sanidad y sus delegaciones territoriales. Actualmente hay 329 usuarios.

En la **Tabla 1** se muestran los datos de actividad de la Fractura de cadera. Se aprecia una importante variabilidad en indicadores como la estancia media y la estancia media preoperatoria que demuestran prácticas clínicas distintas.

En la **Tabla 2** se presenta la información relacionada con la calidad de esas mismas Fracturas de cadera y también se puede observar gran variabilidad en la mortalidad hospitalaria (de 3,1 a 10%). La **Tabla 3** muestra una información con relevancia clínica, los motivos de reingreso de las Fracturas de cadera.

OsaKliniker no permite al usuario identificar a un paciente ni por su filiación ni por su nº de historia ni por ningún otro dato personal con lo que se preserva la confidencialidad de los datos personales. Posee un sistema de control de accesos y un registro histórico de las consultas efectuadas. OsaKliniker ha sido valorado como muy útil por más de 130

profesionales clínicos y gestores. El programa lo encuentran amigable, la información comprensible y, sobre todo, permite la comparabilidad inmediata entre servicios médicos y hospitales.

En definitiva, OsaKliniker es una herramienta que informa a clínicos y gestores de la actividad de hospitalización por agrupaciones con coherencia clínica presentando indicadores de

actividad y calidad por hospitales y por servicios médicos. Al ser los criterios de búsqueda de las agrupaciones clínicas los mismos para todos, OsaKliniker permite el benchmarking entre hospitales. Las diferencias detectadas en algunos casos ponen de manifiesto una importante variabilidad que sugiere la existencia de prácticas clínicas distintas y obliga a un análisis más pormenorizado.

TABLA 1

Información de actividad que suministra OsaKliniker del Proceso clínico fractura de cadera en un año en los hospitales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

	Altas Quirúrgicas						Mortalidad	
	Altas	Estancia Media	% operadas	Estancia Media Preoperatoria	% de varones	Edad media	Casos	Tasa mortalidad (%)
Hospital 1	244	22	93,4	4,5	29,5	79,1	16	6,6
Hospital 2	367	16,1	93,2	4	24,8	79	31	8,5
Hospital 3	438	14,6	88,4	4,5	25,6	81,4	26	5,9
Hospital 4	279	15,9	92,8	3,7	22,2	82,1	17	6,1
Hospital 5	176	16,1	88,1	3,6	26,7	81,1	16	9,1
Hospital 6	119	15,8	88,2	4,4	31,9	80,5	11	9,2
Hospital 7	75	15,1	93,3	2,1	24	83,5	3	4
Hospital 8	98	17,9	93,9	2,7	24,5	80,8	3	3,1
Hospital 9	63	17,8	88,9	3	31,7	79,2	5	7,9
Hospital 10	60	9,8	71,7	3,1	20	78,2	6	10
Hospital 11	86	13,7	96,5	3,1	24,4	80,7	3	3,5
Osakidetza	2005	16,3	90,8	3,9	25,8	80,5	137	6,8

Tabla 2

Indicadores de calidad que suministra OsaKliniker del proceso clínico Fractura de cadera en un año en los hospitales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

	Altas	% de Mortalidad	% de reingresos	% de Complicación herida quirúrgica	% de Complicación mecánica	% de Infección Urinaria	% de Prótesis cadera	% de Osteosíntesis
Hospital 1	244	6,6	6,1	1,6	3,7	3,3	36,1	54,5
Hospital 2	367	8,5	4,2	3,8	1,1	3,5	39,2	54,2
Hospital 3	438	5,9	5,6	2,3	0,5	6,4	38,4	50
Hospital 4	279	6,1	4,6	2,5	0,7	4,3	36,2	55,9
Hospital 5	176	9,1	10	31,8	2,3	3,4	35,2	51,1
Hospital 6	119	9,2	8,3	4,2	1,7	5	33,6	52,9
Hospital 7	75	4	11,1	6,7	1,3	13,3	36	57,3
Hospital 8	98	3,1	1,1	2	1	2	34,7	59,2
Hospital 9	63	7,9	8,6	7,9	1,6	11,1	31,8	57,1
Hospital 10	60	10	3,7	0	0	5	26,7	41,7
Hospital 11	86	3,5	4,8	1,2	1,2	1,2	45,4	51,2
Osakidetza	2005	6,8	5,8	5,4	1,4	4,8	36,9	53,2

Tabla 3
Relación de los 10 diagnósticos más frecuentes que motivaron el reingreso (en menos de 30 días) de las fracturas de cadera en un año

Diagnóstico que motivó el reingreso	Casos	%	Nº éxitos
Complicación mecánica de prótesis o dispositivo de osteosíntesis	10	9,3	1
Neumonía	8	7,4	1
Infección de herida operatoria	7	6,5	1
Fractura intracapsular de fémur	5	4,6	1
Infección urinaria	4	3,7	0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada	4	3,7	1
Úlcera de decúbito	3	2,8	1
Insuficiencia respiratoria aguda	3	2,8	1
Infección de prótesis articular	3	2,8	1
Fiebre de origen desconocido	2	1,8	0
Total de reingresos del Proceso clínico Fractura de cadera	108	100	10

El papel del médico del SAdC y de las comisiones de HH.CC. ante el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica

Orencio López

Socio director de Innovasalud Consultoría Sanitaria
olopez@innovasalud.es

ANTECEDENTES

El SAdC ha venido gestionando la historia clínica (HC) como un elemento fundamental en el funcionamiento de los centros sanitarios, y de enorme valor por contener los hechos más relevantes del proceso asistencial y de la práctica clínica realizada sobre los pacientes.

No es el momento de detallar las potencialidades de la HC, pero sí de recordar que este “continente de información” no es un elemento pasivo en la organización sanitaria, sino al revés tremendamente influyente. Las normas que, alrededor de su gestión y explotación, ha sido necesario ir construyendo (estructura, acceso, custodia, disponibilidad, representación de los datos, contenidos mínimos, etc.) han provocado en muchos casos cambios significativos en el funcionamiento de las organizaciones sanitarias, más allá de la propia HC, y en todos los casos, al menos, una “justificación” para la mejora.

Es indudable que la gestión de las HC es, y ha sido, una competencia exclusiva de los SAdC, en íntima relación con la gestión de pacientes que así mismo asumen estos servicios. Otras funciones realizadas alrededor de la HC han sido, sin embargo, compartidas: Su evaluación y el análisis de la información en ellas contenidas. Estas funciones, y en especial la primera ha sido compartida con estructuras colegiadas de los profesionales sanitarios (usuarios de la HC) como son en la mayoría de los casos las Comisiones Clínicas, y en especial la de Historias Clínicas.

Con ella también comparte, no siempre sin controversias, una función técnica asesora para la creación de esas normas a que hacía alusión anteriormente (estructura, acceso, etc.). Esta función asesora, sin duda, tiene una

orientación eminentemente funcional, es decir busca lograr un uso cada vez más adecuado (mejora continua) de la HC a todos los niveles y para todos los actores implicados (gestores, clínicos, autoridad sanitaria y paciente).

Por último, hay un hecho relevante que es necesario mencionar para comprender el momento actual. Ya a finales de los 80 se vio la imposibilidad de mantener el modelo de gestión de la HC basado en el soporte papel y su perdurabilidad en el tiempo. Los espacios y los recursos destinados a su gestión no iban a poder crecer a la misma velocidad que los números de HC y que sus centímetros de grosor. Este modelo penalizaba además sensiblemente la resolutivez del proceso asistencial al imponer importantes restricciones al uso compartido y concurrente de la información entre profesionales (incluso del mismo centro), a su agilidad al no poder asegurar la disponibilidad de la información “just in time” si no estaba prevista con antelación, sin mencionar los problemas de legibilidad y variabilidad en su cumplimentación.

Con la llegada de los primeros PC, se intentó encontrar la solución en el formato digital, generándose múltiples intentos locales, donde la tecnología, aun cuando inmadura, intentó colaborar con los gestores en la resolución o al menos en el alivio de estos problemas. En esta simbiosis el SAdC tuvo un papel relevante, y todavía existen experiencias concretas dignas de mención, que siguen evolucionado bajo este modelo de cooperación.

La simbiosis a la que aludo no fue fácil de conseguir, pero existían factores que la hicieron posible. dos de ellos relevantes:

- La inmadurez tecnológica del sector y en concreto el déficit de técnicos informáticos conocedores, aun cuando solo fuese superficialmente, de la realidad del funcionamiento de los centros asistenciales.
- Y la fortaleza de conocimiento que de esa misma realidad tenían un grupo amplio y emergente de profesionales del SAdC que estaban modelando con su trabajo e influencia el funcionamiento de los circuitos asistenciales de los centros.

Esta fue la base de una perfecta simbiosis: ambos ganan porque se complementan. dos papeles complementarios: el funcional (gestor) y el tecnológico (soporte instrumental).

SITUACIÓN ACTUAL

A veces los deseos se empiezan a hacer la realidad: La HC se orienta decididamente a un soporte digital, necesario e imprescindible.

Pero en esta nueva orientación se producen otras transformaciones, seguramente no planeadas, aunque absolutamente reconocibles y explícitas.

El desarrollo tecnológico progresivo de las TIC,s y su potente irrupción en el sector salud trasfiguran el escenario y modifican los roles ejercidos hasta ese momento. La potencialidad de la HC pasa a un segundo plano, y emergen las potencialidades de la “informática” que progresivamente pasa de ser un instrumento de soporte a la funcionalidad, a dictar sus propias funcionalidades bajo un argumento de conveniencia tecnológica. Tecnología como he comentado, absolutamente necesaria, y además buscada con urgencia por el gestor.

La simbiosis, obviamente se rompe y el proceso de soporte que son las TIC,s tienden a ocupar un amplio espacio, arropadas por unos conceptos abstractos, con una terminología propia y con el poder que da, además de ser necesarios, también no ser comprendidos (el respeto a lo desconocido).

En esta situación el SAdC ha ido modificando su papel técnico funcional en una realidad, en

la que por otra parte cada vez la herramienta informática va adquiriendo progresivamente una mayor influencia.

Esta situación ha colaborado también el cambio de orientación de nuestros anteriores “compañeros de fatigas”. Hace pocos años, mayoritariamente eran informáticos del propio centro que trabajaban con proveedores externos pero desde una “complicidad” de conocimiento de la realidad creada tras muchas horas de trabajo con el SAdC, y con una prioridad clara para resolver las necesidades locales. Ahora estos interlocutores, o simplemente no están, o han sido “secuestrados” operativamente por proveedores externos con una visión de producto que se orienta, no ya tanto al desarrollo local, sino al corporativo, surgiendo así un nuevo argumento restrictivo “no se puede hacer, hasta que no se haga para todos, o bien hasta que nos autoricen”

El resultante de estas nuevas coordenadas, es que estamos cada día mas cerca de disponer de herramientas informáticas que nos solucionen los problemas tradicionales de la HC papel, pero con serias dificultades para ponerlas al servicio de una realidad organizativa tan diversa como es la que existe en los centros tradicionales.

El resultado final es que las funciones de asesoría funcional del SAdC y de la Comisión de HHCC, ha quedado en un papel menor, y prácticamente ha desaparecido la utilidad de poder modular en cada momento la realidad de acuerdo con los planes de gestión del centro a través del desarrollo de los instrumentos tradicionales que tradicionalmente venían siendo utilizados como son la propia HC y los circuitos asistenciales (HIS).

¿Quién está analizando y proponiendo las funcionalidades a incorporar a la HC electrónica (HCE) que antes eran casi privativas del SAdC y de la Comisión de HH.CC.: estructura de la información, conceptos de jerarquía de la información, diseño de contenidos mínimos, sistemas de codificación, niveles de acceso, etc?. Pues en mi experiencia, donde no existe “BOE”, el propio instrumento los incorpora como requisitos de desarrollo.

¿Y en base a que?, ¿a la experiencia y el conocimiento del medio?, pues sinceramente creo que no, mayoritariamente en base a un flujograma en un cuaderno de carga pensado desde una lógica de un proceso industrial tipo: lo segundo va después de lo primero, y lo tercero después de lo segundo.

ORIENTACIÓN A FUTURO

Es imprescindible recuperar los roles anteriores:

1. SAdC:

- Gestión de los sistemas de información asistenciales (administrador funcional)
- Consultor funcional (asesoría)
- Evaluación de resultados
 - de los contenidos
 - de las funcionalidades

2. Comisión de HH.CC (usuarios finales)

- Consultor funcional (asesoría)
- Evaluación de resultados
 - de los contenidos
 - de las funcionalidades

2. Servicios de informática

- Gestión de las TIC,s (administrador tecnológico)
- diseño y desarrollo de servicios
- Gestión de soluciones externas (proveedores)

5. Paciente

- Ejercita sus derechos

Estos roles precisan de un punto común de encuentro, que debe ser promovido y garantizado por la autoridad sanitaria. Es indudable, que para que el SAdC y la Comisión de HH.CC puedan ejercer plenamente su papel, no solo se precisa que se les reconozca de nuevo su papel, sino también que puedan disponer de una formación (en especial el primero) que les permita comprender e interactuar con la tecnología actual. No se trata de competir en conocimientos, sino simplemente de conocer básicamente el “estado del arte”, sus soluciones, sus limitaciones y sus tendencias actuales.

Para alcanzar esta formación, como ya ocurrió anteriormente en otras cuestiones, el SAdC

no debe esperar a que le venga dada, sino que se precisa de una postura activa para su consecución.

En resumen, recuperar responsabilidades y obtener pericia a través de una formación específica, pero también sería conveniente recuperar el concepto de “lecciones aprendidas”.

En el desarrollo pasado del SAdC, en relación con sus competencias en gestión de pacientes y en el campo de la documentación clínica, sin duda, hemos aprendido de errores que no deberíamos repetir en este momento en relación con el desarrollo de la HCE.

Podríamos señalar varias de ellas, pero la que me parece más útil en este momento es la de la relación del SAdC con el usuario final: El profesional sanitario.

Es indudable que el desarrollo e implantación de la HCE supone un cambio en las costumbres de trabajo de los profesionales, que debe ser finalmente útil para todos, pero también y principalmente para ellos, aun cuando les suponga mayores exigencias.

No se pretende que el SAdC se convierta en portavoz del sentir de los profesionales. La Comisión de HH.CC. como órgano colegiado, puede asumir mejor este papel. Se trata de que el SAdC se posicione como elemento facilitador de la integración de la HCE en los modos de trabajo del centro, recuperando esa capacidad de influencia bidireccional que tenía la HC tradicional en el funcionamiento del centro. Este papel deberá ser completado por un trabajo conjunto con los profesionales sanitarios asistenciales para lograr que los contenidos de la HCE se adecuen a las necesidades de registro y comunicación entre profesionales a que obliga una práctica clínica efectiva, segura, ágil y resolutive.

El SAdC se equivocaría de estrategia si asumiese solo el papel de “controler” de la información, que sin duda debe hacerlo. En este momento, donde la HCE dista mucho de estar acabada en su diseño, y mucho menos en su implantación, su trabajo de es crítico realizar un trabajo de promoción del instrumento,

facilitador de su comprensión e impulsor de su mejora en relación con las funcionalidades que precisa el usuario final.

RETOS QUE DEBEN SER ASUMIDOS

En conclusión, lograr esa reorientación a futuro comentada en el apartado anterior es, a mi juicio, el gran reto que debe pelear el SAdC y, en su ámbito de competencia, la Comisión de HH.CC.

Para finalizar desearía señalar algunas cuestiones pendientes donde es urgente que ambos asuman una mayor presencia e influencia:

- Estructura de la información de la HCE
- Representación de los datos clínicos
- Contenidos mínimos de información asegurar

ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN DE LA HCE

En definitiva la HCE, comparte con la HC papel su papel de “contenedor” de la información clínica que se ha producido durante la asistencia al paciente en sus múltiples contactos con el sector sanitario, y como mínimo en cada uno de sus centros.

Hemos aprendido que los datos son muchos y diversos, y que su disposición en la HC no es un hecho trivial. Si no se sigue un orden claro en su disposición, su recuperación puede ser tan laboriosa que haga más sencillo volver a recogerla que encontrarla donde se encuentra registrada.

definir un criterio de ordenación y un criterio de jerarquía en la presentación de la información que además de ser conocido por todos, sea coherente para la mayoría, no es sencillo y en este momento no se ha resuelto adecuadamente.

En relación con este apartado se precisa asumir de forma inequívoca una serie de conceptos y criterios que sería conveniente que pudiesen ser mapeados en la mayoría de las

organizaciones sanitarias. En este aspecto un consenso profesional entre los SAdC supondría una inestimable ayuda además de una oportunidad.

REPRESENTACIÓN DE LOS DATOS CLÍNICOS

Es preciso acordar en dos líneas principales:

- Que bloques de información pueden ir en texto libre no normalizado o por el contrario como información estructurada (modular con campos predefinidos) con o sin codificación específica para ellos.
- Que sistemas de codificación y/o clasificación deben ser asumidos para aquellos campos que precisen de un terminología específica

En estas decisiones será imprescindible considerar la coherencia con los sistemas actuales para evitar rupturas en las series históricas.

Deberemos de nuevo, solo que ahora con una mayor complejidad, adquirir la condición de expertos en sistemas de representación de los datos clínicos. Nuestra experiencia en la utilización y en el mantenimiento de la CIE 9 MC es una gran oportunidad que no debemos desperdiciar.

CONTENIDOS MÍNIMOS DE INFORMACIÓN ASEGURAR

Esta vieja pelea que hemos mantenido tradicionalmente por asegurar unos contenidos mínimos de información en la HC, de nuevo debe ser reproducida en el ámbito de la HCE.

Tenemos un camino andado muy importante que ha originado estándares de hecho, pero ni mucho menos esta resuelta en su totalidad, añadiéndose ahora el que, en la medida de que en múltiples documentos (bloques de información) no existe legislación que lo asegure, la transición al formato electrónico puede ocasionar un cierto retroceso.

Indicadores clínico-asistenciales para la gestión hospitalaria: factores críticos de éxito Nuevas líneas de actuación de los SAdC Unidades de Documentación y Admisión de Departamento, experiencia en la Comunidad Valenciana.

Ramón C. Romero Serrano

Jefe Unidad de documentación Clínica y Admisión.
Hospital Universitario Dr. Peset Valencia.

Las Unidades de Documentación Clínica y Admisión, denominación oficial de los SAdC, en el ámbito de la Comunidad Valenciana, se crean tal y como las conocemos hoy en Noviembre de 1988 por la Orden de 15 de noviembre (DOGV 953 de 29 de noviembre 1988).

En la misma se plasma literalmente “El aumento de la demanda de asistencia especializada, tanto en régimen de internamiento como en régimen ambulatorio y las urgencias, hacen que sea necesario la creación de una Unidad que gestione las peticiones asistenciales con el fin de rentabilizar al máximo los recursos disponibles y facilitar el acceso a los mismos por la población que demanda asistencia especializada”. “Todo ello obliga a crear una estructura eficaz y eficiente lo que justifica la unión de la Admisión y la documentación Archivo Clínico como un solo Servicio o Unidad”.

desde entonces los profesionales de la documentación en la Comunidad Valenciana se han caracterizado tanto por una importante homogeneidad formativa, como por una elevada cohesión profesional ante los diferentes retos que desde la Administración Sanitaria se han ido proponiendo.

La unión desde hace mas de veinte años de las áreas de Admisión y documentación Archivo Clínico en un único servicio ha reforzado el papel de los profesionales dentro de la organización hospitalaria, dándoles desde el princi-

pio, una visión global de la misma.

En otro orden de cosas, la convocatoria sucesiva de oposiciones de personal estatutario desde 1994, ha permitido consolidar tanto los recursos humanos como la cartera de servicios de dichas Unidades, y la capacidad de influir de manera decisiva en el diseño e implantación de la mayoría de los sistemas de información en atención especializada de la Conselleria de Sanitat.

Con el desarrollo e implantación del sistema de información ambulatoria Abucasis en el ámbito de la asistencia primaria a través de una estructura no vinculada a las UdCAs y posteriormente la decisión de que este sistema se extendiera también a la atención especializada Orden 7 de junio 2006 (DOGV 5293 de 3 de julio 2006) surge el primer conflicto, sobre hasta donde deben llegar las competencias de la Unidad de documentación Clínica y Admisión y si estas se ven recortadas entrando en colisión con la Orden de 1988.

Existen dos factores importantes en este escenario, de un lado la designación de un responsable de implantación y mantenimiento del sistema, con el perfil “preferentemente facultativo medico en ejercicio del departamento de Salud “ que en la mayoría de los casos fueron médicos con gran voluntad y dedicación pero con poca experiencia en sistemas de información de asistencia especializada y fuera de la estructura de los servicios hasta entonces

competentes para ello (UdCA), y por otro la creación del departamento de Salud como estructura organizativa de toda la asistencia sanitaria para los ciudadanos de un área concreta, uniendo en un mismo equipo directivo la asistencia primaria y la especializada. Orden 12 de mayo de 2005 (DOGV 5009 de 19 de mayo de 2005).

El conflicto de intereses se resuelve mediante la Orden de 4 de septiembre de 2006 (DOGV 5377 de 30 de octubre de 2006), modificando la Orden de junio de 2006 por la cual las funciones hasta ese momento asignadas a las UdCAs se extienden al ámbito del departamento de Salud, con la adscripción de los profesionales encargados de la implantación de la aplicación ambulatoria antes mencionada, a las Unidades de documentación Clínica y Admisión.

Es evidente que la “creación” de las Unidades de documentación Clínica y Admisión de departamento ha venido dada por la fuerza de los hechos y se esta viendo reforzada día a día por la propia dinámica de los sistemas de información cuyo ámbito básico de desarrollo es el departamento de Salud.

El nivel de integración de los profesionales en la nueva estructura es diverso, dependiendo de los diferentes departamentos, pero la lógica dice que esta se vera incrementada con el paso del tiempo.

En los últimos tres años se ha venido asignando a las UdCAs, diversas funciones, que por su contenido y estrategia solo pueden ser abordadas desde una perspectiva de departamento:

- Gestión de los sistemas de acreditación en Tarjeta Sanitaria y sistema de información poblacional (SIP), creando circuitos de información y acreditación en tarjeta sanitaria de manera integral.
- Gestión de los sistemas de información de compensación ínter centros (COMPAS) para la facturación por prestación y área de atención, tanto en asistencia primaria como especializada, siendo la UdCA, responsable de la validación de los datos necesarios para

la facturación ínter centros.

- Gestión de todas las derivaciones de pacientes tanto a centros concertados como no concertados desde todos los ámbitos de departamento de Salud:

“Las UdCAs tendrán la responsabilidad de mantener el sistema de información y registro de todas las derivaciones realizadas, y en cada caso tramitar la documentación correspondiente al centro de destino (autorización, asunción de gastos, oficio etc.).

Además deberán comprobar la acreditación del usuario y su derecho a percibir la asistencia solicitada con cargo a los presupuestos de la Sanidad Pública.

Además, en el caso de derivaciones a centros no concertados, cuando sea desestimatoria, deberá remitir al paciente la resolución del Jefe de Conciertos y Tecnología Sanitaria, sobre la desestimación de la financiación del proceso, a efectos de que pueda ejercer las acciones que en derecho procedan.

En el supuesto de centros no concertados “proveedores nuevos”, consensuar los mecanismos de coordinación, entre el centro y el paciente, para adecuar el procedimiento de citación”.

“La derivación se llevará a cabo conforme a la normativa legal vigente a través de la UdCA de los hospitales correspondientes y su compensación económica se producirá conforme a lo previsto en la aplicación informática COMPAS”.

- Creación de circuitos integrales de citación entre las aplicaciones de asistencia primaria y especializada, siendo interlocutor preferente para la integración de la Historia de Salud Electrónica.
- Núcleo básico de difusión y formación permanente de usuarios tanto clínicos como administrativos en el ámbito del departamento en todas las aplicaciones tanto asistenciales como de gestión clínica y administrativa.

- Validación de indicadores para el Acuerdo de Gestión del departamento de Salud.

A modo de conclusión, con la generalización de las UdCAs de departamento, se incrementa la centralidad de las mismas en el ámbito de los sistemas de información, consiguiéndose una mayor homogeneidad de los mismos, facilitando la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Así mismo, el área de Gestión de Pacientes y los sistemas vinculados a ella están adquiriendo un notable aumento de peso en la actividad, incrementando los perfiles profesionales y el carácter multidisciplinar de las UdCAs.

La implantación de la Historia Clínica Electrónica en los centros sanitarios y la Historia de Salud digital, modificara de manera irreversible el campo de actuación en el área de documentación Archivo Clínico.

Análisis de los motivos de cesárea tras revisión y agrupación de los códigos diagnósticos en la CIE9 MC.

Ponentes: **Dionisia Labrador**
Eduardo Briones de la Gala
Rosa M^a Ostos

Hospital Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN

La tasa de cesáreas es un indicador utilizado habitualmente para medir la calidad de los servicios obstétricos, aunque se le suele criticar el no tener en cuenta los motivos que condicionan la decisión ni el ajuste por gravedad o factores de riesgo. Si queremos analizar su evolución a partir del CMBd, nos encontramos que los motivos de cesárea no se adaptan bien a la terminología de los obstetras y es difícil diferenciar las indicaciones. El objetivo de este trabajo fue analizar la evolución de las indicaciones de cesárea tras revisar y acordar los códigos diagnósticos de acuerdo con los criterios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en el hospital de Valme. Servicio Andaluz de Salud)

MÉTODOS

En el año 2007, se revisaron los códigos CIE-9 MC y su utilización en el hospital, adaptándolos a la SEGO. Se elaboraron tablas descriptivas de los motivos de cesárea entre los años 2004-2008 para comprobar su evolución y los cambios ocurridos tras la modificación.

RESULTADOS

Los códigos diagnósticos asociados más frecuentemente a las cesáreas son:

- Placenta previa (641.01-641.11)
- desproporción cefalo-pelvica (653.41).
- Riesgo de pérdida del bienestar fetal 659.71 (registro patológico), 656.91, y el código de sufrimiento (656.31).
- Enfermedad materna que contraindique el parto vaginal (648.X1- 647.X1- 642.X1-649.X1- 646.X1).
- Cesárea anterior (654.21).

- Presentación de nalgas (652.21)
- Malformación fetal compatible con la vida y que puede empeorar con el trabajo de parto (655.X1)
- Situación transversa (652.31)
- Riesgo de infección fetal en el canal del parto (647.X1)
- Gestación múltiple (gemelar con primer feto no cefálica, tres o más fetos (652.61)
- No progresión del parto (661.21)
- desproporción clínica (653.X1), excepto el 653.41
- Fracaso de inducción (659.11-659.01)

Estos códigos fueron agrupados para facilitar el análisis de los motivos de cesárea y aproximar la codificación de los motivos de cesáreas al lenguaje habitual de los clínicos y poder analizar la evolución de las causas más frecuentes desde el año 2004-2008. Esto ha permitido identificar y analizar áreas de mejora, así como la puesta en marcha de medidas para reducir aquellas causas más desviadas.

CONCLUSIONES

Se presenta una propuesta para agrupar los códigos diagnósticos asociados a la realización de cesárea, de forma que mejore su utilidad para el clínico y para monitorizar los indicadores. Es posible refinar la información aportada por el CMBd para darle más sentido y utilidad en la mejora de la calidad asistencial.

Análisis de los tiempos de respuesta de lista de espera en las distintas Comunidades Autónomas

Ponentes: Elvira Alonso Suero (1)
Ricardo de Dios (1)
Rafael Navalón Cebrián (2)
Román Picazo Córdoba (3)
Julio Rodenas Checa (4)
Juan José Caba Peña (5)

1. Hospital Jarrío. Asturias
2. Hospital Fuenlabrada. Madrid
3. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
4. Hospital Universitario Santa María del Rosell. Murcia
5. GAP Ciudad Real. Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

Las listas de espera, que regulan el acceso a la atención, constituyen un problema que se repite en todos los sistemas sanitarios, independientemente de su modelo de financiación, organización o gestión.

OBJETIVOS

- Analizar la situación actual de los distintos Servicios de Salud en relación a los tiempos máximos de respuesta para cirugía, consulta y técnicas.
- Identificar la forma en que la existencia de una regulación de la demora incide en la gestión intrahospitalaria de las listas de esperas.

METODOLOGÍA

Recogida de información y normativa existente en las distintas Comunidades. Análisis comparativo. Consulta con responsables en los distintos Servicios de Salud.

RESULTADOS

Se ha conseguido una visión global de la situación actual de los tiempos de respuestas máximos para la demanda de atención en las distintas Comunidades.

La formalización de los tiempos de garantías no es la misma en todas ellas. La mayoría garantiza los tiempos mediante ley y/o decreto, otras utilizan la fórmula de acuerdo y, en algún caso, la fórmula de objetivo institucional.

Todas las Comunidades, que disponen de sistema de garantías, regulan los plazos para la cirugía. Solamente diez regulan la demora en consultas y /o procedimientos diagnósticos.

No existe uniformidad entre los tiempos de garantía quirúrgica, pruebas y/o consulta, observándose grandes diferencias. En seis de ellas se incluyen solamente determinados procedimientos que se relacionan en el decreto, ley y/o acuerdo correspondiente a la comunidad autónoma, con un tiempo máximo.

Los aspectos positivos recogidos, tras las consultas a los profesionales de los Servicios de Salud fueron: mejora de los registros, normalización de la gestión de derivaciones AP-AE, reorganización de agendas y programaciones quirúrgicas, unificación de criterios de actuación y de gestión dentro del Servicio de Salud.

Como aspectos negativos, el aumento de la carga de trabajo o dificultades en la gestión de la atención de los pacientes que renuncian a ejercer la garantía.

CONCLUSIONES

El modo en que las distintas Comunidades afrontan las listas de espera tienen diferencias formales importantes, aunque compartan el objetivo de mejorar la accesibilidad a las prestaciones sanitarias. Los sistemas de garantías condicionan la gestión intrahospitalaria de las listas de espera.

Auditorias de accesos a Historia Clínica Informatizada (HCI)

Ponentes: Ángel Manuel Visus Eraso
María Jesús Vicente Arbelaiz.
Ana Carmen Garijo Laraña
Silvia Les Santesteban
Raquel Tarragona Francés
Amaia Ortiz Ribes

Hospital de Navarra

INTRODUCCIÓN

La legislación actual señala que los pacientes pueden solicitar los accesos realizados por profesionales sanitarios a su HCI.

El programa de seguridad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea ha puesto en marcha una Comisión de Auditorias de Accesos a las HCI.

OBJETIVOS

- Supervisar los accesos a las HCI.
- Formar y educar a los profesionales sanitarios en el uso de la HCI.
- Tratar accesos inadecuados.

METODOLOGÍA

Protocolo de funcionamiento de la Comisión:

- Selección de HCI para auditar:
- Accesos al azar
- HCI de pacientes “famosos”
- HCI de pacientes que han solicitado los accesos a su HCI
- Valoración de todos los accesos a las HCI seleccionadas.
- Identificación de los accesos en cuatro grupos:
- Accesos adecuados
- Accesos inadecuados.
- Accesos legítimos pero precisan aclaración del motivo del acceso.
- Accesos dudosos sobre los que la comisión no se puede pronunciar
- Solicitar a los accesos inadecuados una justificación escrita.
- Valorar las respuestas (desconocimiento de la normativa de acceso, curiosidad, inte-

rés médico, amistad y conocimiento previo de la enfermedad, avidez de conocer la situación de un personaje público, confirmación de una noticia de la prensa, compañero y amigo de un partido político, comprobar un comentario de pasillo, comprobar hasta donde llegaba la confidencialidad de un personaje público, HCI abiertas permanentemente en Urgencias, atención a un hermano de un paciente, amistad y especialista en la enfermedad del paciente, llenar tiempos muertos durante una guardia y libertad de acceso siempre que no se divulgue la información) y reasignar los accesos en los grupos.

- Trasladar los resultados al Gerente del Servicio de Salud.

RESULTADOS

Los accesos inadecuados fueron 17 y generaron la propuesta de 17 expedientes informativos de procedimiento interno. Propuesta de participación en cursos de utilización de la HCI.

CONCLUSIONES

Los resultados de la auditoria indican la necesidad de mantener la educación permanente a profesionales en la utilización de la HCI.

Los resultados han alertado al resto de profesionales y han generado una inquietud positiva para la adecuada utilización de la HCI.

Calidad en la automatización de registros de cáncer poblacionales: una revisión de la literatura.

Ponentes: Isabel Sáez Lloret (1)
Carmen Alberich Martí (2)
Consol Sabater Gregori (2)
Josep Xavier Espulgues Pellicer (1)
Pascual Rodríguez Rodríguez (1)

(1) Hospital Marina Baixa, Agencia Valenciana de Salut. Alicante.
(2) Área de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Comunitat Valenciana.

INTRODUCCIÓN

Los Registros de Cáncer Poblacionales son cruciales en la monitorización de la calidad de las actividades de control del cáncer y actualmente se pretende que cubran poblaciones mayores, sean más rápidos en producir datos e incluyan más variables. Al tiempo que los sistemas de salud implementan la historia clínica electrónica, se están desarrollando sistemas de registro automatizados que plantean ciertos retos en cuanto al mantenimiento de estándares de calidad.

OBJETIVOS

Identificar los indicadores de calidad que están utilizando los Registros de Cáncer Automatizados de Base Poblacional (RCABP) en la identificación automática de casos incidentes.

METODOLOGÍA

Tras definir los RCABP como aquellos en los que una proporción de casos incidentes fueran registrados sin intervención manual, se realizó una revisión de la literatura científica (1990-2009) en Medline, PubMed, EMBASE, IME y Google Académico. Se seleccionaron las publicaciones revisadas por pares de acuerdo con criterios de inclusión (Estudios basados en RCABP que evalúan de manera cuantitativa la validez y/o exhaustividad de la identificación automática de casos incidentes frente a la resolución manual) y de exclusión (Estudios que utilizan datos ficticios o simulaciones; o que describen procesos de enlace de datos sin generar la identificación de casos incidentes).

RESULTADOS

Siete estudios cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Todos los RCABP consolidan la información recibida de fuentes informatizadas de Altas Hospitalarias, Anatomía Patológica y Registros de Mortalidad. Un RCABP incorpora datos de la Historia Clínica Electrónica y Altas de Cirugía Mayor Ambulatoria. Los sistemas de clasificación utilizados en la codificación de las neoplasias son la CIE 9-MC, CIE-O y SNOMed. Cada registro utiliza su propio algoritmo de consolidación de casos incidentes. Los indicadores de exhaustividad y validez son los utilizados por los Registros tradicionales. No se describieron indicadores de puntualidad.

CONCLUSIONES

Aunque las fuentes de información utilizadas son prácticamente las mismas, cada registro tiene su propio algoritmo de consolidación de casos incidentes, lo que podría conducir a problemas de comparabilidad. Para asegurar una calidad semejante a la de los Registros tradicionales resulta indispensable validar la calidad de las fuentes de información de los Registros y asegurar la comparabilidad de los algoritmos de automatización.

Certificación iso 9001:2000 del servicio de admisión y documentación clínica del Hospital de Móstoles.

Ponentes: Pilar Rodríguez Manzano
Julia Ana Roncal Gómez
M^a Dolores Almagro Cordón
Santiago Fernández Cubi

Hospital de Móstoles. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La dirección del Hospital de Móstoles, teniendo como objetivo prioritario la Mejora de la Calidad, adoptó el sistema de Gestión y de Calidad basado en las normas UNE-EN-ISO-9001:2000.

En los dos últimos años se han certificado los laboratorios y la mayoría de las unidades de hospitalización del centro. En el segundo semestre del año 2008 la dirección propuso la certificación de los servicios y unidades dependientes de la Gerencia, entre ellos el Servicio de Admisión y documentación Clínica (SAdC).

El objetivo de esta comunicación es describir la metodología y el trabajo desarrollado por el SAdC, en colaboración con la unidad de calidad del hospital, para conseguir la certificación UNE-EN-ISO-9001:2000.

METODOLOGÍA

El trabajo se desarrolló en distintas fases, siendo fundamental la participación de todo el personal:

- Presentación de la política de calidad y del sistema de gestión y calidad UNE-EN-ISO-9001:2000, por parte de la unidad de calidad del centro a los médicos del servicio y a los mandos intermedios, posteriormente se presentó en distintas reuniones a todo el personal del servicio del Hospital.
- Elaboración de un cronograma, para la preparación de documentos, etc.

- Identificación de 30 procesos y realización de diagramas de flujo.
- descripción de puestos de trabajo y de tareas.
- Instauración de un circuito de detección y seguimiento de incidencias.
- Registro los formularios utilizados.
- Firma de objetivos.
- Recopilación de documentos y bibliografía de apoyo
- Inventario de materiales y productos del servicio.
- Plan de formación
- Realización de una encuesta de satisfacción a usuarios internos

RESULTADOS

Un manual presentado para la certificación por el SAdC, revisado por el director de Calidad y aprobado por la dirección Gerencia.

Una empresa externa realiza la auditoría y acredita al SAdC con la certificación UNE-EN-ISO-9001:2000.

CONCLUSIONES

El trabajo desarrollado permite sistematizar los procesos, implicar al personal y trabajar en la mejora continua.

Citación en el servicio de rehabilitación. Adaptación de un sistema de información.

Ponentes: Montse Alemany Durán
Manuel Aliaga Benítez
Ángel Moreno González.
Miguel Sordo González.
Manuel Carbonero Aliaga
M^a del Rosario Martínez Bermúdez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN

Debido a la complejidad de los tratamientos, el elevado número de pacientes y de profesionales en el Servicio de Rehabilitación, definir, crear y ajustar el Sistema de Información que dispone actualmente el Hospital a las necesidades reales de funcionamiento del Servicio, es un verdadero hito, laborioso y complejo que sólo es posible conseguir con el trabajo en equipo de todos los profesionales implicados.

OBJETIVOS

Citación de todos los Pacientes del Servicio de Rehabilitación que acuden a la realización de uno ó varios Tratamientos de Fisioterapia. Conocer la actividad realizada en dicho Servicio. Conocer la actividad realizada de cada uno de los profesionales.

METODOLOGÍA

Reuniones de periodicidad semanal con los Responsables del Servicio y Sub-direcciones correspondientes.

Creación de un Programa on-line accesible a todos los usuarios autorizados con los permisos correspondientes, para la obtención de:

- Listado de Trabajo por Facultativo
- Listado de Trabajo por Fisioterapeuta.
- Listado de Trabajo por Agenda.
- Listado de pacientes asignados por Fisioterapeuta.
- Listado de pacientes citados no asignados a ningún Fisioterapeuta.

En todos los listados viene indicado, hora de cita, tipo de prestación y la ubicación en planta para los pacientes ingresados.

RESULTADOS

Todos los pacientes son citados en tiempo real. Creación de 3 Agendas del turno de mañana y 3 agendas del turno de tarde para todos los pacientes ambulantes de la Sala de Fisioterapia. Se programan un total de 212 pacientes ambulantes/día.

Creación de 2 agendas del turno de mañana y 2 agendas del turno de tarde, para la actividad de Fisioterapia de todos los pacientes ingresados. Se programan un Total de 153 pacientes ingresados/día.

CONCLUSIONES

Adaptar un Sistema de Información a las necesidades reales de un Servicio es fundamental para su organización. Aumenta la calidad percibida por los pacientes al poder disponer de la cita en tiempo real.

Mejora la Gestión y Planificación de los Recursos disponibles. Permite el Análisis de Resultados y propuestas de mejora.

Comisión de historia clínicas ¿electrónicas?

Ponentes: Paloma Fernández Muñoz
Fernando Cosío Carreño
Cristina Durán Morán
Nuria Fernández González
Carmen Gutiérrez del Río
Ana Manterola Conlledo

Hospital de Cabueñes. Asturias

INTRODUCCIÓN

En nuestra Comunidad existe un proyecto de Sistema de Información Asistencial Integrado que incluye la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE), utilizando como soporte SELENE.

dentro del mismo, se definieron dos procesos estratégicos: Normalización documental y Seguridad y Confidencialidad. En su inicio, no se valoró el papel que podían, o debían, jugar las Comisiones de Historias Clínicas (CHC).

OBJETIVOS

definir y formalizar el papel de la CHC en nuestro hospital, ante la llegada de la HCE

METODOLOGÍA

Partimos de tres preguntas básicas: ¿La HCE sigue siendo de nuestra competencia? ¿La llegada de la HCE varía en algo nuestras funciones? ¿Tenemos un papel en la implantación de la HCE?.

Para responder a ellas, trabajamos paralelamente en:

- Revisión de las funciones de la CHC.
- Estudio conceptual de las características de la HCE.
- Búsqueda formal e informal de la experiencia en hospitales de otras comunidades con HCE.
- Examen de las conclusiones de los grupos de trabajo autonómicos.
- Análisis documental del soporte informático que va a implantarse.

RESULTADOS

La respuesta fue afirmativa para las tres preguntas.

Llevamos a cabo las siguientes acciones:

- En primer lugar, informe a la dirección del hospital, remitido posteriormente a la Oficina Técnica del proyecto.
- Cambios en la recogida de datos para el Informe de Situación Inicial (ISI) realizado por el equipo de implantación.
- Constitución del Equipo de Adaptación Local con los miembros de la CHC.
- Apoyo a la formación de un grupo de trabajo autonómico para la normalización de la HC, formado básicamente por los presidentes de las CHC de los hospitales.
- Revisión de los documentos recopilados en el ISI.
- Identificación de un área crítica: procedimientos de identificación del paciente y asignación de HC.

CONCLUSIONES

Resulta incuestionable que la CHC tiene que seguir desempeñando su papel en el diseño y homologación de formatos y definición de la estructura de la HC; así como en los aspectos éticos, legales y tecnológicos relacionados con la confidencialidad y la seguridad.

La llegada de la HCE plantea, además, nuevos retos como regular la coexistencia de formatos electrónicos y no electrónicos.

Desnutrición hospitalaria: cinco años de colaboración entre las sociedades españolas de nutrición parenteral y enteral y documentación médica (SENPE-SEDOM)

Ponentes: José del Río Mata
Olga Bernal Losada
Carolina Conejo Gómez
Alfonso Martínez Reina
Emilia Fernández Morales
Fernando García-Herrera Gómez.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCIÓN

En 2004 se comenzó una línea de colaboración entre SENPE y SEEdOM, constituyéndose un grupo de trabajo conjunto con varios Objetivos:

- unificar criterios de clasificación y codificación de desnutrición hospitalaria.
- concienciar a los profesionales implicados sobre la magnitud e importancia del problema
- promocionar el registro adecuado en el CMBd

El resultado del trabajo del grupo se concretó en un documento de consenso, que además de editarse en las web de ambas sociedades ha tenido amplia repercusión en ámbito nacional y europeo. El efecto en el CMBd no ha sido medido.

OBJETIVO

Analizar la evolución del registro de desnutrición hospitalaria en el CMBd desde el inicio de la colaboración SENPE- SEEdOM hasta el momento.

METODOLOGÍA

A partir de los datos facilitados por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, pertenecientes al CMBd del SNS, se ha realizado un análisis descriptivo-evolutivo del registro de diagnósticos de desnutrición (260-263.9) o procedimientos relacionados (96.6 y 99.15), entre 2003-2007 (ambos incluidos) desagregado por Comunidad Autónoma y tipo de hospital. Los datos de Ceuta y Melilla se han tratado diferenciadamente. Se ha analizado:

- diagnósticos y procedimientos registrados y la asociación entre ellos.
- Nivel de inespecificidad (Porcentaje de 263.9 sobre el total de diagnósticos).

RESULTADOS

Las altas con algún código diagnóstico de desnutrición han pasado de 1.11% en 2003 (0.09% -País Vasco- ; 3,51% - Comunidad de Madrid-) a 2,55% en 2007 (0.13% -País Vasco- ; 9,66% -Aragón-).

Las altas con código de diagnóstico y procedimiento en el mismo registro han sido de 0,07% en 2003 (0,01% -Cantabria- ; 0,27% -Comunidad de Madrid-) a 0,14% en 2007 (0,01% -La Rioja- ; 0,37% -Comunidad de Madrid-).

El nivel de inespecificidad ha descendido del 62,91% en 2003 (89,74% -Aragón- ; 35,73% -Canarias-) al 56,74% en 2007 (91,24% -La Rioja- ; 19,90% -Aragón-)

CONCLUSIONES

La tasa de notificación de casos se ha incrementado en el CMBd, aunque aún está lejos de las tasas publicadas.

El número de diagnósticos registrados que no tienen ningún procedimiento asociado y el de procedimientos sin diagnóstico es extremadamente elevado.

Aunque el nivel de inespecificidad ha descendido, está por encima del 50%.

El acceso del niño adoptado internacionalmente al sistema nacional de salud. Desarrollo e implementación de un procedimiento en el SAdC del Hospital Carlos III

Ponentes: Tomás Silva Fajardo.
Ana Maria Aisa Moreno

Hospital Carlos III. Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el Servicio de Admisión del Hospital Carlos III detectamos que padres que recientemente han adoptado niños de procedencia internacional acudían al SAdC con gran angustia por la lentitud del Registro civil en legalizar la situación del niño y la necesidad de asistencia sanitaria.

Ante esta demanda en el SAdC del Hospital Carlos III hemos elaborado un procedimiento administrativo para facilitar la accesibilidad del niño adoptado internacionalmente, solventando todos los problemas inherentes a estos trámites.

METODOLOGÍA

1. Análisis de las peticiones de información recibidas de padres adoptivos y Entidades Colaboradoras de Adopción Internacional (ECAI) sobre la obtención de la tarjeta sanitaria para el niño adoptado. En el año 2008 se atendieron 378 niños en la Unidad de Adopción Internacional del Hospital.
2. Revisión Bibliográfica y recogida de información del marco legal del proceso de Adopción internacional y trámites a realizar en España.
3. desarrollo de un Procedimiento de Actuación del SAdC.
4. Implantación del Procedimiento en el SAdC.

RESULTADOS

1. Procedimiento de actuación del SAdC para normalizar la información facilitada a familias adoptantes y ECAIS para obtener la tarjeta sanitaria de los niños adoptados internacionalmente simplificando el acceso a la atención sanitaria pública en el Hospital Carlos III como Hospital de referencia de la CAM en Adopción Internacional, y puede servir para otras Comunidades Autónomas.
2. 81 niños atendidos con este procedimiento desde Enero a Abril de 2009 con resultado óptimo.

CONCLUSIONES

Aplicando este Procedimiento, el 100% de los hijos adoptados internacionalmente pueden recibir asistencia sanitaria pública legalmente dentro del periodo de 20 días aconsejado por los Pediatras, con la obtención del Modelo P1 en las Oficinas de la Seguridad Social, que reconoce el derecho de la asistencia sanitaria de los familiares o asimilados a cargo del Titular, presentando el dNI del Titular, demostrando la convivencia (Certificado de Empadronamiento) y la dependencia económica (Sentencia de Acogimiento/Adopción), y presentando este Modelo P1 en los Centros de Salud obtienen la Tarjeta Sanitaria.

Frecuentación hospitalaria y libre elección de centro.

Ponentes: Paloma Molina. Lagüera
Carmen Gómez. Hormigos
Isabel Sastre. Ibarreche
Beatriz González. Piñeiro

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la LOSCAM donde se refleja el derecho de los ciudadanos a la libre elección de médico y centro sanitario, implica un cambio desde el modelo actual de zonificación del territorio en 11 Áreas de Salud hacia la organización del Sistema Madrileño de Salud como un Área de Salud Única, aún en fase de estudio.

En este contexto de cambio nos hemos planteado hacer una revisión de la frecuentación y procedencia de los pacientes que visitan el área de consultas externas, para conocer el punto de partida hacia esta transición del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

METODOLOGÍA

FUENTE:

- Análisis de la Información
- Datos consultas externas HUFA

TAMAÑO POBLACIÓN: 242.690 pacientes
369.846 visitas

TIPO ESTUDIO: descriptivo

ÁMBITO ESTUDIO:

Pacientes visitados en consultas externas del HUFA durante un año (enero-diciembre 2008) ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEL HOSPITAL

IdH = Pacientes vistos en consultas externas de la unidad territorial X / total pacientes vistos

que acuden al hospital mediante el “índice de dependencia del hospital” respecto a tres poblaciones:

- Área del hospital de Alcorcón (Área 8)
- Área del hospital de Móstoles (resto Área 8)
- Resto Áreas de Salud

RESULTADOS

1. El 53 % de los pacientes que acuden a consultas externas lo hacen para una consulta nueva y el 47% tienen citada una revisión.
2. del total de consultas realizadas en el HUFA en el año 2008, el 62% de las visitas son sucesivas, frente al 38% que son primeras visitas.
3. El 9% de los pacientes consume más de una primera visita al año.
4. El 20% de los pacientes atendidos en visitas sucesivas han consumido 3 o más citas.
5. El 48% del total de consultas sucesivas realizadas las han consumido el 21% del total de pacientes vistos.
6. El HUFA depende de la población de referencia en el 91%.
7. El área de Móstoles representa el 4% de la población atendida en consultas externas; de estos pacientes el 71% han sido vistos en especialidades para las que el HUFA es su centro de referencia.
8. Un 5% de pacientes proceden del resto de Áreas de Salud.

OBJETIVOS

- 1.- Cuantificar la demanda de consultas externas para los pacientes atendidos.
- 2.- Analizar el consumo de recursos de los pacientes mas frecuentadores
- 3.- Identificar la procedencia de los pacientes

HRCDOC “Tecnología web al servicio de los sistemas administrativos sanitarios”

Ponentes: Juan Manuel Ramos-López
Miguel Cuchí Alfaro
Carmen Garrote Liarte

Hospital Ramon y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN

En plena era de la tecnológica, Internet revoluciona la manera de comunicarse en las organizaciones, permitiendo un entorno accesible, seguro, y de fácil manejo.

En la información asistencial o clínica del paciente se está realizando un gran esfuerzo por tener la información del paciente digitalizada o en formato electrónico, principalmente su Historia Clínica. Las nuevas aplicaciones tienen como objetivo la Informatización de los registros de datos clínicos, enfermería y radiología.

Cuanto más crece el volumen de datos sanitarios, más crece el volumen de documentos administrativos entorno al paciente, no incorporados en su Historia Clínica Electrónica.

OBJETIVOS

El objetivo principal es crear una evolución de los sistemas de automatización oficinas (OAS) enfocado a la información sanitaria de carácter administrativo.

Suministrar a los profesionales la información disponible para realizar su trabajo diario, y eliminando muchísima información administrativa que actualmente cae en archivadores de “A-z” difíciles de manejar, cuya información no puede localizarse fácilmente.

METODOLOGÍA

Este sistema fue montado aprovechando las infraestructuras de red existentes en el entorno Sanitario. Sigue un modelo Web, que tiene la ventaja de simplificar el mantenimiento y dar servicio a todas las estaciones del área.

Instalado sobre tecnología de software libre como debían, Mysql y Apache, por parte del servidor y por parte de los clientes Internet Explorer.

Se determinaron los tipos de documentos y sus circuitos que se generaban en el sistema administrativo de gestión de pacientes. Para ello, se generó un modelo de recogida de datos que permitió la clasificación y ordenación de los documentos a tratar, uniformando las nomenclaturas o criterios para su identificación. Una vez identificados se publicaban en la aplicación Web para su accesibilidad según perfiles desde cualquier puesto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En los circuitos implantados se ha disminuido considerablemente tanto el número de papeles a fotocopiar, con el afán de tener una copia fehaciente del trabajo realizado, como el tiempo de proceso, al salvar las distancias mediante tecnologías Web.

Al tener que escanear el documento y su posterior grabación con metadatos para una futura identificación, se incrementa levemente el tiempo invertido, no obstante merece la pena al mejorar notablemente la eficacia.

Implantación de un sistema de codificación automático para episodios de urgencia y lista de espera.

Ponentes: Cristina Danés Vilar (1)
Luisa López Duesa (1)
José Antonio Muñoz Plaza (1)
A. Teresa Campos Vidal (1)
Pau López García (1)
Enric Castellón Masalles (2)
Jordi Duran Cals (2)

(1) Fundació Puigvert. Barcelona

(2) Thera. Barcelona

INTRODUCCIÓN

La codificación de toda la actividad asistencial es uno de los retos de cualquier Servicio de documentación, ya que nos permite conocer la actividad realizada, no sólo cuantitativamente, sino también cualitativamente. El desarrollo de herramientas que faciliten el proceso de codificación es indispensable para llegar a conocer no sólo cuanto, sino también el cómo y el qué se produce en los hospitales.

OBJETIVOS

Valorar la idoneidad de Ontology® en nuestra organización para la codificación automática de la actividad asistencial y su aplicación en las diferentes áreas asistenciales: hospitalización, urgencias y consulta externa.

METODOLOGÍA

En la búsqueda de una codificación totalmente automatizada, Fundación Puigvert inicia a finales del 2007 un primer contacto con la empresa Thera, que es un spin-off de la Universidad de Barcelona, dedicada al lenguaje computerizado. El primer proyecto que se llevó a cabo durante los nueve primeros meses de 2008 fue poner a punto un sistema de codificación automática de los episodios de urgencias de Fundación Puigvert. El producto de Thera, Ontology®, es un motor de codificación probabilístico que tras un proceso de aprendizaje es capaz de reconocer una palabra o grupo de palabras con un significado clínico, y de asignar un código asociado a un índice de confianza.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la codificación de urgencias y de la lista de espera nos han permitido afrontar nuevos retos como la codificación automática de los informes de anatomía patológica en SNOMEd, o en un futuro a medio plazo la codificación de la actividad de consultas externas.

CONCLUSIÓN

El conocimiento de la actividad realizada en todas las áreas de cualquier organización sanitaria es clave para realizar una asistencia de calidad, una gestión eficiente de los recursos y una planificación adecuada de las necesidades. Para poder obtener este conocimiento es necesario codificar dicha actividad, y ello requiere herramientas que automaticen al máximo dicho proceso. En nuestra experiencia Ontology® se convierte en una herramienta que cumple dicha función con un alto índice de efectividad y seguridad.

Integración de la historia clínica tradicional en la historia clínica electrónica

Ponentes: Arturo J.Ramos Martín-Vegue.
Jefe de Servicio del SADC
Agustín García Sanguino
Jefe de Sección del SADC
María Teresa Briega Coso
Enfermera del SADC
Isabel Calvo Tomeo
Enfermera del SADC
Laurentino Mateos García
Enfermero del SADC
Marta Susana Torres Magán
Enfermera del SADC

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
Madrid

INTRODUCCIÓN

La integración de la historia clínica tradicional -formato papel- en la Historia Clínica Electrónica, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid, con motivo del traslado de sus instalaciones y el cambio de los sistemas de información, se llevó a cabo mediante un proyecto de digitalización, cuyas claves se presentan en este trabajo.

OBJETIVOS

- 1) describir los elementos del cambio.
- 2) Asignar responsabilidades.
- 3) Establecer las claves del proyecto.

METODOLOGÍA

Los elementos del cambio se identificaron con los de un coche. El motor correspondió a la comisión de historias clínicas; el chasis, al equipo directivo; el combustible, al Servicio de Admisión y documentación Clínica (SAdC); y los viajeros, a los profesionales sanitarios

RESULTADOS

- 1) Responsabilidades de la comisión: ejecución del proyecto, asesoramiento al equipo directivo, implantación de la idea en los servicios, labor de pasillo en todo el hospital y defensa y contagio del proyecto.

- 2) Responsabilidades del equipo directivo: Presentación del proyecto a los jefes de servicio; solicitar su opinión sobre los documentos a digitalizar aprobados por la comisión y sobre documentos adicionales; organizar el concurso de adjudicación y prestar apoyo económico.

- 3) Responsabilidades del SAdC: estudio y análisis de los requisitos técnicos; presentar propuestas a la comisión; presentación personalizada a los servicios; elaboración de prescripciones técnicas para el concurso; supervisión de la empresa externa y control de calidad.

- 4) Responsabilidades de los facultativos: elaborar el 100% de los informes de alta de hospitalización y actividad ambulatoria; ordenar la historia clínica y confiar.

CONCLUSIONES

- 1) digitalizar 100.000 historias clínicas activas.
- 2) digitalizar los documentos aprobados por la comisión en todos los episodios asistenciales.
- 3) Integrar los datos en formato electrónico.
- 3) Elaborar un resumen de historia clínica de los centros de especialidades periféricos.
- 4) La historia digitalizada no se destruirá.
- 5) El Archivo del nuevo Hospital tendrá todas las historias activas en soporte papel.
- 6) Las historias no se prestarán para asistencia, con carácter general, pero estarán a disposición para estudio, docencia e investigación.
- 7) Se digitalizarán, siguiendo la misma metodología, las historias pasivas que se reactiven en el nuevo hospital por asistencia.

La Historia Clínica Electrónica del Hospital Universitario San Cecilio de Granada

Ponentes: Amalia Tristán Fernández (1)
Eloisa Casado Fernández (2)
Fernando Girón Irueste (2)
Rosa Ramírez García (3)
Teresa Pajares López (4)
María Luisa Laraño Díaz (4)

(1) Subdirección del Servicio de Atención al Ciudadano
(2) Servicio de documentación Clínica. Granada
(3) Servicio de Admisión. Granada
(4) Servicio de documentación Clínica. Granada

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos del Hospital Universitario San Cecilio de Granada es que, en mayo del 2010, el Hospital se traslade a su nueva sede con una historia clínica electrónica (hce) única, prescindiendo de la historia clínica (hc) en papel. En este trabajo describimos el proceso llevado a cabo, logros obtenidos y perspectivas de futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS

El número de hhcc es de 750.000, con sus correspondientes placas. También existen fondos históricos procedentes de las consultas externas y del Servicio de Urgencia.

El SdC dispone de seis scanners para digitalización de hh.cc. y doce personas para hacerlos funcionar. Próximamente se dispondrá de un scanner para placas.

PROCEDIMIENTO

1. Ingresos: Para los servicios integrados en el Programa Archinet, de hce, si no lo están, se digitalizan los episodios anteriores.

2. Consultas: Igualmente, se digitaliza la hc del paciente previamente citado. Una compañía externa digitaliza los archivos históricos de consultas, a los que se puede acceder desde Archinet.

3. Urgencia. Hemos venido digitalizado los documentos de pacientes lesionados o sujetos a proceso judicial. A partir de 2005 se omite

tal práctica, tras la puesta en marcha del programa de hce diraya del SSPA.

4. Imágenes. desde hace un mes disponemos de imágenes radiológicas digitales en Archinet. En el mes de mayo comenzaremos la digitalización de las placas previas de pacientes de consulta o que ingresen.

RESULTADOS

- Actualmente se utiliza Archinet globalmente al 80%. Anatomía Patológica, Laboratorio y Farmacia funcionan digitalmente al 100%. Contamos ya con 200.000 hhcc digitalizadas, y 100.000 microfilmadas.

- Para mediados del 2010 confiamos que el 100% de la hc y sus componentes sea digital.

- Podemos asegurar que tras el traslado al nuevo Hospital, el objetivo de la hce estará próximo a la realidad, si bien determinadas costumbres, usos y exigencias legales, harán difícil la total extinción del papel.

Propuestas de mejora para las estancias cero

Ponentes: Adelaida González Gómez
Maria Begoña Curiel Iglesias
Raquel López Reneo
Maria José López Cabanas
Gema Rodríguez Rumayor
Carmen Vilchez Perdigón

INTRODUCCIÓN

Estancia cero se define como un ingreso hospitalario con alta a domicilio en el mismo día.

La preocupación creciente sobre el consumo de recursos asociado a estas estancias, en niveles estatal, autonómico y hospitalario, la escasez de estudios sobre este tema y nuestra experiencia en los Servicios de Admisión y documentación Clínica, nos condujeron a plantearnos el OBJETIVO de detectar las razones que expliquen este fenómeno para apuntar posibles acciones de mejora.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio retrospectivo sobre las 891.005 altas hospitalarias correspondientes a 10 hospitales del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, de 2002 a 2007. Se estudiaron todas las altas con estancia cero y tipo de alta a domicilio (28.348), analizando las variables GRd, CdM, hospital, año, servicio de alta, diagnóstico principal, primer diagnóstico secundario y peso ponderado.

Para el análisis estadístico descriptivo y contraste de hipótesis (Ji cuadrado) se ha utilizado el SPSS V.14.

RESULTADOS

Las 28.348 altas en estudio suponen un 3% de todas las del Servicio de Salud de Castilla La Mancha de 2002 a 2007.

- Por centros hay una clara diferencia ($p < 0,001$) entre los pequeños (<150 camas) y el resto.
- El 13% de los casos se distribuyen en dos grupos de GdR: 629 y 630 (sobre todo por la categoría V29), y 467 (por sospecha de enfermedad descartada) y 470 (casos no codificados).

- Prácticamente el 60 % corresponden a los servicios de pediatría, traumatología, obstetricia y ginecología y cirugía general.
- Los diagnósticos principales más frecuentes son las observaciones de recién nacidos (V29.9) y los correspondientes a pródromos de parto (644) y abortos.
- El 7% del total de las altas de estancia o tienen un diagnóstico secundario de procedimiento quirúrgico no realizado (V64.1-3)

CONCLUSIONES

1ª Una adaptación de las estructuras hospitalarias hacia: áreas de observación de urgencias específicas para obstetricia y pediatría; Unidades de Corta Estancia y mayor ambulatorización de procesos, podrían disminuir considerablemente el número de estancias cero.

2ª Sería conveniente establecer acciones de mejora en la programación quirúrgica, encaminadas a disminuir las suspensiones quirúrgicas, el control de calidad del CMBd, así como adecuar los circuitos de las fuentes de información para la codificación.

3ª La diferencia de comportamiento por tamaño de centros conduce a pensar en particularidades de determinados servicios.

Puesta en marcha de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000 en el Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Ponentes: Elvira Alonso Suero.
Ricardo de Dios del Valle
Eugenia Llaneza Velasco
Gloria Mendez Feito
Begoña Moran Pérez
M. Jesús García Fernández

Hospital Jarrío. Asturias

INTRODUCCIÓN

El SADc esta constituido por 32 profesionales distribuido en seis unidades.

OBJETIVOS

Implantación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2000, en el SADc.

MATERIAL Y MÉTODO

- a) Reunión toma de contacto y presentación, con la gerencia y los responsables de calidad tanto del centro como de la consejería.
- b) Formación de los profesionales del servicio, Introducción: a la ISO 9011:2000, planificación de la implantación: definición del alcance, organigrama y diagrama de flujo de procesos; descripción de los perfiles de los puestos de trabajo, asunción de responsabilidades y desarrollo de la documentación de las actividades del servicio
- c) Generación documentación
- d) Aprobación de la documentación; distribución e información al personal del servicio y al resto de servicios afectados.
- e) Realización de la auditoria interna.
- f) Revisión por parte de la dirección y análisis de los datos obtenidos, toma de decisiones de mejora. g) Solicitud de auditoria de certificación a la empresa seleccionada (AENOR).
- h) Auditoria de certificación.
- i) Entrega del certificado y planificación de las actividades a realizar en el proceso de mejora continua.

RESULTADOS

desde septiembre 2007 a mayo 2008, generación de la estructura documental, con implantación y certificación del servicio de admisión y documentación clínica.

En la auditoria de certificación, mayo 2008 se detectaron 5 NC menores y 0 NC mayores.

Se ha realizado una encuesta de satisfacción a clientes-peticionarios en el que el trato recibido por parte del personal del servicio fue lo mas valorado 7,09 y el resultado global de la misma ha sido 6,20.

En la primera auditoria de revisión abril 2009 se detectaron 0 NC menores y 0 no NC mayores.

CONCLUSIONES

La implantación de un sistema de gestión de calidad requiere un esfuerzo por todos los profesionales del servicio y una estrecha colaboración con el resto de las partes implicadas en el proceso, en especial el equipo de calidad. En el proceso de implantación se consigue diálogo, consenso y participación de todos los profesionales del servicio, lo que hace que se potencie la participación y comunicación entre los profesionales, que repercute en la satisfacción de los mismos y en la implicación en el proceso.

Resultados iniciales de la puesta en marcha de un sistema de codificación automática de episodios de urgencias

Ponentes: Cristina Danés Vilar (1)
Luisa López Duesa (1)
José Antonio Muñoz Plaza (1)
A. Teresa Campos Vidal (1)
Pau López García (1)
Enric Castellón Masalles (2)
Jordi Duran Cals (2)

(1) Fundació Puigvert. Barcelona

(2) Thera. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2008 la Fundació Puigvert ha desarrollado conjuntamente con la empresa Thera un sistema de codificación automático con CIE-9-MC de los episodios de Urgencias.

OBJETIVOS

desarrollar un sistema de codificación automática de los informes de urgencias y establecer un índice de confianza para medir la seguridad del resultado.

METODOLOGÍA

El sistema recoge diariamente la información contenida en los campos Motivo de consulta y diagnóstico de los informes médicos de Urgencias y establece dos códigos, uno para el motivo y otro para el diagnóstico.

Adicionalmente, el sistema establece para cada uno de estos códigos un Índice de Confianza en el código obtenido. El análisis de este índice ha permitido establecer una frontera en el valor del 75% que segrega de forma aceptable el conjunto de motivos y diagnósticos correctamente codificados de aquellos que deben ser revisados.

de la casuística analizada, un 2% de los motivos y diagnósticos no pueden ser tratados por un sistema de codificación debido a que no contienen información clínica y, en conse-

cuencia, deben ser excluidos del proceso. Se entrenó al sistema para que detectase automáticamente los casos no codificables.

RESULTADOS

Se realizaron sucesivas versiones del motor de codificación para ir solucionando los problemas surgidos durante la implementación. Los resultados obtenidos mediante la última versión han sido muy satisfactorios: entre un 94 % (diagnósticos) y un 98 % (motivos) de los casos los códigos adjudicados por el sistema son correctos; entre un 9 % (motivos) y un 16 % (diagnósticos) de los códigos presentan un Índice de Confianza inferior al 75% y, por lo tanto, requieren supervisión para confirmar la codificación establecida por el sistema; de éstos, entre el 78 % (motivos) y el 69 % (diagnósticos) de los casos el código es correcto y el resto debe modificarse.

CONCLUSIÓN

El sistema de codificación automática permite reducir en más de un 90% las tareas de codificación de los episodios de Urgencias.

Estos resultados permitirán abordar nuevas áreas de codificación y avanzar hacia un sistema de información médico que responda adecuadamente a las necesidades de los usuarios tanto clínicos como de gestión.

Sospecha de malignidad. Diseño de un sistema de información

Ponentes: Manuel Aliaga Benítez
Miguel Sordo González
Ángel Moreno González
Manuel Carbonero Aliaga
Montserrat Alemany Duran
Julio Martín Mañas

Hospital 12 de Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN

La Comunidad de Madrid ha establecido un procedimiento para asegurar que los pacientes con sospecha de malignidad vistos por atención primaria sean atendidos por el especialista correspondiente en 15 días.

OBJETIVOS

Poner en marcha un procedimiento para asegurar que los pacientes son citados en atención especializada tras la detección por parte de su médico de atención primaria (Map) de algún proceso sospechoso de neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Map emite un parte de ínter-consulta para el especialista, si no obtiene cita en menos de 15 días, lo remite al Servicio de Admisión (SA) con la etiqueta C-15 (Sospecha de Malignidad).

El SA lo introduce en el buzón de peticiones y lo gestiona con el especialista correspondiente, una vez conseguida la cita, comunica a atención primaria y al paciente y se da la cita por el buzón de peticiones.

Para realizar un seguimiento de las peticiones se ha elaborado un sistema de información en Access que conecta mediante Odbc con la base de datos de his.

Se utiliza el buzón de peticiones, mediante un protocolo establecido para estos casos, los campos clave son.

RESULTADOS

La gestión de las citas abarca el hospital y los Cep. Se obtiene información online de la situación de cada petición.

Se obtiene información online agrupada, por centros, servicio y estado de la solicitud, y cuantas son inadecuadas o tienen documentación insuficiente.

Demora media de las notificaciones de los pacientes citados y vistos: 2,24 días. Demora media de las citas realizadas: 11,39 días.

Se han rechazado 21 peticiones por derivación inadecuada o documentación insuficiente. Todos los pacientes citados en este periodo han acudido a la cita.

CONCLUSIONES

- Se ha demostrado una gran eficacia y seguridad en la gestión de las citas.
- Fácil manejo de la aplicación, se contempla como una variante del "Programa Mostrador".
- Se podría realizar un seguimiento de la patología de los pacientes.
- Es un S.I.S fácilmente exportable a otros centros.

Datos: desde 01/01/2009 a 15/05/2009

Solicitudes	Notif < 48 h.	Notif > 48 h.	Citas < 15 días	Citas 15-30 días	Citas > 30 dd.	Inaddoc.
Insuficie	154	105	49	107	22	4
			28	6		

Visor de Historia Clínica Electrónica de Orión-Clinic

Ponentes: David del Monte Delgado (1)
Cristina Haya Fernández (1)
Pilar Palau Muñoz (1)
Gema Gil Herranz (1)
José Javier Duch Samper (2)
Ramón Romero Serrano (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset y Centro de Especialidades Monteolivete. Valencia.

(2) Servicio de Organización y Sistemas de Información de la Agencia Valenciana de Salud. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario dr. Peset es el hospital de referencia del departamento de salud número 10 de la Comunidad Valenciana. Atiende a una población de 377.577 habitantes, y es el “Centro Piloto” en la implantación de la historia clínica electrónica de la aplicación Orión-Clinic. Orión-Clinic es un sistema de información clínico-asistencial para los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Valencia.

OBJETIVOS

El objetivo del proyecto es el diseño y creación de un visor de historia clínica que permita la consulta de la misma al profesional asistencial de una forma rápida y sencilla, sin perder el eje documental con otro visor más propio para las funciones no asistenciales.

METODOLOGÍA

El diseño del visor de Historia Clínica engloba los siguientes campos:

- diagnósticos.
- Episodios.
- Enfermería.
- Radiodiagnósticos.
- Laboratorio.
- Procedimientos y Técnicas.
- Otros Informes.

En todos ellos la información se organiza dando prioridad en su visionado a aquella que ha sido introducida por un profesional de la misma especialidad del usuario que realiza la consulta. Para ello se utiliza un sistema de carpetas y colores.

El sistema también presenta un visor organizativo donde se puede buscar información de tipo documental.

RESULTADOS

diseño de un visor de Historia Clínica de fácil manejo que pone a disposición del profesional asistencial la información ordenada de una forma lógica para cubrir sus necesidades, manteniendo un visor de tipo documental.

CONCLUSIONES

- 1-El visor de Historia Clínica de Orión Clinic permite al profesional una búsqueda de datos en la historia de forma rápida e intuitiva en toda el área asistencial.
- 2-El visor organizativo de tipo documental permite a su vez al profesional la búsqueda por grupos de documentos o datos con fines diferentes a la asistencia (evaluación, investigación, comisión de historia clínica...)
- 3-La integración de los médicos documentalistas en el diseño de la aplicación ha permitido dotar de valor añadido a la misma, al permitir la consulta por diferentes ejes en función del usuario.

El CMBD como fuente de información de las hemorragias mayores en pacientes con tratamiento anticoagulante oral en el sistema sanitario público (SSPA).

Ponentes: Francisca Maria Gálvez Castro (1)
Maria Isabel Rodríguez Idígoras. (2)
Inmaculada Medina Caliz (2)
Pedro Ruiz Esteban (2)
José Luis Martínez González (2)
Cristina Lazarraga Caffarena (1)

(1) H.R.U. Carlos Haya. Málaga

(2) Delegación Salud. Málaga

INTRODUCCIÓN

La incidencia de complicaciones hemorrágicas mayores se considera un indicador de calidad del programa de tratamiento anticoagulante oral (TAO). Considerándose como estándar de referencia incidencia menor al 1%.

OBJETIVOS

Estimar la incidencia de hemorragias mayores que ingresan en hospitales del SSPA entre los pacientes que han recibido TAO, mediante el CMBd en la provincia de Málaga en el año 2005. Valorar su obtención como indicador indirecto de la calidad asistencial de pacientes anticoagulados en la provincia de Málaga.

METODOLOGÍA

Estudio transversal con inclusión de todos los pacientes que ingresaron por una hemorragia mayor en todos los hospitales del SSPA de la provincia de Málaga durante 2005 y que fueron tratados con TAO con anterioridad al ingreso.

La información se obtuvo del CMBd, el cual cuenta con un porcentaje de codificación del 99,77% de las 97.660 altas que se produjeron en la provincia de Málaga en el año 2005. Se solicitaron todos las altas que incluyeron los códigos CIE-9-MC 4ª Edición, correspondientes a hemorragias mayores: Cerebrovascular, pericárdica, médula espinal, retroperitoneal

y gastrointestinal. Total 1.944 altas. Se revisaron historias clínicas hospitalarias y de Atención Primaria. Se realizó cálculo de la incidencia, estudio descriptivo y medidas de concordancia (índice kappa).

RESULTADOS

Se detectaron 174 hemorragias mayores, lo que supone una incidencia anual de entre 1.16 y 1.51 %. El 57,5% eran varones, la edad media fue de 72,74 años, la localización más frecuente fue la digestiva (61,5%) y el 72,6 % presentaban fibrilación auricular como indicación del TAO. Se obtuvo un índice Kappa del 0,6 al analizar la concordancia del código V58.61 registrado en el CMBd y el registro de TAO en la historia clínica. Motivo de ingreso: 78% de los pacientes fue la hemorragia estudiada (índice de Kappa de 0,96 al comparar ambas fuentes de información).

CONCLUSIONES

1.- El CMBd es una fuente de información óptima para la estimación de la incidencia de hemorragias mayores para pacientes TAO.

2.- En el año 2005, código V58.61 fue un indicador moderado para la identificación de los pacientes anticoagulados en la provincia de Málaga. Son necesarios nuevos estudios a partir del año 2006 debido a la ampliación del código V58.6.

Experiencia en la digitalización de un archivo activo de Historias Clínicas en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Ponentes: Soledad Sañudo García (1)
Juan Vidal Sanz (1)
M. Ángeles Cisneros (1)
Almudena Sánchez (2)

(1) Hospital Universitario Río Hortega- Valladolid

(2) IDT- DOCUTECA

INTRODUCCIÓN

El traslado a un nuevo edificio del Hospital Universitario Río Hortega (HURH), así como el cambio de asignación de varias áreas sanitarias, supuso una oportunidad para un planteamiento diferente en la gestión y manejo de sus historias clínicas.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia del proceso de digitalización de las 300.000 historias del archivo activo del HURH, así como las soluciones adoptadas para su manejo y actualización.

METODOLOGÍA

Un nuevo edificio con una zona de archivo insuficiente, la necesidad de intercambiar 80.000 historias entre los dos hospitales de la ciudad, y la oportunidad de un nuevo hospital, facilitaron la digitalización del archivo activo del hospital, como la mejor alternativa.

Para ello el SAdC diseñó el proyecto, fue aceptado por la Comisión de dirección y por los servicios centrales del SACYL, adjudicándose el concurso (2 mill. euros) en Mayo de 2008. La Comisión de Historias Clínicas elaboró una propuesta de estructura y documentos a tratar. El hospital disponía ya de un repositorio informatizado de informes clínicos, manejado por todos los facultativos, donde se añadirían las imágenes digitalizadas.

RESULTADOS

Se han digitalizado 135.000 historias. No se expurga ningún documento. Se ha reproducido la estructura de la historias en papel. No

se incluyen las radiografías pues se dispone de un PACS.

Se ha tenido que desarrollar un programa informático para registrar las anotaciones evolutivas de consulta externa, así como se están redigitalizando los documentos en papel que generan diariamente. Se ha iniciado el proceso con las historias del otro hospital.

CONCLUSIONES

desde el 14 de febrero de 2009, la situación del proyecto ha mejorado. Hubo muchas dificultades debidas al importante cambio cultural, unido al traslado y a problemas informáticos de todo tipo.

El haber digitalizado todos los documentos consideramos que ha sido una decisión acertada, que nos permitirá destruir todo el papel en el plazo acordado (un año)

El resultado en el proceso documental de la digitalización es muy adecuado, tanto en la calidad de la imagen, como el lo ajustado de la identificación e indización de documentos.

Las 3.000 historias digitalizadas diariamente permitirán concluir en el plazo previsto.

¿Cómo acceden los médicos a las historias clínicas para docencia o investigación?

Ponentes: **Maria Jesús Vicente Arbelaiz**
Ángel Manuel Visus Eraso
Ana Carmen Garijo Laraña
Silvia Les Santesteban
Amaia Ortiz Ribes
Raquel Tarragona Francés

Hospital de Navarra

INTRODUCCIÓN

El proceso de codificación y la normativa en vigor tienen que satisfacer las demandas de los médicos para posibilitar la realización de investigación o docencia.

Legislación vigente: “el acceso a la HC obliga a que, salvo que conste el consentimiento escrito y expreso de todos y cada uno de los pacientes cuyos datos van a ser cedidos, se procederá a la disociación de datos, eliminando los datos identificativos de los pacientes.”

OBJETIVO

Responder en menos de 24 horas “hábiles” a las peticiones de búsqueda de los clínicos garantizando la confidencialidad de la utilización de los datos.

Metodología: definición del perfil de búsqueda: entrevista, respuesta y valoración de resultados.

Alternativa legislativa: Para investigación o docencia, los médicos del Servicio donde estuvo ingresado un paciente pueden acceder a su historia clínica. El resto de profesionales necesitan autorización del paciente o disociación de los datos personales del paciente. La utilización de la información obtenida deberá garantizar que el paciente no sea identificable bajo ningún concepto.

RESULTADOS

- Se pueden realizar explotaciones de datos cuando un paciente haya sido atendido por uno o más Servicios, con solicitudes coordinadas por los clínicos de cada uno de ellos.

Ejemplos:

1. Fracturas vértebras inestables: Servicios de Traumatología y Neurocirugía: Fractura columna sin lesión médula espinal (805.00-805.19) (805.2-805.9). Fractura columna con lesión medular (806.00-806.39) (806.4-806.9). Procedimientos: descompresión (03.09), Reparación fractura vertebral (03.53), Artrodesis (81.00-81.08), Fusión vertebral (81.62-81.64), Cajas de fusión (84.51).

2. Pié diabético: Servicios de Endocrinología y Cirugía Vascolar:

Angiopatía diabética: (250.70 + 443.81). Angiopatía diabética (con arterioesclerosis/grados I-IV): (250.70 + (440.20-440.24)). Neuropatía diabética: (250.60 + 357.2). Pie diabético: (250.80). Gangrena diabética: (250.70 + 785.4).

- Respuestas en menos de 24 horas “hábiles” a las peticiones recibidas, incluyendo el número de historia y caso de cada paciente.
- Satisfacción de los clínicos con el sistema diseñado por poder acceder a la información clínica demandada.
- Persiste la insatisfacción crónica de la explotación de datos por las carencias de la CIE-9-MC, sobre todo en Servicios quirúrgicos.

CONCLUSIONES

Consideramos que este protocolo permite mantener la explotación de datos imprescindible para la investigación y docencia del hospital.

¿Cumplimos la ley para ficheros no automatizados?

Ponentes: Ana Isabel Magallón Candela
María Pilar Jiménez Carnicero

Sección de documentación y Archivo de Historias Clínicas. Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria, Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

INTRODUCCIÓN

El Real decreto 1720/2007 de 21 de diciembre aprueba el Reglamento que desarrolla la Ley Orgánica de protección de datos. Regula un conjunto de medidas de seguridad destinadas a los ficheros y tratamientos no automatizados, clasificadas en tres niveles -básico, medio y alto-, cuya implantación, desde la entrada en vigor del Reglamento, está sujeta a plazos.

OBJETIVOS

Evaluar la aplicación de las medidas de seguridad en el archivo de historias clínicas, formato papel, dentro de los plazos previstos.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión del reglamento, analizando las nuevas medidas a adoptar en cada nivel de seguridad según los plazos establecidos, comparándolas con las condiciones existentes actualmente en nuestro archivo para realizar las actuaciones oportunas.

RESULTADOS

Medidas de nivel básico (para abril 2009): Criterios de archivo: "Facilitar la consulta y localización de los documentos": asumido. Almacenamiento: "Mecanismos que obstaculicen su apertura": difícil aplicación, adaptado únicamente para las historias en custodia especial. Custodia soportes: "Evitar accesos no autorizados": se tiene control sobre las personas que acceden. Medidas de nivel medio (para agosto 2009): "Responsable de Seguridad", figura ya creada. "Auditorías": se realizan únicamente para la historia informatizada, para la historia papel está pendiente de aclaración. Medidas

de nivel alto (para abril de 2010): Almacenamiento de la información: "Armarios, archivadores, puertas con llave, aconsejable dispositivo electrónico de apertura". Solicitada medida alternativa. Copia o reproducción: "Usuarios autorizados": se realizan por un técnico especialista en documentación sanitaria y existe una destructora. Acceso a la documentación: "Identificación de accesos":

Registro de los movimientos de la historias y de los solicitantes. Traslado documentación: "Impedir acceso o manipulación": Se toman medidas alternativas.

CONCLUSIONES

La implantación de este reglamento mejora la seguridad de los sistemas de información. En ocasiones resulta difícil adoptar las medidas de seguridad con arreglo a la normativa debido a las características concretas de los ficheros no automatizados, siendo necesario el apoyo de la dirección y de los solicitantes.

¿Recuperación económica del fondo de cohesión sanitaria?

Ponentes: Ángel Muñoz García
Paula Beades Martín
M^a. Isabel Pérez Rodríguez
Ángel Moreno González
Manuel Aliaga Benítez
Jaume Sastre Barcelo

Hospital 12 Octubre. Madrid

INTRODUCCIÓN

El Fondo de cohesión sanitaria, creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea con los se tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca.

OBJETIVOS

El Real decreto 1207/2006, de 20 de octubre, regula la gestión del Fondo de Cohesión.

El Fondo de cohesión establece y regula los mecanismos de financiación destinado a compensar los costes de asistencia sanitaria generados por pacientes derivados entre comunidades autónomas, desplazados de estancia temporal en España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado y pacientes derivados a centros, servicios y unidades de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con la implantación de programa informático SIFCO se inicia una nueva etapa en el control y gestión de pacientes de otras comunidades autónomas. Teniendo que adaptarnos a las diferentes versiones del manual de funcionamiento y, a un programa poco ágil a la hora de grabar datos en el mismo y con un número de

inconsistencias en el funcionamiento del programa que lo hace de difícil manejo.

RESULTADOS

El resultado es positivo aunque muy costoso en recursos humanos, tiempo para la grabación, control y gestión de cada una de las Solicitudes de Propuesta de Canalización.

CONCLUSIONES

Los resultados son extremadamente costosos en relación a los recursos humanos y al tiempo necesario para la grabación del (CMBd)

Es necesario el consenso entre comunidades autónomas y Ministerio, mediante reuniones y puestas en común de los problemas que plantea el seguimiento y finalización de los procesos registrados en el programa informático SIFCO, Valgan como ejemplos ¿se graban en SIFCO Anexo I y II propuestas nuevas y revisiones? ¿Se graban una sola vez para cada proceso? ¿Vuelco automático del CMBd en SIFCO?, entre otros.

11 años codificando urgencias en el Hospital Sierrallana

Ponentes: Luis Ansorena Pool
Alberto Pajares Fernández
Liébana Piedra Antón
Manuel Mauriz Ballester
Tomás Modino Bedoya
Ana Crespo de Santiago

Hospital Sierrallana. Cantabria.

INTRODUCCIÓN

La codificación de las urgencias hospitalarias no ha sido suficientemente abordada en los centros públicos del Sistema Nacional de Salud con lo que no son bien conocidos los motivos de asistencia en un área con un volumen muy alto de asistencias y un peso de decisión importante en el hospital.

OBJETIVO

Conocer la casuística de los pacientes atendidos en Urgencias de Sierrallana y describir la metodología para la obtención de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proceso de codificación consiste en varios pasos:

- 1º. Elaboración de un manual con los 1709 códigos CIE9MC más frecuentes y sus descripciones (en papel e informatizado)
- 2º. El personal administrativo de admisión de Urgencias rellena el código en cada alta, según lo descrito por lo médicos de Urgencias en el Informe de Alta, llegando a cumplimentar, de media, el 86,54 % de los códigos
- 3º. La Unidad de codificación revisa todos los días las altas de urgencias corrigiendo errores (5,12% de media) y cumplimentando los códigos que no se rellenaron (81,42%)

Se facilita información periódica y a demanda sobre la información codificada. Periódicamente se revisa y actualiza el manual de codificación.

RESULTADOS

Se han codificado por CIE9MC el diagnóstico principal de las 673.534 Urgencias Externas atendidas desde el 1/1/1998 hasta el 31/12/2008, con un porcentaje de codificación del 98,80%. No ingresaron el 91,96%. La edad media fue de

50,05. 50,93% eran varones.

El peso medio de case-mix fue 0,58

Las 3 CdM más frecuentes fueron: 8: enf. y trast. Sistema musculoesquelético (20,93%); 9: enf. y trast. de piel, tejido subcutáneo (11,77%); 6: enf. y trast. aparato digestivo.

Los 3 grd más frecuentes atendidos fueron: 281:traumatismo de piel, tejido subcutáneo... (6,55%); 243:problemas médicos de espalda (6,14%); 814:gastroenteritis... (6,13%)

CONCLUSIONES

Se debe continuar codificando las Urgencias por este método, pues el esfuerzo no es grande y ya está asumido por el personal del SADc y asegura el conocimiento de lo que sucede en ese importante área del hospital.

Acceso compartido a la Historia Clínica Electrónica del paciente en un área de salud

Ponentes: Arturo J. Ramos Martín-Vegue
Jefe de Servicio del SADC
Agustín García Sanguino
Jefe de Sección del SADC
María Teresa Briega Coso
Enfermera del SADC
Isabel Calvo Tomeo
Enfermera del SADC
Laurentino Mateos García
Enfermero del SADC
Marta Susana Torres Magán
Enfermera del SADC

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
Madrid.

4) Integración del entorno de trabajo de Atención Primaria (OMI-AP) con el modelo de Historia Clínica Electrónica del Hospital.

INTRODUCCIÓN

La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en Atención Especializada del Área de Salud 6 de la Comunidad de Madrid representa una oportunidad para implantar una historia única de salud en dicho área que necesariamente pasa por permitir, en una primera fase, el acceso de los profesionales de atención primaria a la HCE hospitalaria.

OBJETIVOS

- 1) Uso compartido de la documentación del Paciente por las distintas entidades que conforman el área sanitaria.
- 2) desaparición del papel y su sustitución por el formato electrónico, en el entorno de la (HCE).

METODOLOGÍA

- 1) Evaluar todos los repositorios de datos del HIS existentes en el área de Atención Especializada y Atención Primaria: HIS asistencial, laboratorios, anatomía patológica, área de Informado, documentación digitalizada, RIS y OMI-AP.
- 2) Análisis y desarrollo, en la actual plataforma de HCE, de los links necesarios para los distintos repositorios de información.
- 3) Parametrización para la correcta integración en cada uno de los repositorios.

RESULTADOS

- 1) Utilización de una única clave de autenticación (usuario/contraseña) independientemente del repositorio donde se encuentre la información y de la unidad organizativa (hospital, y centros de salud), desde la que se acceda.
- 2) Acceso desde un único entorno WEB: “La Historia Clínica Electrónica” a toda la información del paciente, tanto electrónica como digitalizada e informatizada, en los distintos repositorios existentes.
- 3) Minimizar el acceso y utilización de la documentación en papel en todos los ámbitos (hospital/atención primaria/paciente).

CONCLUSIONES

- 1) Los profesionales sanitarios del Área de Salud 6 de la Comunidad de Madrid disponen en todo momento de acceso a los datos asistenciales actualizados de todos sus pacientes en el entorno de Atención Especializada.
- 2) No es posible, en el momento actual, visualizar los datos en el entorno de Atención Primaria desde Atención Especializada.
- 3) El uso compartido de la HCE favorece la continuidad asistencial entre niveles.
- 4) El futuro de este proyecto es la necesidad de conformar una historia compartida de salud.

Análisis de los efectos adversos causados por fármacos: APR-GRD vs AP-GRD

Ponentes: Paloma Fernández Muñoz
M Aránzazu Pisano Blanco
M José Fernández Mateo
Carmen Galán Solar
Encarnación Vázquez Río
Joaquín Morís de la Tassa

Hospital de Cabueñes. Asturias.

INTRODUCCIÓN

La utilidad del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBd) en el estudio de los efectos adversos (EA), incluyendo sus limitaciones, está recogida en múltiples trabajos.

Por otra parte, los sistemas refinados de clasificación de pacientes, de acuerdo con su propia definición, resultan especialmente adecuados para abordar el estudio de las complicaciones clínicas.

OBJETIVOS

Analizar los EA causados por fármacos registrados en el CMBd de hospitalización, utilizando All Patient Refined diagnosis Related Groups (APR-GRD) y All Patient diagnosis Related Groups (AP-GRD).

METODOLOGÍA

Altas del año 2008 agrupadas con APR-GRD 20.0 y AP-GRD 23.0, en las que aparece registrado un código comprendido en el intervalo E930-E949.

Se estudian CdM, GRD, diagnósticos, peso y, para APR-GRD, nivel de severidad y riesgo de mortalidad. Como variables para el análisis se contemplan las del CMBd.

Se diferencian los ingresos motivados por el EA de aquellos en que aparece como complicación acompañante. Además, se crea un grupo de comparación con los episodios reagrupados, tras suprimir los códigos corres-

pondientes a los diagnósticos secundarios ligados al EA.

RESULTADOS

De las 20.262 altas estudiadas, en 727 (3,6%) aparece registrado un código E comprendido en el rango buscado. En 162 de ellas (22,3%) el motivo de ingreso está relacionado con el EA. Cuando utilizamos AP-GRD, los episodios se agrupan en 149 GRD distintos.

Aplicando APR, el número de GRD base se reduce a 104 y se generan 318 perfiles distintos según severidad y riesgo de mortalidad.

La presencia de EA actúa incrementando el nivel de severidad y peso medio de los episodios; comparando con los episodios reagrupados, se encuentra diferencia significativa en la distribución de los niveles de severidad, y una variación del peso estimada en 0,07.

CONCLUSIONES

El CMBd agrupado mediante GRD permite monitorizar y analizar los ingresos motivados por un EA, o los episodios en que coexiste como complicación, identificando tipo de pacientes afectados, procesos a los que se asocia y manifestaciones clínicas producidas; además, permite cuantificar la repercusión de su aparición.

Los APR-GRD aportan una representatividad clínica mayor y mejoran el nivel de análisis, frente al agrupamiento con AP-GRD, más utilizados hasta ahora.

Análisis del CMBD hospitalario del Complejo Asistencial de Ávila en el periodo 2006-2008. Estudio de estancias cero.

Ponentes: Florentina María Gómez Olmos
M^a Victoria López Marco
Sara Teodosia Sáez Jiménez

Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN

El número de episodios de hospitalización con estancia cero en el periodo comprendido entre 2006-2008 supuso un 3.88% del total de altas del Complejo Asistencial de Ávila (C.A.A.), observándose un aumento en los últimos años del porcentaje de pacientes que generan estancia cero sin ser trasladados ni exitus.

El C.A.A está integrado por el Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, el Hospital Provincial y dos Centros de Especialidades Periféricos, siendo el Servicio de Admisión y documentación Clínica único en el Área, realizando las tareas de Admisión y codificación de los cuatros centros mencionados.

OBJETIVO

Analizar el C.M.B.d. del C.A.A. en el periodo comprendido entre 2006-2008, en aquellos episodios de hospitalización cuyas estancias medias han sido igual a cero, evaluando la adecuación o no del ingreso y de la estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo de los datos obtenidos de las altas hospitalarias en los últimos tres años, previa selección en la base de datos del CMBd de todos aquellos episodios en los que la estancia media ha sido igual a cero. A partir de los 43.391 registros obtenidos, se cuantificaron los diagnósticos principales mas frecuentes, los procedimientos realizados, la distribución por servicios, por tipo de ingreso, por destino del paciente al alta y por área de procedencia de los pacientes.

Se hace un análisis de los GRd,s, diferenciando los médicos de los quirúrgicos.

CONCLUSIONES

1- Se ha producido un incremento porcentual de los pacientes con estancia cero de forma progresiva en el transcurso de los 3 últimos años estudiados.

2- de los veinte servicios que tienen asignadas camas, 6 servicios son los responsables del 80% del número de casos y un solo servicio genera 1/3 de la casuística.

3- Con un adecuado feedback, a los facultativos implicados en la gestión de camas, se puede disminuir considerablemente el hecho descrito.

Aplicación de los tiempos quirúrgicos estándar en el Hospital 12 de Octubre

Ponentes: M^a del Rosario Martínez Bermúdez
Miguel Sordo González
Ángel Moreno González
Manuel Aliaga Benítez
M^a Montserrat Alemay Duran
Julio Martín Mañas

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Universitario 12 de Octubre se realizan anualmente 12.500 intervenciones quirúrgicas con hospitalización. 6.000 Intervenciones Quirúrgicas Ambulantes Programadas. Con un 75 % Rendimiento Quirúrgico. El Servicio de Admisión, documentación Clínica y Sistemas de Información es el responsable de la gestión y organización de esta actividad.

La unidad de Gestión de Lista de Espera Quirúrgica asume la inclusión en LEQ, la preparación del preoperatorio y anestesia, la gestión operativa de la programación quirúrgica, el registro de intervenciones, la coordinación y evaluación del proceso.

El Registro Unificado de Lista de espera Quirúrgica unifica toda esta información. (RU-LEQ). desde Octubre del año 2008 se ha incluido para definir el rendimiento quirúrgico los Tiempos Quirúrgicos Estándar (TQE).

OBJETIVOS

Exponer la metodología de aplicación de los Tiempos Quirúrgicos Estándar (TQE) y una revisión de sus consecuencias inmediatas.

METODOLOGÍA

Basándonos en las circulares remitidas desde la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se estableció una la siguiente metodología de actuación:

- Comunicación con la Subdirección General para conocer los procedimientos incluidos y su valoración, además de la evaluación del rendimiento de quirófano.
- Reunión con los Jefes de Servicio.

- Asistencia a Sesiones Clínicas con los equipos quirúrgicos.
- Revisión de los Circuitos de Codificación en el momento de la inclusión el LE.
- Formación al personal implicado de Admisión y Secretarías Asistenciales.
- Seguimiento de la Jornada Ordinaria y de la Jornada Extraordinaria.

RESULTADOS

La implantación de la nueva metodología para ofertar la realización de jornadas extraordinarias sirvió para establecer un debate con los servicios quirúrgicos y una aproximación a la gestión.

La codificación de los procesos se actualizó y la captura de actividad se produce de forma más ágil.

El TQE asignado a cada paciente está directamente relacionado con el Código y Procedimiento de la CIE 9MC. Junto a la inclusión de los TQE en el Ruleq permite conocer la valoración de procesos complejos y poco habituales de forma inmediata, respondiendo a las preguntas habituales de los cirujanos y anestesiistas.

CONCLUSIONES

Mejora de la codificación de Inclusión al estar realizada por el propio cirujano. Elevación de la Actividad Quirúrgica en Hospitales de Apoyo debida a los TQE.

El SADOc ha sido un elemento fundamental para hacer llegar a los cirujanos y anestesiistas la nueva realidad de valoración de la actividad quirúrgica.

Censo de pacientes con permiso fin de semana

Ponentes: **María Jesús Abril Sánchez**
José Luis Cabezuelo Cáceres
Manuel Priego Venzala
Teresa Molina Navas
Francisca Millan del Rio
M^a José Luque Nieto

Hospital Reina Sofia. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Estudio, análisis e implantación del procedimiento para conocer quienes y cuántos son los pacientes que, sin causar alta hospitalaria abandonan el hospital por permisos cortos de tiempo, normalmente en fin de semana, festivos ó eventos familiares.

OBJETIVOS

1. El objetivo fundamental de este estudio es que el Servicio de Admisión conozca el censo real de pacientes hospitalizados en todo momento.
2. Igualmente se trata de cuantificar las estancias que esos permisos suponen.
3. En último lugar se pretende conocer el tipo de pacientes a los que se les concede: a cargo de qué servicios están ingresados; si son enfermos de estancia prolongada o no etc.

METODOLOGÍA

- El estudio y análisis se ha efectuado en todas las unidades de hospitalización del hospital general durante los fines de semana o víspera de festivo desde finales de febrero a abril de 2009.
- El material utilizado ha sido el censo de pacientes ingresados depurado tras la mecanización de todos los movimientos realizados: altas y traslados.
- La explotación se ha basado en una base de datos creada ex profeso con los siguientes campos: número de historia clínica, unidad

de hospitalización, servicio, fecha de ingreso en el hospital, fecha del permiso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Desde la implantación de este procedimiento, el Servicio de Admisión conoce el censo real del hospital en todo momento.
- Se va a proponer a la dirección del Hospital que se realice una modificación en el sistema informático que nos permita anotar este movimiento sin que ello conlleve el alta hospitalaria y un ingreso posterior, evitando así que esos pacientes aparezcan en los censos a efectos de admisión, farmacia, hostelería etc.
- Igualmente se le va a proponer a la dirección que en determinados casos las estancias se puedan descontar del período de hospitalización (aquellos pacientes que ingresan al final de la semana por no disponibilidad de camas los días anteriores y en los que el permiso tiene lugar al poco tiempo del ingreso)

¿Citamos o descitamos?

Ponentes: Carmen Garrote Liarte
Miguel Cuchi Alfaro
Juan Manuel Ramos López

Hospital Ramon y Cajal. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las áreas de citación de consultas externas dedican gran parte de sus recursos a la reprogramación de citas ya dadas. Esto supone un doble trabajo ya que hay que encontrar otro hueco para la cita y localizar al paciente para informarle.

La percepción es que se descita y se reprograma bastante y que hay determinados servicios que lo hacen con más frecuencia que otros

OBJETIVOS

Valorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la guía de Consultas Externas.

Evaluar si el comportamiento del servicio es distinto en el Centro Periférico de Especialidades y en el hospital.

METODOLOGÍA

Se proceso un fichero con las reprogramaciones efectuadas por cinco servicios tanto en los CEP como en el hospital durante el primer trimestre de 2008 y el primer trimestre de 2009.

Se agruparon los motivos de reprogramación en tres grupos: debidos al paciente, imprevistos y previsibles.

Se calcularon los tiempos de demora entre la cita original y la cita reprogramada.

RESULTADOS

En el primer trimestre de 2009 se reprogramo un 16.14% menos que en el mismo periodo de 2008.

Más del 50% de las reprogramaciones son del servicio de radiodiagnóstico.

Los servicios estudiados reprograman con más frecuencia las consultas de los ambulatorios, en algunos casos un 30% más.

En los servicios estudiados el motivo de reprogramación por causas previsibles (congresos, guardias) supera el 50% En los casos de descitaciones con motivos previsibles en un 30% en un ambulatorio, un 16,36% en otro y en un 3, 46% en el hospital no se cumple la recomendación de la guía de consultas externas de dar al paciente cita en los siguientes cinco días.

CONCLUSIONES

El porcentaje de reprogramaciones por causas previsibles debería figurar como uno de los objetivos a pactar con los servicios.

Se debe trabajar con los servicios para que consideren las consultas de área de la misma forma que las hospitalarias. Hay que incidir en la importancia de una correcta filiación del motivo de reprogramación.

Una buena relación entre los servicios de Admisión tanto del hospital como de los CEP, facilita la disminución del número de reprogramaciones por motivos previsibles.

Confidencialidad

Ponentes: Isabel Pérez Salinas (1)
María Ramos Trujillo (1)
Carlos Andreu Mateu (1)
Irene Brell Rodríguez (2)
Ana Sales López (1)
Beatriz Díaz Gallén (1)

(1) UDCA. Hospital General de Castellón

(2) Dirección Económica. Hospital General Castellón

INTRODUCCIÓN

En los centros sanitarios se manejan datos de carácter personal que hacen referencia a la salud. Estos datos requieren el nivel más alto de protección.

OBJETIVOS

Garantizar la confidencialidad de la información de los pacientes según la normativa vigente en materia de protección de datos y difundir esta normativa entre todos los trabajadores del centro.

METODOLOGÍA

Existe normativa tanto de carácter estatal (CE 1978, Ley 14/1986, Ley 41/2002, LO 15/1999, Rd 1720/2007, LO 10/1995, Ley 7/2007, Ley 55/2003) como autonómica, siendo la más representativa en la Comunidad Valenciana la Ley 1/2003, la Orden 14/09/2001 y la Orden 15/11/1988.

Se realizan sesiones formativas en las que se tratan los puntos de la normativa referente a la confidencialidad y se comentan casos prácticos. Las reuniones son a cargo del personal médico de la UDCA. éstas van dirigidas a todo el personal dependiente de la UDCA, secretarías de los servicios clínicos, jefaturas y mandos intermedios de los diferentes estamentos, siendo estos últimos, los encargados de transmitir las instrucciones a su personal dependiente.

RESULTADOS

Se consigue divulgar y refrescar entre el personal del hospital la obligatoriedad del de-

ber de secreto al que estamos sujetos todo el personal, tanto sanitario como no sanitario; tanto si accedemos a la información clínica y demográfica del paciente, como si sólo lo atendemos cuando pide asistencia en nuestros centros. Este deber de secreto implica el lema de “ver, oír y callar”, desde el mismo momento en que nos incorporamos a nuestro puesto de trabajo. La intimidad es un derecho fundamental elevado a rango constitucional; y, en su garantía, la confidencialidad constituye una obligación de todos los profesionales. Su incumplimiento viene sancionado en el Estatuto Básico del empleado público, Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y en el Código Penal.

CONCLUSIONES

Es necesario que a los trabajadores de los centros sanitarios se nos recuerde periódicamente el principio de protección de datos DEBER DE SECRETO al que estamos sujetos.

La información clínica y demográfica de los pacientes es altamente CONFIDENCIAL, sensible y especialmente protegida. El paciente en si mismo es un sujeto CONFIDENCIAL.

Control de la morosidad vía mail

Ponentes: Daniel Pérez Soriano
Luisa Guarner Aguilar
Lluís Vilardell Ramoneda

Hospital Universitario Vall d'Hebron

INTRODUCCIÓN

En HUVH se ha diseñado un procedimiento de control de morosidad que aprovecha las TIC y que promueve la implicación tanto del profesional como la de los diferentes jefes de servicio y directivos asistenciales. éste consiste en reclamar vía mail las carpetas de HC retenidas una vez superado el tiempo de préstamo. Paralelamente y como soporte se desarrolló un procedimiento para poder informar del cambio de ubicación de las carpetas una vez prestadas.

OBJETIVOS

Mejorar de la disponibilidad de la historia clínica mediante la disminución de la morosidad.

Recuperar con antelación las historias clínicas para que estén disponibles frente a una solicitud asistencial. Identificar en todo momento la localización de las historias clínicas.

METODOLOGÍA

La Comisión de documentación definió las tablas de morosidad. El despliegue del procedimiento fue por servicios y se realizó una reunión previa con los responsables y otra con los profesionales. Se crearon las tablas de servicio donde se registraron todos los profesionales con sus direcciones e-mail y se creó la figura del responsable de la morosidad en cada servicio.

Una vez iniciado el procedimiento en el servicio, vía mail, el profesional recibe el listado de las carpetas a devolver, el jefe de servicio recibe el resumen del total de carpetas que retienen sus profesionales y los directores asistenciales reciben un resumen por servicio.

RESULTADOS

durante la prueba piloto (abril-mayo 2008) con cuatro servicios se consiguió pasar de 7.500 HHCC retenidas a 6.044 (-19,50%). Como el despliegue es progresivo por servicios a final de 2008 obtenemos el siguiente resultado:

Servicios con procedimiento: - 20,59%
Servicios con procedimiento 50% implantado: -14,97%
Servicios sin procedimiento: -12,90%

Se ha mejorado la disponibilidad inmediata de la HC (gestión de archivo) pasa del 83,2% al 89,9%.

CONCLUSIONES

La participación ha sido muy alta de forma inicial aunque ha ido disminuyendo progresivamente. En general los resultados son buenos, pero una vez superada la fase de implantación, con grandes volúmenes de devolución, el índice de la morosidad por servicio queda estancado. El procedimiento genera sensibilidad y confianza a los profesionales. El servicio de archivo mejora la disponibilidad inmediata de las HHCC.

Creación de una herramienta para el control de calidad de la codificación del CMBD

Ponentes: **María Ramos Trujillo (1)**
Carlos Andreu Mateu (1)
Isabel Pérez Salinas (1)
Emilio Gosálbez Pastor (2)
Regina Gellida Lluch (1)
Vicenta Monzonis Cantavella (1)
Milagros López Nebot (1)
Javier Tomás Mateu (1)

(1) UDCA. Hospital General de Castellón.

(2) UDCA. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

El Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) se ha consolidado como una herramienta básica de información en la gestión clínica. El CMBD proporciona los datos de morbilidad y calidad de la atención hospitalaria, permitiendo comparar los resultados obtenidos entre hospitales de un mismo nivel asistencial, por lo que es necesario el máximo rigor y homogeneidad en la codificación.

OBJETIVO

Aumentar la calidad de la codificación con la CIE-9-MC de los diagnósticos y procedimientos integrantes del CMBD mediante la creación de una herramienta de control de los códigos asociados a los episodios de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se desarrolla una aplicación informática en Access en la que se crean 40 consultas sobre el CMBD de un periodo de tiempo predeterminado, siguiendo la normativa de codificación de la CIE-9-MC, las actualizaciones publicadas en los Boletines de la Unidad Técnica de la CIE 9-MC y el Coding Clinic for ICD-9-CM.

Las consultas más significativas son:

- detección de códigos incongruentes con edad, sexo o servicio al alta.
- diagnóstico principal no válido como motivo de ingreso.
- diagnósticos secundarios con errores en la codificación a cualquier nivel (categoría, subcategoría o subclasificación).

- Procedimientos que no cumplen los criterios de selección o codificación como procedimiento principal.
- Ausencia de código E en los episodios que lo precisan.
- Necesidad de doble o triple codificación.

RESULTADOS

Se analizan un total de 21.167 episodios de hospitalización correspondientes al año 2008, detectándose un 2% de alertas que son revisadas por el personal de codificación. Un 85% de los casos precisan corrección, el resto se aceptan como válidos, y pasan a un histórico de episodios validados que les excluye de controles posteriores.

CONCLUSIONES

La aplicación permite al codificador un análisis rápido y sencillo de la calidad de la codificación del CMBD como paso previo a la utilización de herramientas de clasificación de pacientes, así como, una autoevaluación continuada de sus conocimientos.

Es una herramienta dinámica, al estar obligados a la actualización periódica de las consultas, tanto por las propias condiciones de CIE-9-MC (revisiones y actualizaciones), como por el efecto de formación confianza a los profesionales. El servicio de archivo mejora la disponibilidad inmediata de las HHCC.

Cuadro de mando de control de demora actividad ambulatoria.

Ponentes: Miguel Sordo González
Manuel Aliaga Benítez
M^a Montserrat Alemay Duran
Madrid Manuel de Castro Peláez
Ángel Moreno González
M^a del Rosario Martínez Bermúdez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) se ha consolidado como una herramienta básica de información en la gestión clínica. El CMBD proporciona los datos de morbilidad y calidad de la atención hospitalaria, permitiendo comparar los resultados obtenidos entre hospitales de un mismo nivel asistencial, por lo que es necesario el máximo rigor y homogeneidad en la codificación.

OBJETIVO

Aumentar la calidad de la codificación con la CIE-9-MC de los diagnósticos y procedimientos integrantes del CMBD mediante la creación de una herramienta de control de los códigos asociados a los episodios de hospitalización.

METODOLOGÍA

Se desarrolla una aplicación informática en Access en la que se crean 40 consultas sobre el CMBD de un periodo de tiempo predeterminado, siguiendo la normativa de codificación de la CIE-9-MC, las actualizaciones publicadas en los Boletines de la Unidad Técnica de la CIE 9-MC y el Coding Clinic for ICD-9-CM.

Las consultas más significativas son:

- detección de códigos incongruentes con edad, sexo o servicio al alta.
- diagnóstico principal no válido como motivo de ingreso.
- diagnósticos secundarios con errores en la codificación a cualquier nivel (categoría, subcategoría o subclasificación).
- Procedimientos que no cumplen los criterios de selección o codificación como procedimiento principal.

- Ausencia de código E en los episodios que lo precisan.
- Necesidad de doble o triple codificación.

RESULTADOS

Se analizan un total de 21.167 episodios de hospitalización correspondientes al año 2008, detectándose un 2% de alertas que son revisadas por el personal de codificación. Un 85% de los casos precisan corrección, el resto se aceptan como válidos, y pasan a un histórico de episodios validados que les excluye de controles posteriores.

CONCLUSIONES

La aplicación permite al codificador un análisis rápido y sencillo de la calidad de la codificación del CMBD como paso previo a la utilización de herramientas de clasificación de pacientes, así como, una autoevaluación continuada de sus conocimientos.

Es una herramienta dinámica, al estar obligados a la actualización periódica de las consultas, tanto por las propias condiciones de CIE-9-MC (revisiones y actualizaciones), como por el efecto de formación continuada que esta herramienta ejerce sobre el codificador.

Digitalización de Historias Clínicas Activas: metodología y resultados

Ponentes: Agustín García Sanguino (1)
 Arturo J. Ramos Martín-Vegue (2)
 María Teresa Briega Coso (3)
 Isabel Calvo Tomeo (3)
 Laurentino Mateos García (4)
 Marta Susana Torres Magán (3)

(1) Jefe de Sección del SADC. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

(2) Jefe de Servicio del SADC. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

(3) Enfermera del SADC. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

(4) Enfermero del SADC. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de Madrid, con motivo del traslado de sus instalaciones y el uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE), elaboró un proyecto de digitalización de las historias clínicas activas en formato papel cuya metodología y resultados se presentan.

OBJETIVOS

- 1) disponer de información clínica relevante del paciente en la nueva HCE desde el primer día de traslado.
- 2) Organizar los documentos digitalizados por servicio clínico, episodio asistencial y tipo de documento.

METODOLOGÍA

1ª Elección de los tipos de documentos. Se eligieron los informes clínicos, informes de Anatomía Patológica, informes de Radiodiagnóstico, informes de exploraciones especiales, protocolo quirúrgico, hojas de especialidad y hojas de recomendaciones y cuidados de enfermería al alta.

2ª Prearranque que incluye la descarga de la tabla de episodios y de la base de datos poblacional, el cruce de ambas, la carga en el gestor documental, la creación de una estructura de carpetas jerarquizadas y la emisión de listados de historias a digitalizar.

3ª Tratamiento de la documentación que incluye desarchivado, selección, escaneado, indización, ordenación, identificación física, identificación informática y archivado de historias clínicas. 4ª Etapa de validación que incluye el control de calidad.

RESULTADOS

- 1) Se digitalizaron 89.630 historias clínicas y 970.139 documentos.
- 2) Se indexaron una media de 13,5 documentos/ historia y 3,7 documentos/episodio.
- 3) Se indexaron documentos en 261.513 episodios, con una media de 2,9 episodios/historia.
- 4) del total de documentos digitalizados el 44,5% correspondieron a informes clínicos, el 6,5% a informes de Anatomía Patológica, el 21,4% a informes de Radiodiagnóstico, el 16,9% a informes de exploraciones especiales, el 4,4% a protocolo quirúrgico, el 0,9% a hojas de especialidad, el 0,3% a hojas de recomendaciones y cuidados de enfermería al alta y el 5% a otro tipo de documentos que se añadieron a lo largo del proceso.
- 5) Un 5% de documentos preseleccionados no se indexaron al no pasar el control de calidad.

CONCLUSIONES

El modelo ha permitido 1) Integrar en la HCE el 97,4% de las historias clínicas activas en formato papel. 2) La continuidad asistencial y la integridad de los sistemas de información.

Diseño de diagrama de flujos para la gestión de la LEQ

Ponentes: **Maria Dolores Almagro Cordón**
Julia Ana Roncal Gómez
Pilar Rodríguez Manzano

Hospital de Móstoles. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Una de las actividades diarias de cualquier Servicio de Admisión es la gestión de la LEQ que comprende básicamente dos procesos; la entrada y salida de pacientes de la LEQ. Para facilitar el entendimiento de dichos procesos, la secuencia de los pasos o etapas que los comprenden y sus interacciones se propone representarlo gráficamente mediante un diagrama de flujos. de esta manera, se obtiene una visión global de los mismos y permite detectar problemas y las oportunidades de mejorar los procesos.

herramienta metodológica que de manera sencilla y clara contemple los pasos a realizar para el desarrollo de dicha actividad, ya sea para aprenderla o mejorarla.

METODOLOGÍA

Se revisa primeramente la ORDEN 602/2004, de 14 de junio, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del

Registro de Pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Se define en cada proceso la actividad que se realiza en cada paso, quién la realiza, cómo, cuándo y los registros y/o documentos que se hayan generado.

RESULTADOS

diagrama de flujos de los dos procesos que integran la gestión de LEQ (entrada y salida de pacientes de LEQ).

CONCLUSIONES

Dada la importancia que hoy en día tiene la gestión de la LEQ y dado que la gran parte de ella se realiza en el Servicio de Admisión, resulta de gran utilidad el desarrollo de una

Disponibilidad electrónica de los informes de las pruebas realizadas en centros externos

Ponentes: Julio Martín Mañas.
Manuel Aliaga Benítez
Ángel Moreno González
M^a del Rosario Martínez Bermúdez
Manuel Carbonero Aliaga
Fernando Herraiz Maestro

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Disponer de toda la información Clínica de los pacientes en la Intranet del Hospital para poder acceder a ella con la máxima seguridad, rapidez y fiabilidad es fundamental para prestar un servicio de calidad en la atención a los pacientes.

OBJETIVOS

Acceder on-line a los informes de las pruebas Técnicas realizadas en los Centros Externos, desde cualquier punto del Área XI.

Integrar toda la información Clínica de los pacientes sea cual sea el origen ó procedencia de la misma. disponer de los resultados en el Sistema de Información del Hospital.

Acceder a través de la Intranet al Historial Clínico de los pacientes.

METODOLOGÍA

Se definieron 2 protocolos, en función del formato de origen de los Informes:

Recepción en el Servicio de Admisión del Hospital de los informes de las Pruebas realizadas en los Centros Externos en soporte electrónico (CD).

Comprobación y verificación de la información de los CD's por parte del Servicio de Admisión.

Copia de la información de los Cd's en una carpeta del Servicio de Admisión para docu-

mentos en formato PDF ó en el programa específico realizado en Access para incorporar los informes con otros formatos de origen.

EL Servicio de Informática mediante un proceso automático, pasa todos los documentos de las carpetas del Servicio de Admisión, al Servidor del Hospital para indexarlos en la Base de datos del Sistema de Información Clínica.

RESULTADOS

El proyecto se inició en Julio del 2008.

Actualmente están disponibles desde la Intranet del Hospital "13.230 informes" realizados por 7 Centros Concertados. disminuye el número de solicitud de copias de informes de Resultados al poder acceder desde cualquier punto del Área XI.

Facilita el control de la actividad realizada, constituyendo un elemento más de calidad.

CONCLUSIONES

La disponibilidad de toda la información de un paciente on-line, favorece la atención a los pacientes y mejora la calidad percibida tanto de los pacientes como de los profesionales.

Agilidad en el acceso a los resultados de las Pruebas Técnicas realizadas en Centros Externos.

Es fundamental para poder llegar a disponer de la Historia Clínica Electrónica en el Hospital y su Área.

Estudio de ingresos en el AGS sur de Granada por traslado desde hospital de referencia tras realización de coronariografía o ACTP

Ponentes: M^a Mercedes López Torné
Teresa García Domínguez
M^a Luisa Martín Correa

AGS Sur de Granada

INTRODUCCIÓN

Los ingresos inadecuados producen un incremento del gasto sanitario de hospitalización, generan mayor utilización de recursos humanos y de consumo de tiempo y causan molestias al paciente.

OBJETIVO

Revisar los ingresos procedentes del hospital de referencia de pacientes que han sido enviados desde nuestro hospital con cardiopatía isquémica para pruebas diagnósticas o terapéuticas y conocer la proporción de ingresos inadecuados que podrían evitarse con una buena planificación o protocolo entre los servicios hospitalarios.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de los años 2006, 2007 y 2008, a través del CMBd, de los pacientes del Servicio de Medicina Interna con cardiopatía isquémica como diagnóstico principal códigos CIE-9 MC (410-414), trasladados desde el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada al hospital de referencia para realización de pruebas cardiológicas y que vuelven de nuevo al hospital.

En las historias clínicas de estos pacientes se han revisado: población, sexo, edad, estancias en los dos hospitales, diagnóstico principal, prueba realizada y número de vasos afectados.

CONCLUSIONES

En el estudio se comprueba que 125 pacientes son trasladados para realización de pruebas, de ellos vuelven de nuevo al hospital 33, de los que 20 permanecen solo un día en observación y se les podía haber evitado este nuevo ingreso.

Evaluación del proceso de externalización de documentación clínica en el Hospital Sierrallana

Ponentes: Ana Crespo de Santiago.
Alberto Pajares Fernández
Luis Ansorena Pool
María Luisa Gómez Echezarreta
Leticia López López
Eduardo Álvarez Díez

Hospital Sierrallana. Cantabria.

INTRODUCCIÓN

En la era informática y en el Hospital Sierrallana donde se van incorporando progresivamente los procesos a la vía digital (Analíticas, Radiología, Enfermería, Urgencias, etc) todavía miles de documentos llegan al SAdC, donde el hueco para almacenarlos escasea. Se precisó derivar cierto tipo de documentación a un Archivo Externo que los custodia en sus dependencias. Actualmente se cuenta con 150.722 Historias Activas.

OBJETIVO

Se trata de conocer si la selección de documentación remitida al Archivo Externo es la adecuada, en función de la recuperación de la misma en los próximos 3 años desde el envío, teniendo en cuenta que las expectativas eran que los movimientos fueran suficientemente bajos en términos de costes y capacidad de gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se decidió en el año 2006 remitir 281.410 Unidades de documentación Clínica consistentes en:

- 74.417 expurgos (extraídos de los episodios de hospitalización de más de un año). Se realizan por las secretarías y/o SAdC siguiendo los criterios de la Comisión de Historias Clínicas

- 134.354 historias del antiguo Ambulatorio. Al liberarse espacio se pudieron reubicar la Historias de Exitus.

- 6.817 Historias Activas de pacientes de más de 65 años o residencia fuera de Cantabria y con más de 5 años sin movimientos, que permiten eliminar los éxitos no detectados y pacientes que cambian de residencia, que se prevé que nunca volverán.

- 65.822 historias “episodios judiciales” de urgencias que son las de asistencias por causas diferentes a la enfermedad común o accidente casual y que no ingresan ni cuentan con un episodio posterior de consultas.

RESULTADOS

Se han requerido al Archivo Externo, por tipos de documentación: 47 expurgos (0,06%), principal motivo: estudios de consentimientos informados; 31 historias de urgencias (0,04%), principal motivo: estudios de investigación de los médicos residentes; 25 historias del antiguo Ambulatorio (0,01%): principal motivo: particulares; 690 historias de más de 5 años: (10,12%), principal motivo: uso asistencial 70,68% dentro del cual 77,56% fueron para atenciones ambulatorias y 22,44% por ingresos en hospitalización).

Evolución y análisis en la implantación del informe clínico de alta informatizado

Ponentes: Manuel Aliaga Benítez
 Ángel Moreno González
 Miguel Sordo González
 M^a Montserrat Alemany Durán
 Manuel Carbonero Aliaga
 Julio Martín Mañas

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el desarrollo en la Implantación del Informe Clínico informatizado de Alta, en las Unidades de Hospitalización. La implantación comenzó en Noviembre del año 2002, por las secretarías asistenciales de Hospitalización, no teniendo mucha difusión. En los últimos años y mediante un extenso programa de formación a los médicos hemos alcanzado el 100% de utilización en la mayoría de especialidades.

OBJETIVOS

Conocer la evolución en la Informatización del Informe Electrónico de Alta durante el periodo 2003-2008.

METODOLOGÍA

Todos los registros incluidos en nuestra Base de datos de Ingresos Hospitalarios y los Informes Clínicos Electrónicos de Alta de Hospitalización realizados a 31 de diciembre de 2008.

RESULTADOS

Los datos y gráficos adjuntos muestran la cobertura alcanzada en los cinco últimos años:

CONCLUSIONES

En los últimos años la evolución ha sido favorable a la utilización del Informe de Alta Electrónico por los diferentes Servicios Médicos; en parte debido a la formación de todos los médicos del Hospital en la utilización de la aplicación, en las ventajas asistenciales y en la explotación de datos, y también a la incorporación del Informe de Alta en la INTRANET del Centro para su consulta por todos los Servicios y por Atención Primaria, esta fue la definitiva consolidación en la implantación.

El Servicio de Admisión y documentación Clínica es el referente en la gestión de la información asistencial.

AÑO	ALTAS	INFORMES	%
2003	4257	2657	45,1
2004	4314	3571	76,9
2005	4206	2948	79,7
2006	4302	3036	79,3
2007	4271	3168	86,1
2008	4076	3993	97,3

Evolución de los problemas sociales notificados en el informe de alta.

Ponentes: Eugènia Sarsanedas Castellanos
Pilar Torre Lloveras
M.Teresa Castillo Gómez
Touria Louah Khattabi
Rosa Andolz Perelló
Isabel López Tolosa

INTRODUCCIÓN

El área de influencia del IMAS está formada por los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí de Barcelona (336.000 habitantes).

Los indicadores sociodemográficos de estas zonas muestran una mayor tasa de inmigración, envejecimiento e incidencia de SIDA que en el resto de la ciudad. Esto refleja una problemática social con impacto en los indicadores de salud y gestión como estancia media y frecuentación de urgencias.

OBJETIVOS

1. Identificar los principales problemas sociales notificados en los informes de alta de hospitalización de agudos nuestros hospitales.
2. determinar los servicios que notifican más estas circunstancias.
3. Identificar la evolución de los problemas sociales en nuestra población de referencia.

METODOLOGÍA

Este estudio se ha realizado mediante la explotación del registro codificado de los pacientes de hospitalización de agudos del IMAS de los años 2006, 2007 y 2008 (CMBd).

Se identifican y cuantifican los códigos CIE-9-MC V60.0 a V62.9 correspondientes a problemas sociales y se analiza la evolución de la notificación de este tipo de circunstancias.

RESULTADOS

El porcentaje de pacientes con problemas

sociales notificados ha aumentado en 2007 (5.87%) respecto el 2006 (5.55%) y en 2008 (7.29%) respecto el 2007.

Las circunstancias sociales notificadas con más frecuencia son: viven solos (42%), viven en una residencia (32%), problemas familiares (familiar enfermo -2%, ningún otro miembro que le pueda prestar cuidados -2%, familiar alcohólico -1%, otros problemas familiares -8%) y no tienen vivienda (5%).

Los servicios que notifican más los problemas sociales en sus informes de alta son: Geriátrica (en el 32.42% de sus altas), Psiquiatría (27.31%), Unidad de soporte a las urgencias médicas (17.21%), Medicina Interna (16.88%), Enfermedades Infecciosas (16.30%), Toxicomanías (12.98%), Endocrinología y Neurología (12.64%).

CONCLUSIONES

1. El porcentaje de pacientes con problemática social y potencial impacto en la gestión del proceso asistencial ha aumentado significativamente. Cabe la posibilidad de una mayor sensibilidad al respecto que condicione un incremento en la notificación.
2. Los servicios que notifican más son Geriátrica, Psiquiatría, Medicina Interna e Infecciosas, Toxicomanías y Urgencias.
3. Se plantea estudiar el impacto de estos problemas en los indicadores de gestión clínica como una línea de trabajo de futuro.

Evolución del coste medio de medicamentos por GRD en el hospital de la merced durante los años 2006 a 2008

Ponentes: Fco. Javier Irala Pérez
Enrique Gordillo Rueda
José Luis Guerrero Guerra
Rocío Asensi Díez
Manuel Cámara Mestre

Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

OBJETIVO

Analizar la evolución del Coste Medio - GRDs entre los años 2006-2008. Metodología.- Se utilizan los CMBd 2006 - 2008 agrupados con 3M CASE-MIX v4.9 AP-GRd v23.0 y el Sistema de distribución de Medicamentos en dosis Unitarias (Unidosis). Se seleccionan GRDs de Cardiología (121, 122, 127 y 140), digestivo (204, 208 y 585), Neumología (87, 89 y 541), Obstetricia (371, 372 y 373) y Traumatología (209 y 818) por: Número de episodios representativos y dispensación por Unidosis. Excluimos GRDs cuya fecha ingreso y alta no coinciden con la de unidosis. Para cada GRd se ha empleado la Metodología de Muestreo de Aceptación por Lotes, utilizado en estudios de monitorización de calidad (Grado de cumplimiento 85% - error alfa 0,0456). Los medicamentos se contabilizan en dosis diarias definidas (ddd) y % de pacientes tratados por GRd. Resultados.- En GRDs de Cardiología destaca un aumento del coste medio en los GRDs 121 y 140 y un descenso en los GRDs 122 y 127, debido a variaciones en el consumo de antibióticos y HBPM. En los GRDs de digestivo la reducción del consumo de antibióticos de amplio espectro por otros de espectro mas reducido, así como un menor empleo de nutrición parenteral (NP), unido a la reducción de costes por el empleo de genéricos y fabricación propia de la NP, ha reducido el coste medio. El GRd de Neumología, tiene un fuerte incremento del coste medio debido al empleo de antibióticos de amplio espectro y de aerosolterapia con ipratropio y/o budesonida. En el GRd 371 de Obstetricia se ha

producido un incremento de costes debido al mayor consumo de gammaglobulina anti-d. En Traumatología el descenso del coste medio de los GRDs se debe al empleo de antibióticos y analgésicos protocolizados. Conclusiones.- El coste medio de los GRDs 121, 140, 87, 541, 371, 372 y 373 se ha incrementado de 2006 a 2008. El empleo de antibióticos de amplio espectro frente a los de espectro mas reducido, aerosolterapia y gammaglobulina anti-d, en su caso, contribuye a aumentar el coste medio de algunos GRDs, frente a antibióticos, HBPM y analgésicos protocolizados que lo disminuye.

Funcion de la unidad de codificación diagnóstica en el Registro Gallego de Tumores (REGAT). Nuevas vías de colaboración

Ponentes: Gloria Rey García (1)
Pilar Mosteyrin Salgado (2)
Jorge Suanzes Hernández (3)
Margarita Castro Bernárdez (4)

(1) C.H.U. de Vigo. Pontevedra
(2) Área Sanitaria Ferrol. A Coruña
(3) Consellería de Sanidade, Santiago de C. A Coruña
(4) Dirección Xeral de Saúde Pública, Santiago de C. A Coruña

INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha de un “único” Registro Gallego de Tumores implantado en la comunidad antes del 2010, hace imprescindible establecer una estructura organizativa que mantenga y apoye a todos los procesos de registro, clasificación, auditoría y análisis de datos, derivados tanto de la puesta en marcha, como de su mantenimiento.

OBJETIVOS

Codificación

Implica obligatoriamente manejo de sistemas de codificación dentro de la organización.

Mantenimiento del registro

Registro concebido con alto grado de automatización, aprovecha ventajas fundamentales de los Sistemas de Información Hospitalarios Gallegos.

Supervisión y Auditoría

Tareas de mantenimiento llevadas a cabo desde los centros hospitalarios.

Seguimiento y evolución de REGAT

Análisis del nivel de uso adoptando medidas correctivas y adaptativas.

Coordinación y gestión del proyecto

Procedimientos y circuitos ágiles de trabajo que den soporte a los diferentes procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio de situación inicial
- definición del marco estratégico del proyecto
- Sesiones técnicas de definición de requerimientos
- Elaboración documentación definición de REGAT

RESULTADOS

Incorporación del médico responsable de codificación en tareas de supervisión, auditoría y mantenimiento de codificación velando por calidad y análisis de datos.

designación Responsable Operativo del REGAT en cada hospital y su respectiva inclusión en el Comité de Tumores. Obtención de indicadores relevantes para un sistema de registro de tumores mediante sistema de explotación de datos integrado en la arquitectura de sistema de análisis complejo (SIAC,s) ya implantado en la organización. REGAT implantado en hospitales públicos de Galicia en 2010.

CONCLUSIONES

REGAT potencia métodos de recogida automática de datos sobre tumores, aprovecha situación privilegiada del sistema de información sanitario gallego:

- Aplicaciones corporativas comunes a todos los centros del sistema sanitario (Anatomía Patológica, CMBd, Farmacia, Listas de espera, Consultas externas, Quirófanos,.....) así como registros específicos como Registro de Mortalidad, Programa Gallego de detección Precoz de Cáncer de Mama.

- Identificación única del paciente a través de base de datos poblacional de Tarjeta Sanitaria.

Nueva vía de colaboración del responsable de codificación en apoyo a la normalización de la información clínica.

El sistema REGAT, se concibe como un sistema “único” capaz de dar respuesta a necesidades de la gestión asistencial, investigación, planificación y vigilancia epidemiológica.

Gestión de la cita en un hospital de día Hemato-Oncológico

Ponentes: Montse Alemany Durán.
Ángel Moreno González
Julio Martín Mañas
Miguel Sordo González
Manuel Aliaga Benítez
Manuel Carbonero Aliaga

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de día de Hematología del Hospital Universitario 12 de Octubre consta de 8 puestos en horario continuado de 10h diarias. En el año 2008 se atendieron 4.325 tratamientos. Proporcionar la cita a los pacientes en dicha Unidad, facilita la gestión tanto de los profesionales del Servicio como de la dirección del Centro así como mejora la calidad en la atención a los pacientes.

OBJETIVOS

Proporcionar la cita adecuada y óptima a todos los pacientes que requieren un tratamiento Hemato-Oncológico.

METODOLOGÍA

Análisis de la Situación Inicial.
Reuniones con los Responsables y todo el personal implicado del Servicio de Hematología. definición de las prestaciones. Creación de la Agenda. Formación.
Período de Pruebas y Puesta en Marcha en datos reales.

RESULTADOS

Una sola Agenda con ocho horarios. Un solo listado de trabajo para 8 sillones. Las prestaciones se definen atendiendo a los procedimientos que se realizan y a la duración de los mismos.

CONCLUSIONES

Reducción en los Tiempos de espera, lo que conlleva a aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

Permite la Gestión tanto de los Recursos Humanos como Asistenciales. Planificación en el Suministro de Tratamientos del Servicio de Farmacia.

Cálculo del consumo de todos los Recursos permitiendo poder obtener los Productos Finales.

Gestión de consultas externas en la unidad de admisión; representación mediante diagrama de flujos.

Ponentes: Julia Ana Roncal Gómez
Pilar Rodríguez Manzano
Maria Dolores Almagro Cordón

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los diagramas de flujo ó flujogramas para la gestión de las consultas externas de un servicio de admisión, permiten describir gráficamente las secuencias de los distintos pasos del proceso, favoreciendo la comprensión del mismo.

Se define proceso como el conjunto de actividades ó eventos que se realizan ó suceden con un fin determinado.

La creación del diagrama de flujo es una actividad que agrega valor, pues el proceso que representa está ahora disponible para ser analizado, no sólo por quienes lo llevan a cabo, sino también por todas las partes interesadas que aportarán nuevas ideas para cambiarlo y mejorarlo.

METODOLOGÍA

El material de estudio revisado para el trabajo han sido tres procesos que forman parte de la actividad diaria de un servicio de admisión:

- La gestión de la estructura de las agendas
- La modificación de la planificación habitual de las mismas
- Y la gestión de una cita

Para la realización de los diagramas de flujo de estos procesos se ha hecho necesario revisar los objetivos, el origen y resultados de cada proceso, identificar el conjunto de actividades incluidos en el proceso y su orden cronológico, así como los puestos de trabajo donde se realizan.

RESULTADOS

Los resultados son la creación de los diagramas de flujo de los tres procesos estudiados.

CONCLUSIONES

La utilización de los diagramas de flujo son una herramienta valiosa para la mejora de procesos en los sistemas de gestión, puesto que:

- Favorecen la comprensión del proceso etapa a etapa capacitando a las personas que realizan esas tareas al mostrarlo como un dibujo
- Permiten detectar las actividades que agregan valor y las que son innecesarias.

Gestión electrónica de la Solicitud de Ingreso Urgente

Ponentes: Manuel Carbonero Aliaga
Ángel Moreno González
Manuel Aliaga Benítez
M^a Montserrat Alemany Durán
Miguel Sordo González
Julio Martín Mañas

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La problemática del Área de Urgencias tiene su origen en el conjunto del Centro Hospitalario y se plasma también en él. Por tanto la solución debe abarcar a la globalidad. En este contexto, surge la necesidad de elaborar y gestionar las solicitudes de ingreso procedente de urgencias, según las conclusiones de un Grupo de Trabajo multidisciplinar, mediante una aplicación informática para agilizar los trámites administrativos y mejorar la gestión y asignación de la cama más adecuada a las necesidades de los pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo de la gestión electrónica de la solicitud u orden de ingreso (OI) es poder asumir el incremento de ingresos desde Urgencias con el mínimo tiempo posible y sin tiempos muertos que puedan demorar un ingreso urgente decidido o cierto.

METODOLOGÍA

Para ello, la Comisión de dirección toma la decisión de formar un Grupo de Trabajo y analizar el circuito de los ingresos procedentes de la urgencia, así como las posibles soluciones a las demoras existentes en dichos ingresos y/o traslados a otros Centros Sanitarios.

El grupo de trabajo está compuesto por un equipo multidisciplinar. El primer día se analizan las debilidades del Circuito de Ingresos Urgentes, a la semana siguiente cada miembro del grupo envía por correo electrónico sus "Propuestas de Mejora" para cada punto analizado y posteriormente en tres sesiones de trabajo presencial se toman los acuerdos del

Grupo de Trabajo, que una vez analizados y debatidos se traducen en la puesta en marcha de la OI electrónica.

RESULTADOS

1. El médico de urgencias decide que un paciente necesita ingreso hospitalario y cursa la Orden de Ingreso (O/I). Esta se realiza en la Historia Clínica Electrónica (HCE).
2. Se formaliza un grupo de trabajo integrado por la Coordinación de Urgencias y el Servicio de Admisión para elaborar el circuito de la O/I informatizada. Con ello se mejora la gestión y se disminuyen los tiempos muertos.
3. La HCE resalta el Área Sanitaria del paciente. El médico de Urgencias pone especial cuidado en la referencia entre Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
4. Se agilizan las altas de hospitalización al tener mejor información.
5. Se mejoran los traslados de pacientes a centros concertados/apoyo.
6. Mejora la información a familiares por parte del Servicio de Información de Urgencias.

CONCLUSIONES

Mejora cualitativa y cuantitativa de la gestión de ingresos procedentes del área de urgencias de nuestro Hospital. Unificación de criterios de actuación ante problemas planteados en relación con el ingreso urgente.

Ha supuesto una mejora sustancial en la calidad del trabajo realizado por el servicio de admisión y documentación clínica, así como un avance importante para obtener información sobre los ingresos y la coordinación de traslados a centros de apoyo.

Impacto de la normativa de codificación en el CMDB del servicio de neumología de un hospital terciario

Ponentes: Estefanía Toledo Atucha.
Idoia Azcona Mendía
María Aldareguía Ernet
Iosune Abaurrea Arroyo
Celia Huarte Guillén
Blanca Salcedo Muñoz

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

En el boletín número 26 de octubre de 2006 de La Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud se introdujo un cambio de norma para la codificación de las altas de pacientes con patología respiratoria y fracaso respiratorio.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la normativa de octubre de 2006 sobre las altas de pacientes del Servicio de Neumología en el Hospital Virgen del Camino, hospital terciario del área sanitaria de Pamplona.

METODOLOGÍA

Se compararon las altas hospitalarias del Servicio de Neumología registradas en el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMdB) del centro de los años 2005 y 2007 referentes a la patología respiratoria. Se compararon los porcentajes de los GRD 087 y 541. Concretamente, se compararon los porcentajes de las altas observados en ambos periodos con los correspondientes porcentajes de altas de las normas a esos años y los porcentajes de altas observados en ambos periodos entre sí.

RESULTADOS

En el año 2005, el GRD 087 se observó en el 1,48% de las altas del Servicio de Neumología, porcentaje que era un 10% inferior al de la norma; el GRD 541 supuso el 33,45% de las altas, lo que suponía un incremento del 130% respecto a la norma.

En el año 2007, los GRD 087 y 541 se observaron en el 28,34% y 11,68% de las altas, respectivamente, porcentajes que fueron un 581% superior y un 4% inferior a la norma de 2007.

Respecto a 2005, el porcentaje de altas con el GRD 087 se multiplicó por 19 mientras que el porcentaje de altas con el GRD 541 disminuyó en un 65%.

CONCLUSIONES

Se observó un gran cambio en los porcentajes de altas del Servicio de Neumología de los GRD 087 y 541 entre los años 2005 y 2007, lo que pone de relieve el impacto del cambio en la norma introducido en 2006.

Impacto de la tuberculosis sobre la hospitalización urgente en un hospital universitario (2002-2006)

Ponentes: Paula Asensio Villano
Juan Antonio Vicente Vírveda
Raúl López Izquierdo

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis (TB) es un problema de salud pública mundial, causando una gran morbi-mortalidad, con el consiguiente consumo de recursos sanitarios. La implantación de programas de prevención y control de la TB contribuye a una disminución de su coste social.

OBJETIVOS

Conocer la repercusión real de la TB sobre la hospitalización urgente a través de indicadores clásicos de hospitalización, tanto cuantitativos como cualitativos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se dispuso de los CMBd de hospitalización del 2002-2006 de ellos se seleccionaron las altas con ingreso urgente (tipo 1) y de éstas las que presentaban una TB activa a través de la presencia de las categorías diagnósticas de la CIE-9- MC de 010-018.

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo con cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y de proporciones para cualitativas.

RESULTADOS

de 77.939 altas con ingreso urgente (72,14 %) el 0,22 % (172) presentaban una TB activa. Porcentaje que va disminuyendo pasando del 0,29 % en 2002 al 0,14 % en 2006. Suponiendo el 0,45 % del total de estancias. La razón de masculinidad fue de 0,84 en los ingresos urgentes y de 1,83 en las altas con TB. La Em de

las TB fue de 15,53 (dS 15,81), siendo de 15,78 (dS 14,65) en varones y de 15,07 (dS 17,89) en mujeres. Alcanzando valores muy diferentes a lo largo de los años en el caso de las mujeres. Por tipo de alta 148 (86,05 %) fueron a su domicilio, 6 (3,49 %) traslados, 3 (1,74 %) altas voluntarias y 15 (8,72 %) éxitos. destacando el 11,67 % de éxitos entre las mujeres. No existiendo diferencias en cuanto a la comorbilidad medida como media de diagnósticos secundarios/alta. Siendo patología correspondiente al capítulo V (19,35 %) la más frecuente en varones y del VII (14,44 %) en las mujeres, excluidos códigos V y E.

CONCLUSIONES

La Em de la TB urgente, aunque superior a la Em del hospital, fue ligeramente inferior a la obtenida en otros estudios, presentando una gran variabilidad entre las mujeres.

La mortalidad fue mayor entre las mujeres aunque la afección sea preferentemente de varones.

Implantación de una estrategia de mejora entre la administración sanitaria y la administración de justicia

Ponentes: María Pilar Jiménez Carnicero
José Ramón Castro Duarte

(1) Sección de documentación y Archivo de Historias Clínicas. Centro de Consultas Príncipe de Viana. Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria. Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

INTRODUCCIÓN

Las solicitudes judiciales de documentación clínica que llegan a los centros hospitalarios del Servicio Navarro de Salud de Pamplona se centralizaron en la Subdirección de Centro de Consultas Príncipe de Viana, con el objetivo de agilizar el procedimiento, homogeneizar los criterios de actuación y proporcionar una mayor protección de los derechos tanto de los pacientes como de los profesionales. Una vez establecido el circuito se observaron una serie de incidencias a mejorar.

OBJETIVO

Elaboración de una guía práctica de actuación jurisdiccional para la solicitud de información contenida en la historia clínica.

METODOLOGÍA

Revisión de las solicitudes de documentación recibidas e identificación de deficiencias. Elaboración de un documento de propuesta con criterios de solicitud desde la Administración Sanitaria. Reunión entre responsables de la Administración Sanitaria y la Administración de Justicia. Establecimiento de un consenso y de un documento de propuesta conjunto. Aprobación del acuerdo en Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de las instrucciones relativas a la solicitud de documentación clínica. Comunicación de las medidas adoptadas a los diferentes órganos judiciales. Se dejó abierta la posibilidad de establecer posibles mejoras en la comunicación entre la Administración Sanitaria y la Administración de Justicia

RESULTADOS

La propuesta de la Administración Sanitaria recoge una serie de especificaciones referidas a los siguientes bloques de datos: datos administrativos de identificación del paciente: nombre y apellidos del paciente, fecha de Nacimiento, dNI o pasaporte, número de la seguridad social; datos relacionados con la asistencia al paciente: centro y servicio en el que fue atendido, fecha de la asistencia; tipo de documentación solicitada: informes médicos, informes de exploración, analíticas.

CONCLUSIONES

Esta guía ha facilitado la cumplimentación de las solicitudes, la valoración inicial ha sido positiva, aunque se tendrá que seguir evaluando para comprobar que se cumplen los criterios. La colaboración entre las Administraciones contribuye a facilitar las relaciones y al establecimiento de mejoras en la prestación de servicios, continuando abierto a nuevas aportaciones.

Informatización y gestión de los justificantes de asistencia

Ponentes: Ángel Moreno González
Ángel Muñoz García
Manuel Aliaga Benítez
Miguel Sordo González
M^a Montserrat Alemany Durán
M^a Rosario Martínez Bermúdez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La emisión de justificantes de asistencia a pacientes, a petición de éstos o sus familiares, se solicitan con una alta frecuencia. La elaboración de los mismos adolece de un procedimiento uniforme, ágil, mecanizado y con relación directa a las bases de datos que sean necesarias para contrastar con rapidez los datos que se certifican. Por otra parte, se plantean con alguna frecuencia problemas de quien y donde se emiten los citados justificantes.

En virtud de estas consideraciones, se desarrolla y aprueba un procedimiento de elaboración de Justificantes de asistencia, un procedimiento que pretende ser homogéneo, ágil, fehaciente y mecanizado, que mejore la accesibilidad de los justificantes a los pacientes y familiares, asegurando la rapidez de su expedición, al tiempo que la veracidad de su contenido.

OBJETIVOS

El objetivo de la gestión electrónica del justificante de asistencia es poder asumir el incremento de de la emisión de los mismos con el mínimo tiempo posible y asegurando la veracidad de los mismos.

METODOLOGÍA

En aplicación de lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, al tratarse de datos especialmente pro-

tegidos, resulta de aplicación esta normativa a la hora de la emisión del justificante de asistencia. En base a esta normativa, el enfermo deberá rellenar a su ingreso el documento que se adjunta como Anexo I, en el que autorizará a familiares y/o personas a los que desee se haga entrega del justificante de asistencia, así como denegar la emisión de los mismos.

RESULTADOS

1. Facilita el acceso de los pacientes y familiares a los justificantes de asistencia
2. Unifica el modelo de su emisión
3. Agiliza la elaboración de los justificantes
4. Garantiza la fiabilidad de los datos certificados en los mismos
5. Establece las competencias para su emisión
6. Acredita la responsabilidad de la emisión

CONCLUSIONES

Mejora cualitativa y cuantitativa en la emisión de justificantes de asistencia de nuestro Hospital. Unificación de criterios de actuación y cumplimiento de las normas con relación a la protección de datos de carácter personal.

Integración de la petición y visualización de los resultados analíticos en la Historia Clínica Electrónica de Orión-Clinic

Ponentes: Cristina Haya Fernández (1)
David del Monte Delgado (1)
Nuria Estany Capell (1)
Carlos Monter (2)
Francisco Soriano Pérez-Chirinos (1)
Ramón Romero Serrano (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset y Centro de Especialidades Monteolivete. Valencia .

(2) (Everis. 46015-Valencia)

INTRODUCCIÓN

El Hospital Universitario dr. Peset es el hospital de referencia del departamento de salud número 10 de la Comunidad Valenciana. Atiende a una población de 377.577 habitantes, y es el “Centro Piloto” en la implantación de la historia clínica electrónica de la aplicación Orión-Clinic.

Uno de los retos de la Unidad de documentación Clínica y Admisión de este hospital, como responsable de la implantación de esta aplicación es permitir la integración de la petición y visualización de los resultados analíticos en dicha historia electrónica.

OBJETIVO

Implantación de la petición y visualización de los resultados analíticos desde la historia electrónica de Orión-Clinic

METODOLOGÍA

La integración entre Orión-Clinic y el laboratorio de Bioquímica se realiza mediante el estándar de mensajería HL7 2.5, utilizando como motor de integración el sistema Rhapsody.

Esto permite al médico realizar la petición analítica tanto urgente como ordinaria desde Orión-Clinic, utilizando un sistema de checks y perfiles que sustituye al volante de papel.

Una vez realizada la petición ordinaria, llega a un listado de extracciones desde el cual el ser-

vicio de enfermería imprime una solicitud con etiquetas para identificar los tubos y realiza la extracción.

Al realizar el médico una petición urgente se imprime la petición automáticamente y se entrega al servicio de enfermería para que identifique la misma y los tubos con unas etiquetas preimpresas proporcionadas por el laboratorio.

Los resultados se integran en Orión-Clinic y se visualizan desde el visor de historia clínica, pudiendo desde el mismo ver la analítica en su totalidad o la evolución de un valor en concreto.

RESULTADOS

Implantación de la petición y visualización de los resultados analíticos desde la historia electrónica de Orión-Clinic.

CONCLUSIONES

La petición electrónica y la integración de los resultados de la analítica en la historia clínica electrónica agilizan la labor del profesional sanitario, permitiendo la visualización de resultados en un tiempo menor de espera al evitarse todo el proceso anterior de registro de tubos en el propio laboratorio.

Permite a su vez, la racionalización del volante electrónico de peticiones y la construcción de protocolos específicos en el mismo.

La accesibilidad de la documentación clínica y su medida en un hospital comarcal

Ponentes: Ana Tapia Gutiérrez
Andrés Posada Carlos
Julio González-Outon Velásquez

Hospital de la Línea de la Concepción. Cádiz.

INTRODUCCIÓN

La importancia de la historia clínica en la relación médico-paciente es incuestionable. La historia clínica define la historia clínica como el documento fundamental y elemental del saber médico, donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico, para obtener el diagnóstico, tratamiento y la posible curación de su enfermedad. Debido a ello, el paciente suele requerir cada vez con más frecuencia parte o la totalidad de su historia clínica para distintos fines. El archivo tiene como objetivo propio atender las peticiones del usuario en menos de 10 días.

OBJETIVO

Nos proponemos monitorizar el tiempo de respuesta del archivo ante la demanda de información por parte del usuario.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio corresponde al año 2008 recogiendo una muestra de 197 peticiones de documentación clínica entre los meses de abril y diciembre. Dichas peticiones fueron solicitadas siguiendo el reglamento de la historia clínica del hospital, debiéndose contestar al usuario en menos de 10 días y respetando criterios de la Ley 41/2002.

RESULTADOS

de las 197 solicitudes se resolvió el 98.18% contestando al usuario en un tiempo medio de 4.97 días entre la recepción de la solicitud hasta la entrega al solicitante.

La respuesta media del archivo es de 4,04 días y la contestación del responsable de documentación médica es de 0.5 días. El porcentaje de resolución en menos de 10 días se cumple en el 89.41%. La principal causa de que el 10,5% de las peticiones se retrasen es debido a la petición de informe al médico responsable de la atención.

CONCLUSIÓN

- El archivo ha logrado en los últimos meses responder satisfactoriamente a las demandas del usuario de manera más efectiva desde que registramos las peticiones y los tiempos.
- Es necesario por parte del hospital adoptar medidas para mejorar los tiempos en la realización de informes médicos.

La influencia de la calidad de la codificación sobre los indicadores de seguridad de pacientes obstétricos en España

Ponentes: Patricia Oliva Serrano
Iria Rodríguez Cobo
Rafael Mas Gómez

IASIST

INTRODUCCIÓN

Los Indicadores de Seguridad de Pacientes -ISP- de la AHRQ, calculados a partir de bases de datos administrativas hospitalarias, nos permiten evaluar y comparar de forma sistemática la calidad de la atención al paciente.

OBJETIVOS

debido a que los ISP se basan en la codificación de diagnósticos secundarios, pretendemos determinar la sensibilidad de estos indicadores a la calidad y exhaustividad de la codificación estudiando los ISP obstétricos (traumatismos obstétricos) de tres hospitales españoles (Hospital A, B y C).

METODOLOGÍA

Mediante el software Clinos. Cal (versión 2.1, IASIST) se analizaron las altas de hospitalización extraídas del CMBd (años 2006 y 2007) de los tres hospitales por separado, excluyendo outliers (casos con estancias superiores a 180 días). Se utilizaron las versiones CIE 2002 y GRd AP 21.0. Como proxys de la calidad de la información utilizamos el número de diagnósticos por alta y la tasa de partos de alto riesgo de cada hospital comparándolos con valores de referencia por nivel de hospital establecidos por IASIST.

RESULTADOS

El Hospital A, de nivel II (Hospital General Mediano), que no presentó traumatismos obstétricos, tiene un promedio de diagnósticos por alta muy inferior a la norma (2,2 frente a 3,2 diagnósticos por alta). El Hospital B, de

nivel IV (Hospital docente), casi dobla el porcentaje de parto de alto riesgo de la norma, presenta unos resultados de ISP elevados y un promedio de diagnósticos por alta bastante superior a la norma (4,8 frente a 4,2 diagnósticos por alta). En este hospital se observa además un incremento significativo en los indicadores analizados del año 2006 al 2007. El Hospital C, también de nivel IV, presenta unos resultados intermedios con unas tasas de traumatismos obstétricos moderadas y un porcentaje de partos de alto riesgo y de diagnósticos por alta similares a la norma.

CONCLUSIONES

Estos resultados nos sugieren que el papel de la codificación tanto cualitativamente como cuantitativamente es muy importante para obtener resultados fiables en cuanto a Indicadores de Seguridad de Pacientes. La calidad de la codificación es imprescindible para utilizar estos indicadores como medidas de evaluación y prevención en la Seguridad de Pacientes.

Lo que nos encontramos en la Historia Clínica

Ponentes: María Pilar Jiménez Carnicero
Maite Oiarbide Amillano
Ángel María Esparza Sádaba

Sección de documentación y Archivo de Historias Clínicas. Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria. Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

INTRODUCCIÓN

Nuestras historias clínicas están archivadas en sobres separados: radiografías/papel. Ocasionalmente nos encontramos elementos ajenos a la práctica asistencial.

OBJETIVO

Describir el contenido no asistencial encontrado en la historia clínica en los últimos dos años.

METODOLOGÍA

Dicho contenido ha sido descubierto de dos formas: 1. durante el registro informático de las historias devueltas mediante lector óptico -la manipulación manual detecta "objetos extraños"- 2. Al realizar un expurgo de documentación.

RESULTADOS

Hemos encontrados los siguientes objetos: Impresos: listado de pacientes por horas, etiquetas antiguas, dossier de plástico con impresos de consentimiento informado, sobres vacíos, volantes de petición de historias, artículos de revista -ajenos al proceso asistencial-, fichas informativas de evaluación terapéutica a nombre de varios médicos, programas de congresos, invitación a una charla sobre GRd's, publicidad de industria farmacéutica, recetas médicas de pensionista/activos pertenecientes a distintos facultativos, listado de guardias, carta de solicitud de rotación de MIREs, Newsletter nº 4, estatutos de una asociación clínica, propaganda sindical, boletín informativo de una asociación con impresos de delegación de voto, encuestas en blanco, diccionario rumano-español, hoja de franqueo en destino, noticias

de Internet, documentación del contrato de arrendamiento de un inmueble, lista de personas perteneciente a una parroquia, menú de un restaurante, factura de taxis, tarjeta de horario de autobuses, entradas de circo. documentación personal: dNI, tarjetas sanitarias, pulsera de identificación personal de ingreso. Audio: Cds sin contenido clínico. Material: agujas, frascos de formol, tubos de recogida de orina, válvula de drenaje de orina, manguito de goma para sacar sangre, vendas, impermeables. Medicamentos: envases de todo tipo, cajas vacías, listados y recortes que aporta el paciente. Objetos personales: reloj de pulsera, gafas, llavero con llaves, fonendoscopio. Otro material: cartuchos de caza, balas, Perdigones, cálculos de riñón-vesícula, pinza de madera, bolígrafos.

CONCLUSIONES

Los objetos detectados reflejan cierto descuido entre el personal que utiliza la historia clínica. Es necesario mayor esmero y atención en el manejo de la documentación por parte de los profesionales, así como analizar las causas de tanta dejadez. Los objetos no son reclamados. Según su naturaleza se devuelven al peticionario de la historia o al Servicio de Atención al Paciente.

Maltrato: del registro en papel al registro electrónico

Ponentes: M^a Teresa Castillo Gómez
Eugenia Sarsanedas Castellanos
Pilar Torre Lloveras
Teresa Morillo Peleato
Rosa Andolz Perelló
Lluís Majó Barberí

Comisión Técnica de Atención al Maltrato - IMAS.

INTRODUCCIÓN

Siendo el maltrato un problema de salud y su detección un objetivo del plan de salud de Cataluña, se crea en Octubre de 2002 en el IMAS (Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona) la Comisión Técnica de Atención al Maltrato.

Entre los objetivos de la Comisión se describen los procedimientos y protocolos a seguir en caso de maltrato de género, infantil o del anciano.

El registro de casos se inicia en Junio de 2003 con un documento denominado Mapa Anatómico para cada uno de los tipos de maltrato. Posteriormente, en el servicio de documentación, se codifica con CIE-9-MC el tipo de maltrato, lesiones, comorbilidades y circunstancias sociosanitarias del episodio de maltrato. desde el año 2008 este documento está totalmente informatizado en la historia clínica electrónica del IMAS: IMASIS.

OBJETIVO

- Describir los cambios del registro de los maltratos del formato papel al registro electrónico.
- Identificar las ventajas del registro electrónico vs el registro papel.

MÉTODO

Para realizar la comparación del registro papel al registro electrónico hemos seleccionado los mapas anatómicos del maltrato de violencia de género. En la primera pantalla, al igual que en el documento en papel, se registran la detección del

maltrato, los factores de riesgo, y las características de la lesión.

En la segunda pantalla se realiza una breve descripción de la exploración física, la localización anatómica de las lesiones.

La cumplimentación del mapa se realiza básicamente mediante “check box” y una mínima transcripción para las descripciones de la exploración, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS

- Registro totalmente legible e identificable
- Accesible por los profesionales autorizados en el proceso de atención del maltrato desde el momento que se genera en la historia clínica electrónica, independientemente del centro asistencial.
- Totalmente recuperable con solo 3 clics.
- Recuperación automática en su totalidad por el servicio de documentación para su posterior codificación.

CONCLUSIONES

- Se ha mejorado el registro y la recuperación del mapa anatómico en un formato electrónico en tiempo real.
- Mejora la accesibilidad y la confidencialidad de los mapas anatómicos.

Metodología del cambio: fase de preimplantación para cambiar a historia clínica electrónica en un centro hospitalario

Ponentes: María Begoña Curiel Iglesias (1)
Adelaida González Gómez (2)
María José López Cabanas (3)
Raquel López-Reneo (4)
Carmen Vilchez Perdigón (5)
Gema Rodríguez Rumayor (6)

(1) Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas. Ciudad Real.
(2) Complejo Universitario de Albacete. Albacete
(3) Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Toledo.
(4) Dirección General de Atención Sanitaria del SESCAM. Toledo.
(5) Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Toledo.
(6) Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real.

INTRODUCCIÓN

La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) lleva consigo un proceso de gestión del cambio para adaptar las estructuras existentes en los centros hospitalarios, que se puede planificar en tres fases: preimplantación, migración y postimplantación. Consideramos que el planteamiento adecuado de la primera fase es fundamental para el desarrollo de las siguientes.

OBJETIVO

Diseño y desarrollo de la metodología de la fase de preimplantación de la HCE para minimizar el impacto de las fases posteriores.

MÉTODO

Descripción de la fase de preimplantación realizada en el Hospital Gutiérrez Ortega, de Valdepeñas, de febrero a de junio de 2008, fecha en la que se realizó la migración del gestor de pacientes, del programa HP-HIS1, al nuevo sistema de información.

Se realizaron:

- 1ª definición del Grupo director y los Grupos de Procesos
- 2º depuración del Fichero Maestro de Pacientes
- 3º Actuaciones sobre el gestor de pacientes y los sistemas de información, sobre las personas y la organización y sobre los recursos técnicos.

RESULTADOS

- 1º. En cuanto a las actuaciones sobre el gestor de pacientes y los sistemas de información: pruebas de consistencia y validación de la base de datos, normalización y determinación del alcance del arranque.
- 2º. Sobre las personas y la organización: actuaciones sobre el personal del centro, rediseño de circuitos y el plan de comunicación.
- 3º. Recursos técnicos: revisión de la dotación de hardware, software y comunicaciones e integración de aplicaciones externas.

CONCLUSIONES

- 1ª. Se demuestra imprescindible la coordinación y liderazgo de los grupos de gestión del cambio.
- 2ª. Contra el rechazo inherente al cambio se demuestra fundamental la información y la formación.
- 3ª. Protocolización de las actuaciones
- 4ª. Incorporación de los servicios clínicos
- 5ª. La normalización de los sistemas de información ayudará a evitar la variabilidad entre los diferentes centros hospitalarios.

Morbimortalidad y costes de hospitalización por tuberculosis en España

Ponentes: Gloria Rey García
Ana Mediero Dominguez
Julio Montes Santiago

C.H.U. de Vigo. Pontevedra

INTRODUCCIÓN

En España la evaluación de programas de control de Tuberculosis (TB) muestra importante subnotificación e incidencia real superior al resto de países de nuestro entorno. Hay pocos datos en nuestro país sobre motivos de hospitalización y retraso diagnóstico en estos pacientes. Recientemente se ha comunicado que en 2 de cada 3 pacientes con diagnóstico ulterior confirmado, éste no se sospecha al ingreso.

OBJETIVOS

Evaluar la situación actual de la hospitalización por TB en España, utilizando diversas fuentes de información (Encuesta de Morbilidad hospitalaria (EMH del INE), CMBd del SNS). Se realiza además una valoración de sus costes en el período 1999-2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de las altas en los GRd correspondientes a TB (705,709,711,798,799,800 y 801) y sus costes hospitalarios en el SNS. dichos costes se calculan multiplicando nº de casos en cada GRd por el coste proporcionado por el Ministerio de Sanidad (MS)(última actualización: 2005). Para 2006 se añadió a cada GRd un 0,03% de inflación anual. Para el cálculo del coste global (intra y extrahospitalario) de pacientes hospitalizados se asumió que estas supusieron el 70% del gasto global. El gasto sanitario público para España se obtuvo del Avance del Informe del Gasto Real 2002-2006 del MS.

RESULTADOS

Se observó que las hospitalizaciones cuantificadas por GRd supusieron 79,6% de las obtenidas por EMH. (44353/55750) y por tanto se añadió un 20% de coste adicional al obtenido por GRd. Hubo disminución significativa en hospitalizaciones totales (-25%); tuberculosis/infecciónVIH (-8,7%) y letalidad (-0,5%, NS). Existió decremento de costes absolutos hospitalarios y globales (de 31,3 a 30,8 y de 40,6 a 40,0 millones €) y relativos respecto a costes hospitalarios y globales (de 0,21 a 0,10% y de 0,15 a 0,07%).

CONCLUSIONES

Existe progresiva disminución en hospitalizaciones y mortalidad por tuberculosis pero aún representan considerable carga económico-sanitaria en España. debido al decalaje observado entre casos cuantificados por GRd y EMH es necesaria una combinación de datos de ambas fuentes para aproximarse más fidedignamente a la incidencia real. disponer de estadísticas actualizadas y asequibles de hospitalización es una herramienta valiosa para afrontar de forma adecuada dicho problema.

Neoplasias de mama en el complejo asistencial de Ávila. Año 2008

Ponentes: Florentina María Gómez Olmos
Sara Teodosia Sáez Jiménez
M^a Victoria López Marco

Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN

Una neoplasia es un crecimiento o formación de tejido nuevo, anormal, especialmente de carácter tumoral, benigno o maligno.

En la CIE-9-MC, las neoplasias están clasificadas en el capítulo 2 según su comportamiento y su localización anatómica. Además, la CIE-9-MC incluye en el Apéndice de la Lista Tabular, la adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se clasifican las neoplasias según su morfología.

OBJETIVO

Realización de un estudio descriptivo y retrospectivo de las pacientes ingresadas en el Complejo Asistencial de Ávila durante el año 2008, cuyo diagnóstico principal esté incluido en alguno de los Códigos pertenecientes al Capítulo 2 de la CIE-9-MC.

MATERIAL Y MÉTODO

Recuperación de la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBd) de todos aquellos episodios de Hospitalización en que el diagnóstico principal esté comprendido entre los Códigos 140-239.

Recodificación de los mismos, mediante Historia Clínica, informe anatomopatológico e informe mamográfico de radiodiagnóstico.

En cada uno de los casos se recogen los siguientes datos:

- Cuadrante anatómico donde se localiza la tumoración
- Positividad o no de los Receptores estrogénicos.
- Positividad o no de los Receptores progesterona
- C-ERBB-2/nEU
- Ganglios afectados.
- KI-67
- P-53

RESULTADOS

- En el 100% de los casos se produjo alguna modificación en la codificación
- Únicamente han sido necesarios cuatro códigos del capítulo 2 de la CIE-9-MC para incluir a todas nuestras pacientes.
- Los episodios se han distribuido en 11 Grd,s
- El número de diagnósticos y de procedimientos por episodio ha aumentado.

CONCLUSIONES

- La lectura del informe mamográfico contribuye a la localización exacta del cuadrante anatómico en el que se encuentra localizada la tumoración.
- La disponibilidad de los resultados anatomopatológicos en el momento de la codificación del episodio asistencial, aumenta la especificidad y número de códigos.

Normalización en el acceso del paciente a su historia clínica: evolución en la entrega de documentación al usuario

Ponentes: Rosa Andolz Perelló (1)
Isabel López Tolosa (1)
Teresa Morillo Peleato (2)
José Manuel Sancho Lara (1)
Eugénia Sarsanedas Castellanos (1)
Pilar Torre Lloveras (1)

(1) Hospital Mar IMAS. Barcelona.

(2) Hospital Esperanza IMAS. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones del Servicio basadas en el cumplimiento de la ley vigente sobre la documentación Clínica, es la de proporcionar al paciente el acceso a su historia clínica mediante la entrega de una copia. Es imprescindible un máximo respeto a la privacidad del usuario y la total confidencialidad de los de los datos sanitarios.

OBJETIVOS

Cuantificar el incremento de la demanda y analizar los diferentes motivos que justifican esta solicitud.

METODOLOGÍA

A partir del registro informatizado de las solicitudes, se realiza la explotación de la base de datos existente en el sistema.

Se analiza el periodo 2003 - 2008.

Las variables analizadas son:

- Tipos de Solicitantes
- Motivos de la Solicitud
- Tipos de Informes

RESULTADOS

El paciente es el principal solicitante de la documentación. Los centros de AP, Rehabilitación, médicos particulares también, con la autorización escrita del paciente, solicitan documentación para realizar el seguimiento de la patología iniciada en el centro hospitalario. del 2003 al 2004 aumento del 31% en la en-

trega de la documentación. del 2007 al 2008 aumento del 24%. Supone un incremento de unas 600 solicitudes anuales (un 236% desde el inicio del estudio).

El principal motivo son los trámites personales con un 62,5%. Este registro nos indica la falta de información respecto al motivo de la solicitud. El seguimiento de su patología con un 13,9 % nos aporta mayor rigor en la información del motivo de la solicitud.

La solicitud del informe médico en un 34,5% es el documento con mayor demanda seguido de la radiología en un 24,5%.

CONCLUSIONES

La demanda de acceso a la historia clínica por parte del paciente mantiene una tendencia ascendente desde el 2003 hasta la actualidad. Esto ha creado la necesidad de aumentar los recursos por parte del centro hospitalario.

La interconexión de los sistemas informáticos y la historia clínica compartida entre hospitales previsiblemente hará disminuir la demanda de documentación.

El reconocimiento legal y la difusión de esta legislación han sido un factor determinante en el incremento de la demanda.

Obtención de un cuadro de indicadores del proceso del parto

Ponentes: Blanca Salcedo Muñoz
 Estefanía Toledo Atucha
 Itziar Juanena Barruetabeña
 Arantza Nieve Olasagarre
 Milagros Pueyo Lacruz
 Carlos Larrañaga Azcárate

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Virgen del Camino es área de referencia para una población de 198.000 mujeres mayores de 15 años, lo que supone la asistencia a unos 4750 partos al año.

OBJETIVO

Obtener un cuadro de mandos del proceso del parto a partir del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBd) del hospital como herramienta de evaluación y mejora de la calidad de su asistencia.

METODOLOGÍA

Se formó un grupo de trabajo y se definieron los indicadores a monitorizar. Para cada indicador se estableció:

- Tipo de indicador: Proceso/resultado.
- Fuente: CMBd/Historia Clínica Informatizada (HCI).
- Numerador y denominador: definición y forma de obtención.
- Estándar recomendado.

Se establecieron estrategias de control de calidad del CMBd:

- Partos sin procedimiento.
- Revisión de los códigos V27 y su concordancia con los registros de peso de recién nacido (RN) del episodio.
- Peso de RN <1000 y >5000.
- Partos sin semanas de gestación.
- Con la herramienta de explotación de la HCI, se pudieron detectar ausencias de códigos en el CMBd, cruzando los resultados por

el número de historia con el criterio de fecha de realización de la ficha entre el ingreso y el alta del episodio.

RESULTADOS

Se obtuvo un cuadro de mando con 50 indicadores, una tabla de RN según el código V27 resultado del parto y otra tabla con el número de RN por tramos de peso.

CONCLUSIONES

El indicador de transfusiones tras parto vaginal no es fiable por falta de información en HCI y las lesiones en el RN no se codifican si éste no ingresa.

El cuadro de indicadores proporciona una herramienta de evaluación y seguimiento globales del proceso.

El CMBd es adecuado para la obtención de indicadores del parto, como siempre, ligado a la calidad de la información en la HCI. Permite planificar y evaluar posibles acciones de mejora de la calidad del proceso; sin embargo requiere un control de la calidad de la codificación.

La posibilidad de explotación de datos de la HCI es una herramienta útil para el control de calidad del CMBD.

Optimización de ingresos urgentes para acortar la estancia del paciente en urgencias

Ponentes: Irene La Fuente Daz
Teresa Pilas Pérez
Purificación Licerias Vicario
Ana Martín Santamaría
Jaume Sastre Barcelo
Antonio Rizo Estrada

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes en Urgencias en espera de hospitalización suponen un volumen importante de la actividad asistencial del Servicio de Urgencias.

Una gestión adecuada de estos ingresos repercute en la calidad de atención percibida por el paciente y su familia, en la utilización de camas hospitalarias y en la disminución de la presión asistencial del área de Urgencias.

OBJETIVOS

Mejorar el circuito del ingreso urgente y acortar la estancia del paciente en Urgencias, una vez asignada cama en hospitalización.

Establecer un nuevo sistema de información sobre disponibilidad de camas para ingreso urgente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se establece un circuito de información sobre la hora aproximada en que las camas quedarán disponibles tras el alta de los pacientes.

Asignación de cama a los pacientes pendientes de ingreso en Urgencias especificando hora de disponibilidad. Confirmación de que se cumplan las previsiones horarias tanto en el registro de los ingresos como en la aceptación del paciente por las unidades de hospitalización.

Evaluación del sistema de información. Comparación de resultados 2009 en relación a 2007.

RESULTADOS

Se ha establecido un nuevo sistema de información sobre disponibilidad de camas para ingreso urgente. El 50% de los ingresos de Urgencias se reservan en camas de altas con hora prevista.

La aceptación del ingreso por el personal de enfermería a la hora indicada pasa del 25% al inicio del sistema de información al 85% en la última evaluación.

El registro del ingreso se realiza en el 98% de los casos en el horario previsto frente al 51% al inicio del sistema.

CONCLUSIONES

El nuevo Sistema de Información sobre disponibilidad de camas para ingresos urgentes resulta un elemento útil para acortar la espera del paciente pendiente de ingreso en Urgencias. Los ingresos de Urgencias con cama reservada se realizan y aceptan por las unidades de enfermería en el tiempo previsto.

Es necesario el seguimiento y evaluación de este sistema de información hasta que esté completamente integrado en la organización hospitalaria.

Partos de extranjeras ¿oportunidad o amenaza?

Ponentes: Francisco C. Espinola Arias
Pedro S. Villarroel Gil
Maria Teresa Rull Rodríguez
Osvaldo Estevanez Botello

INTRODUCCIÓN

De los 2005 partos realizados en el H.C. de Melilla durante 2008, un 48,44% lo han sido de mujeres extranjeras que cruzan la frontera para recibir asistencia sanitaria durante el parto.

OBJETIVO

Nos preguntamos si para el Hospital, el realizar esta asistencia, representa una oportunidad o una amenaza.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado de fuente de datos la explotación del C.M.B.d. de las altas hospitalarias del año 2008. Se han extraído dos grupos de comparación:

- 1-Mujeres con GRd parto con asistencia sanitaria prestada por organismos responsables de la misma (S.S., Seguros privados, etc).
- 2-Mujeres extranjeras, con GRd parto, con asistencia sanitaria recogida en el artículo 12.4 de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social

Se han seleccionados para el estudio los GRd 370, 371, 372, 373, 650, 651, lo que supone un total de 1994 pacientes (99,45%) de las 2005 altas por parto generadas en 2008. del grupo de comparación 1, están incluidas en estos GRd, un total de 1057 partos (53,01), y el grupo 2, 937 partos (46,99%)

Se han distribuido por grupos de edades, por GRD, se ha comparado la estancia media de cada GRD con la norma estatal, y se ha identificado la atención prenatal insuficiente (V23.7)

Asimismo hemos realizado un análisis DAFO, para conocer la situación, los riesgos y las oportunidades.

CONCLUSIONES

Identificamos que el número de partos genera un volumen de asistencia que debe planificarse adecuadamente.

Mediante análisis DAFO, identificamos debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades y realizamos un gráfico del diagnóstico de situación, observando en zona de riesgo el producto amenazas-debilidades e identificando como zona de ventaja competitiva el de fortalezas-oportunidades.

En general, la estancia media de los partos de extranjeras es menor que en el otro grupo, y en ambos casos menor a la norma (2007).

En un 59,45% de los partos se identifica el código v23.7

Procedimiento de preparación del fichero índice de pacientes de nuestro HIS a la historia clínica electrónica

Ponentes: Carlos Andreu Mateu.
Isabel Pérez Salinas
María Ramos Trujillo
M^a Jesús Martí Mestre
Rosa Costa López
Sandra Cervera Martí
M^a José Alba Besalduch

UDCA. Hospital General de Castellón.

INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Castellón es de referencia de la provincia de Castellón con 573 camas. A todos los pacientes atendidos se les asigna un número de Historia Clínica Definitivo (HCD), salvo en las atenciones en urgencias a pacientes que no tienen HCD que genera un número de HC provisional (HCP).

OBJETIVOS

Adecuación del Fichero Índice de Pacientes (FIP) orientado a la Historia Clínica Electrónica. depuración y unificación de HC.

METODOLOGÍA

Establecimiento de un procedimiento de mantenimiento continuado y adecuación del FIP que se realiza en diferentes fases:

Fase 1: Junio 2008

Proceso 0: Búsqueda duplicados NSIP en las tablas de pacientes definitivos y provisionales (TPdP) del HIS y mismos nombre, apellidos y fecha nacimiento.

Proceso 1: Fusión automatizada de estos registros.

Fase 2: Julio 2008 – Abril 2009

Proceso 2: Búsqueda de duplicados NSIP en las tablas de pacientes definitivos (TPD) de nuestro HIS, esto supuso encontrar números HC distintos que pertenecían o no a la misma persona.

Proceso 3: Registros que pertenecían a la misma persona, se fusionaron las HC.

Proceso 4: Registros que pertenecían a personas distintas, se corrigió NSIP de los registros erróneos consultando la base de datos (BD) del SIP.

Fase 3: Julio 2008, paralela a la fase 2 y continúa Proceso 5: Pacientes sin NSIP en la TPd por orden de triple dígito terminal (3DT) de HC. Proceso 6: Consulta BD SIP, si consta el paciente le asignamos NSIP, pudiendo crear un nuevo duplicado que se corrige según proceso 3, o no, quedando actualizado el registro.

Proceso 7: Paciente no consta en Bd SIP, no se asigna NSIP y su HC según proceso 8 pasará al archivo externo. Proceso 8: HC revisadas del proceso 6 sin poder asignar NSIP y ubicación archivo interno, se trasladan a archivo externo.

Fase 4: Mantenimiento de todos los procesos de forma automatizada y diaria.

RESULTADOS

detectamos 28.399 registros en los que pudimos fusionar la HCP en la HCD. de las 2.052 HCD con mismo NSIP, el 89,9% fueron duplicados.

En un 69,5% se puede asociar a un NSIP.

CONCLUSIONES

Un FIP óptimo nos fortalece al estar preparados ante una integración de la información asistencial.

Procedimiento y tramitación de partes al juzgado

Ponentes: José Luis Cabezuelo Cáceres
María Jesús Abril Sánchez
Carmen del Pino Cepedello
Rafaela Haro Márquez
Juan Eladio León López
Eustaquio Martínez Sánchez
Amelia Fernández Tena

Hospital Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN

Al Servicio de Admisión del H.General se le confió en febrero de 2008 la realización del proceso de envío al Juzgado de los partes judiciales que se emiten en todo el centro. Esta labor la realizaba los últimos años la Unidad de Ingresos (subdirección de contabilidad).

OBJETIVOS

1. El objetivo fundamental es la elaboración y descripción del procedimiento que realiza el Servicio de Admisión una vez emitidos los Partes al Juzgado.
2. Llevar un Registro en el Sistema Informático del Hospital.
3. Realizar un estudio estadístico por tipo de proceso, dedicando especial atención de los enviados por Violencia de Género y doméstica.
4. Concienciar a los facultativos de urgencias para que elaboren el parte al juzgado en el programa informático diraya.

METODOLOGÍA

- Se ha elaborado un procedimiento operativo estandarizado (POE) sobre la tramitación de partes al juzgado, donde se han descrito todas las tareas a realizar por el Servicio de Admisión y por el facultativo que lo emite.

- Se solicitó al Servicio de Informática la elaboración en el His del Hospital de una pantalla para registro de dichos partes.

- El estudio de los partes emitidos y enviados se ha analizado mediante una serie de listados editados desde el His del Hospital por tipo de proceso desde Abril de 2008 hasta Abril 2009.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- En el Servicio de Admisión se realiza un proceso de registro fácilmente utilizable, además de la posibilidad de consulta en pantalla que no existía hasta ahora.
- Mejoría en la claridad y calidad de los datos personales gracias a que se ha conseguido que casi el 100% de los partes al juzgado lo extiendan los facultativos a través del sistema informático diraya.
- Revisión y rectificación de los tipos de proceso en el Sistema Informático registrados a la entrada de los pacientes, para que exista concordancia con lo escrito por el facultativo en el parte.

Respuesta de un archivo central a un archivo de servicio

Ponentes: José Ramón Castro Duarte
María Pilar Jiménez Carnicero

Sección de documentación y Archivo de Historias Clínicas. Centro de Consultas Príncipe de Viana. Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria. Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

INTRODUCCIÓN

La Unidad de dolor del Hospital de Navarra ha custodiado las historias de sus pacientes sin enviarlas al Archivo Central. Ahora se ven obligados a desprenderse de ellas por falta de espacio.

OBJETIVO

Analizar la situación existente y solucionar el problema de sus historias

METODOLOGÍA

disponen de dos series de historias: 2.126 activas y 7.000 pasivas ordenadas por número secuencial interno que no coincide con el número del fichero maestro de pacientes y no todas tienen registro en dicho fichero. decisión: el Archivo asumiría la incorporación de las historias activas quedando pendientes las pasivas. diariamente el Técnico de documentación Sanitaria realizaría las siguientes tareas:

- 1 Expurgo de la documentación.
- 2 Búsqueda del número de historia unificada.
- 3 Si no tiene número proceder a su registro en el fichero maestro de pacientes.
- 4 Anotación en el sobre de dicho número.
- 5 Consulta de la ubicación de la historia: Archivo activo, archivo pasivo, digitalizada
- 6 Creación de sobre y registro las historias sin sobre anterior.
- 7 Incorporación a la historia unificada en su archivo correspondiente.

RESULTADOS

durante 61 días (103 horas) se asumieron entre 30 y 60 historias diarias en función de la cargas de trabajo del documentalista.

de las 2126 historias 1219 tenían su ubicación en el archivo (57.34%), 834 en el archivo pasivo (39.23%), 10 estaban ya digitalizadas (0.47%) y a otras 63 hubo de generárseles sobre de historia nuevo (2.96%).

En relación al aumento de espacio, en el archivo activo supuso un aumento de 229,75 centímetros y en el pasivo de 176. La documentación expurgada supuso 177 centímetros.

CONCLUSIONES

El tiempo dedicado y el aumento de espacio que genera en los archivos de historias hacen desaconsejable este sistema de cara a la futura incorporación de las historias pasivas. La digitalización se presenta como el sistema más eficiente al no aumentar la ocupación de los archivos. Además, se trata de documentación que tendrá una consulta esporádica y que apenas generará nueva documentación.

Satisfacción de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana

Ponentes: Alberto Pajares Fernández
Luis Ansorena Pool
Ana Crespo de Santiago
Cristina Cincunegui Ateca
Raquel López Mazas
Manuel Mauriz Ballester

Sección de documentación y Archivo de Historias Clínicas. Centro de Consultas Príncipe de Viana. Subdirección de Coordinación de Asistencia Ambulatoria. Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Cuidados Intermedios de Sierrallana está orientada a la asistencia de pacientes semicríticos, que precisan monitorización, procedentes tanto de Urgencias como Hospitalización. Cuenta con 11 camas y se encuentra anexa al Servicio de Urgencias. En ella se practica una medicina de alta resolución y gran calidad que ahorra estancias y evita ingresos en la UCI permitiendo que ahí se dirijan los pacientes que realmente necesitan de intubación y cuidados realmente máximos. En 2008 ingresaron 1142 pacientes.

El SADC viene realizando un estudio integral de esa Unidad. Ahora se valora la satisfacción de los pacientes en la misma y en comparación con los pacientes ingresados en otras plantas.

OBJETIVO

Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.

METODOLOGÍA

Se diseñó un cuestionario de preguntas cerradas de elección múltiple, basado en el cuestionario validado "servqual" similar al utilizado por el Servicio Cántabro de Salud. Se utiliza una muestra de 164 casos para enviar por correo, con sobre de reenvío ya franqueado, para un porcentaje de respuestas esperadas del 30%. Se remiten a pacientes atendidos en Enero de 2009 y tras un mes tras el alta.

RESULTADOS

Respondieron 51 pacientes, lo que representa un 30,48%, con una media de edad de 68,95 años. 70,83% eran hombres (se explica porque se atiende mucha patología coronaria). 58,82% contaban con estudios primarios o inferiores. En general, la puntuación del nivel de satisfacción de cuidados fue de 8,23 sobre 10 (no hay diferencias significativas con los datos generales de la encuesta de altas hospitalarias: 8,5) y el 98,06% de los pacientes volvería si lo requirieran. También el 98,06% de los casos se sentían conformes con la información recibida por los médicos.

Como aspectos negativos, que precisan mejora, está que el 5,88% dicen no haber recibido informe de alta; un 25,57% no conocían el nombre del médico que les atendía y finalmente la facilidad de acceso al hospital, que en el 9,8% la consideraban peor a la esperada.

Sistema de cita on-line primaria-especializada

Ponentes: Elvira Alonso Suero
Ricardo de dios del Valle
M. Luisa Saavedra Gamonal
Gloria Feito Méndez
Rosa Mesa Pandal
M. Jesús García Fernández

Hospital Jarrío. Asturias.

INTRODUCCIÓN

La estratificación de niveles en el sistema sanitario público provoca diferentes disfunciones estructurales y de gestión. Es fundamental la coordinación interniveles para asegurar por un lado, la calidad del servicio ofrecido al cliente externo y por otro, la mejora de accesibilidad.

OBJETIVOS

Puesta en marcha del sistema de cita on-line en todos los Centros de Salud del Área de influencia del Hospital de Jarrío.

METODOLOGÍA

Las diferentes fases en las que se articuló el proceso fueron:

1. FASE DE PREPRODUCCIÓN

- Establecimiento de un circuito de comunicación dinámico
- Coordinación entre departamentos de Informática (Logística)
- Creación de usuarios de acceso al sistema. distribución de éstos por Centros de Salud
- Formación. diseño de un plan de Formación Continuada

2. FASE DE PRODUCCIÓN

- Implantación del nuevo sistema de citas
- Elaboración y distribución de material de apoyo para los usuarios del sistema: Manuales, Protocolos, diagramas de flujo,...
- Pruebas de validación por parte de Atención Especializada y Atención Primaria
- Implantación de accesos a Servicios Hospitalarios de forma progresiva.

3. FASE DE MONITORIZACIÓN

- Mantenimiento activo del circuito de comunicación Atención Especializada-Atención Primaria

- Constitución de una línea de comunicación de retorno de detección de disfunciones e incidencias
- Monitorización periódica del sistema.

RESULTADOS

En el año 2007 se contaba con 6 servicios accesibles y 21 agendas, al finalizar el año 2009 se consiguieron 16 servicios y 53 agendas. Se incrementó el % de citas mecanizadas desde atención primaria de un 39,37 % en el año 2007 a un 70,25% en el año 2009.

CONCLUSIONES

- Implantación y consolidación de un circuito de comunicación interniveles dinámico, que favorece el desarrollo de proyectos paritarios futuros.
- Efectividad en la obtención de la cita con Atención Especializada y, por tanto, inmediatez del acto.
- Eficiencia del proceso por la importante reducción del coste.
- Mejora sustancial de la accesibilidad del cliente externo al segundo nivel del Sistema Sanitario Público.
- Racionalización de los recursos puestos a disposición del usuario, adecuándolos a sus necesidades.
- Mejora de la satisfacción del usuario debido al cumplimiento de sus expectativas.

Solicitud de documentación clínica en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana

Ponentes: Isabel Sáez Lloret (1)
Natalia Moltó Portaceli (2)
Silvia Villanueva Ferragud (3)
Isabel Pérez Salinas (4)

(1) Hospital Marina Baixa. Agencia Valenciana de Salut. Alicante.

(2) Hospital La Pedrera. Agencia Valenciana de Salut. Alicante.

(3) Servicio de Análisis de Sistemas de Información. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia.

(4) Hospital General de Castellón. Agencia Valenciana de Salut. Castellón.

INTRODUCCIÓN

La imposibilidad de consulta de la historia clínica desde otras Comunidades Autónomas u otros países europeos hace que el paciente cuando viaja, reclame su información para llevarla consigo y poder disponer de ella en otras áreas geográficas. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica, regulado por la Ley 41/2002, se desarrolla en la Comunidad Valenciana con la Ley 1/2003, y aunque desde la Sociedad Valenciana de documentación Médica se hicieron recomendaciones para formalizar el procedimiento de solicitud de documentación clínica ya en 2003, desconocemos cómo se está llevando a cabo.

OBJETIVOS

Conocer el procedimiento que utilizan los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana ante las solicitudes de documentación clínica.

METODOLOGÍA

Encuesta por correo electrónico utilizando un cuestionario auto administrado dirigido a los médicos documentalistas de las Unidades de documentación clínica y Admisión (UdCA) de todos los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana.

Se realizaron preguntas sobre la existencia de impresos "ad hoc" para la solicitud de documentación clínica, el servicio responsable al que se dirige la solicitud, la existencia de otros

procedimientos específicos (Radiología, informes clínicos, etc.), la entrega de documentación original, el procedimiento de registro formal, la presencia de asesoría jurídica, el tipo de información entregada, el procedimiento de acreditación del derecho a la información, la existencia o no de plazos de entrega y la evolución de las solicitudes.

RESULTADOS

Se recibieron las respuestas de 16 hospitales (57,14 %). Todos disponían de documento al efecto, el 79% canalizaba las peticiones a través de las UdCA, un 86% utilizaba el mismo documento para solicitar radiografías e informes, el 57% entregaban originales de pruebas, el 71% registraba esta actividad (aunque formalmente sólo un 7,14%), no disponían de gabinete jurídico el 71,4%, y en el 57,1% se solicitaba la firma del tutor a menores. El 86% opinaba que ha variado el nº de solicitudes, y el 93% cree que al alza.

CONCLUSIONES

Existe variabilidad en el formato del documento de solicitud de documentación clínica y en el procedimiento respecto a cuestiones trascendentales. debería existir un documento oficial y una normativa más específica avalada por las Administraciones Públicas.

Un nuevo modelo de organización de la derivación al óptico-optometrista desde el médico de familia

Ponentes: Juan Miguel Sordo Pareja
Miguel Sordo González
Ana María Pareja Campaña

Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La organización de la derivación de pacientes oftalmológicos desde el Médico de Familia al Oftalmólogo, se debe de incluir la valoración del Óptico-Optometrista.

Es un modelo para la revisión de la salud ocular y la prevención de los problemas visuales desde la Atención Primaria de su centro de salud.

Las diferentes facetas de actuación de los Ópticos en Atención Primaria se están haciendo cada vez más necesarias para la comunidad.

Entre estas actividades podemos destacar la evaluación del paciente para ser operado, la explicación de pautas preoperatorias y las revisiones postoperatorias. Tanto en la cirugía de cataratas como en la refractiva. Además de la tradicional actividad en la medición, diseño e implantación de gafas y lentes de contacto.

OBJETIVOS

Ofrecer una realidad en la Gestión de la derivación de pacientes con alteraciones de la refracción al Óptico-Optometrista por parte del Médico de Familia.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis del circuito de derivación de pacientes desde el Equipo de Atención Primaria al Óptico-Optometrista. Protocolo de derivación desde Atención Primaria.

Revisión de las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental.

RESULTADOS

La elevadísima prevalencia de pacientes con alteraciones en la visión que diariamente acuden a la consulta del Médico de Familia, así como la demora existente para ser atendido por el Oftalmólogo hace necesario el desarrollo de nuevas estructuras que faciliten y mejoren la atención de estos pacientes.

El circuito se inicia en el Médico de Familia que al detectar problemas visuales y que no estén incluidos en los rangos de exclusión para la derivación a centros ópticos.

El Óptico evalúa al paciente y después de realizar la revisión óptica, emite un informe y decide si el paciente debe acudir con carácter de urgencia al Oftalmólogo o devuelve al Médico de Familia.

CONCLUSIONES

Estas nuevas formas de organización están demostrando una agilidad y una calidad de atención muy importantes. Este circuito mejora a gestión, la organización y tiene un elevado grado de aceptación.

Facilita a los ciudadanos una atención más ágil con aumento de satisfacción.

La presencia del Óptico-Optometrista es un elemento esencial para agilizar los trámites y conocer la realidad asistencial.

Valoración clínica de CLINOS.CAL.® como indicador de calidad de úlceras por presión

Ponentes: Ponente: Silvia Pérez Vilar
Rodrigo Muñoz Balada
Vicenta Rodrigo Bartual

INTRODUCCIÓN

Las úlceras por presión (UPP) son consideradas como un indicador de la calidad asistencial. La Unidad de documentación Clínica y Admisión (UDCA) tiene dentro de los sistemas de información del hospital una herramienta de software, CLINOS.CAL.® (CC), que genera y monitoriza los resultados de calidad de complicaciones hospitalarias a partir del Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD), y entre ellas las UPP. Incluye pacientes en los que aparece un diagnóstico secundario de UPP pero excluye episodios que predisponen a esta complicación.

OBJETIVOS

Valorar la utilidad de CC como indicador de calidad en las UPP de nuestro hospital.

METODOLOGÍA

Se estudió por parte de Medicina Preventiva a los pacientes ingresados durante 75 días, excluyendo pacientes obstétricos, neonatos y hospitalización a domicilio.

Se diseñó un formulario destinado a enfermería que debía rellenarlo en cuanto detectase UPP, y otro formulario complementario para el personal investigador. Incluían variables sociodemográficas, diagnósticos, antecedentes personales, lugar de adquisición, factores de riesgo, localización y grado de afectación. Se revisaron los informes de alta médica.

Se realizó análisis estadístico con SPSS.
Se monitorizaron resultados a través de CC.

RESULTADOS

El estudio detecta 43 episodios de UPP como complicación hospitalaria, de éstos, CC tras los filtros que realiza, debiera detectar 22 (51,2%).

de estos casos incluidos, CC sólo detecta 2 (9,1%). Analizadas las diferencias: 19 episodios (86,3%) no constaban en el alta médica y un episodio (4,5%) en el que sí existía registro (en una lectura más detenida del informe de alta existe constancia de UPP en exploración física), la UdCA no lo codifica.

CONCLUSIONES

Este sistema de información no resulta útil para valorar clínicamente la situación del hospital por las restricciones diagnósticas que aplica a la selección de los pacientes, con lo que se perdería mucha información en un entorno clínico, además de por la deficiente declaración médica que está limitando claramente su función.

Resulta necesario intervenir clínicamente para fomentar el registro en el alta médica del hospital, porque cuando consta esta información, CC en cambio, sí resulta útil para estandarizar y comparar la actividad con otros hospitales.

Varios servicios, un sólo Hospital de día médico

Ponentes: Manuel Aliaga Benitez
M^a Montserrat Alemany Durán
Julio Martín Mañas
Ángel Moreno González
M^a del Rosario Martínez Bermúdez
Manuel de Castro Peláez

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de día Médico del Hospital Universitario 12 de Octubre dispone de 6 puestos en una sala en la que se atienden los pacientes de 6 Servicios Médicos diferentes. La actividad realizada en el año 2008 fue de 2087 Tratamientos. La necesidad de dar cita a los pacientes de los diferentes Servicios, así como de registrar la demanda y actividad realizada de cada uno de ellos, creó la necesidad de adaptar el Sistema de Información al Hospital de día.

OBJETIVOS

Programar a los pacientes de cada uno de los 6 Servicios, facilitar la gestión de citación, registrar la actividad por Servicio, disponer de un único listado de trabajo diario de trabajo y conocer el tiempo ocupado y disponibilidad de tratamientos para la oportuna programación de los pacientes.

METODOLOGÍA

Se creó una Agenda por Servicio. El Servicio de Traumatología de nuestro Hospital dispone de una agenda por Sección, en total 11 Agendas.

Se definieron las prestaciones en base a los procedimientos que se realizan.

Se distribuyeron los días, horas y prestaciones atendiendo a las necesidades de cada uno de los Servicios.

Se creó un programa on-line para acceder a un único listado de trabajo diario, y no tener que consultar al listado de trabajo de cada una de las Agendas.

Se creó un cuadro de Mando on-line para conocer la actividad realizada on-line en las 11 Agendas, una única sala y un sólo Grupo Funcional.

RESULTADOS

Citación de los pacientes por Servicio. Actividad por Servicio. Conocer la demanda de cada uno de ellos y la carga de trabajo.

Un sólo listado de trabajo por día: con hora de inicio y fin de cada tratamiento, nombre de los pacientes, duración y descripción de las prestaciones y un campo para las observaciones.

Tiempo Total ocupado y disponible de la sala del Hospital de día.

CONCLUSIONES

La citación de pacientes en el Hospital de día nos permite garantizar la atención sanitaria, la calidad en el servicio y optimizar los recursos. Adaptar el Sistema de Información a las necesidades de Gestión tanto de la Dirección, de los Servicios así como de los propios pacientes, constituye una tarea esencial de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Adecuación del Informe de Alta de Hospitalización al Proyecto de Historia Clínica Digital en el S.N.S.

Ponentes: M^a Angeles Moreno Jiménez (1)
 Antonio Guilabert Jiménez (1)
 Beatriz Valcarce Miranda (1)
 Mercedes Guilabert Mora (2)
 Juan José Arnau Alfonso (1)
 Ricardo García de León Chocano (1)

(1) Gerencia Única Altiplano.Yecla (Murcia)

(2) Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

INTRODUCCIÓN

La disponibilidad en el Hospital Virgen del Castillo de sistemas automatizados de recogida y gestión de datos individuales de salud que dan soporte al Informe de Alta de Hospitalización, unido a la existencia del Proyecto de Historia Clínica Digital en el SNS, se han considerado requisitos identificativos que ofrecen oportunidades de mejora en la calidad asistencial a través del correspondiente soporte documental clínico.

OBJETIVOS

Adecuar el Informe de Alta de Hospitalización al Conjunto Mínimo de Datos establecido por el SNS en su documento de consenso y a través de:

- 1.Elaboración de criterios o indicadores para medir su calidad.
- 2.Evaluación del nivel de calidad.
- 3.Discusión de los datos.
- 4.Diseño de la Intervención.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: informe de situación como método de análisis de problema -dentro de un Ciclo de mejora- y con definición de requisitos de calidad diseñados a través de diagrama de afinidades, como método de participación de la Comisión de Historias Clínicas.

La población estudiada abarca 5 servicios médicos que representan el 88% de las altas hospitalarias. Los datos forman parte de una serie de criterios que nos han permitido evaluar la calidad del Informe de Alta de Hospitalización.Estos criterios (43) se han agrupado en 4 apartados. Generales (3), Documento (13), Paciente (10), Proceso Asistencial (14) y R. Nacido (3).

RESULTADOS

El Informe con soporte electrónico supera la valoración en todos los apartados a los emitidos con otro tipo de soporte.

Resultados relevantes:

- Documento: mejorables los correspondientes al responsable y categoría profesional.
- Paciente: buen nivel de cumplimiento en informe electrónico, no así en convencionales.
- Proceso asistencial:Diagnósticos y Procedimientos requieren una mejor organización jerárquica de datos; siendo asimismo mejorables los apartados recomendaciones y tratamiento (al alta).

CONCLUSIONES

- 1.La utilización del formato electrónico en la HC se considera una medida efectiva de mejora de la calidad del informe, al permitir el lenguaje controlado de un gran número de datos.
- 2.Los diseños de intervención participativa en calidad, gestionados a través de la Comisión de HC, ofrecen buenos resultados cuando se aplican en escenarios de normalización de la información.

Comisiones de Historias Clínicas en la Región de Murcia

Ponentes: Antonio Guilabert Jiménez (1)
Beatriz Valcarce Miranda (1)
Maria Angeles Moreno Jiménez (1)
Mercedes Guilabert Mora (2)

(1) Gerencia única del Altiplano. Yecla (Murcia)

(2) Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

INTRODUCCIÓN

Se reconoce el importante papel que desempeña la Comisión de HC en la gestión y la mejora continua de la calidad asistencial de los hospitales de la Región de Murcia.

OBJETIVOS

- 1-Representar el mapa de las Comisiones de HC en la Región de Murcia.
- 2-Análisis descriptivo de su estructura y funcionamiento.
- 3-Descripción de los logros relevantes alcanzados.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio: diagnóstico de situación de las mismas, mediante evaluación externa, a través de entrevistas semiestructuradas con los responsables, estudio de la documentación generada y productos resultantes.

Período de estudio: 2002-2006.

Datos e indicadores: estructura, proceso y resultado.

RESULTADOS

- Se encuentra arraigada en el 80% de los centros, con una antigüedad máxima de 18 años (año 1987) en el Hospital Sta María del Rosell al finalizar el período de estudio.
- Realizan sesiones en número de 3/año, disponiendo el 60% de ellas de Guías Funcionales.
- El absentismo de sus miembros se sitúa entre el 21% y el 36,50%.
- Consiguen resultados el 60% de ellas; destacando como productos informativos diversos Manuales de uso de HC y Metodologías de evaluación de la HC.

CONCLUSIONES

La comisión de HC es un instrumento indispensable en la definición de la práctica clínica correcta, debiéndose apoyar en un hospital planificado, coordinado y evaluado.

Para todos los profesionales implicados en ella, se cree en la misma, en la positividad de su trabajo, siendo además un modo importante de participación de los documentalistas en la vida hospitalaria.

Unificación e integración de un SADC. Experiencia en el Complejo Asistencial de Zamora

Ponentes: Teresa Garrote Sastre, SADC
Mar Burgoa Arenales, SADC
Ana Benito Juan, SADC
Pedro España Blanco, SADC

Complejo Asistencial de Zamora

INTRODUCCIÓN

En el año 2002 Castilla y León asumió las competencias sanitarias y la actual Gerencia del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) se planteó integrar los tres hospitales: Virgen Concha (Sacyl), Hospital Provincial (Diputación Provincial) y Hospital de Benavente (Consejería Sanidad).

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) asumió la responsabilidad de planificar y liderar el proyecto de integración orgánica y funcional de sus áreas (Admisión, Archivo, Documentación Clínica y Sistemas de Información), con las premisas de unificación de tareas, responsabilidad compartida, historia clínica única y sistemas de información integrados.

OBJETIVOS

Describir la experiencia del CAZA en el diseño e integración del SADC, con un sistema de información único compartido que agilice la asistencia.

MATERIAL Y MÉTODO

- Análisis de la situación inicial.
- Organización funcional y de recursos humanos, creando una unidad de admisión central (gestión camas, LEQ, Registro Quirúrgico) y de citación de actividad ambulatoria.
- Homogeneización del sistema informático, implementando el HP-HIS.
- Centralización del sistema de información, dependiendo de la Jefatura donde se procesa

la información, elabora el cuadro de mandos y se realiza análisis de la actividad y calidad.

- Definición de objetivos y plazos para unificar la historia: con número de identificación del paciente único, archivo centralizado y sistema de solicitudes y préstamos común, definiendo normas de organización, catalogación, clasificación y expurgo de la documentación.

- Establecimiento de un plan de formación de codificadores para elaborar el CMBD (hospitalización, CA y HDD).

RESULTADOS

La gestión de camas, LEQ, Registro Quirúrgico y actividad ambulatoria se realiza centralizadamente, con puntos de información en cada hospital. Se ha finalizado la catalogación, clasificación y expurgo de la documentación identificando a los pacientes con número único, disponiendo de historia unificada. La información se emite desde la Jefatura de Admisión integrando todos los subsistemas existentes y orientando la misma hacia los clientes.

CONCLUSIONES

La integración del SADC ha finalizado con alta satisfacción de los profesionales y de los usuarios, la unificación de la información ha aportado seguridad a los clientes externos e internos, proporcionando herramientas gestoras y de planificación útiles para facilitar la toma de decisiones sanitarias.

Validación de la codificación de la infección nosocomial en el CMBD: comparación con el registro de infección nosocomial

Ponentes: Mar Burgoa Arenales,
SADC. - Ponente
Teresa Garrote Sastre, SADC.
Soledad Martínez Saez,
Serv Med Prev.
Mar Jiménez Rodríguez,
Serv Med Prev.

Complejo Asistencial de Zamora

INTRODUCCIÓN

El CMBD y los GRD's tienen como finalidad conocer la casuística hospitalaria. Para asegurar la calidad de estos sistemas de información es fundamental realizar una correcta codificación de todos los procesos diagnósticos, terapéuticos y posibles complicaciones o co-morbilidades que ocurren durante el episodio de hospitalización.

Las infecciones nosocomiales se incluyen dentro de las complicaciones hospitalarias más frecuentes y constituyen una causa frecuente de morbilidad y de coste social y económico. En este trabajo se presenta un estudio de validación de la codificación de las infecciones nosocomiales del CMBD de un hospital.

OBJETIVOS

Evaluar la exhaustividad de la codificación de las infecciones nosocomiales registradas en el CMBD del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) y mejorar su calidad.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de validación de la codificación de los procesos de infección nosocomial registrados en el CMBD del CAZA en el primer trimestre de 2009, a través de su comparación con el Registro de Infección Nosocomial (RIN) (Gold Standard). Se calculó Sensibilidad, VPP e IC 95%. Se utilizaron los paquetes informáticos ACCES y EPI-INFO. Posteriormente se recodificaron los procesos

no registrados en el CMBD y se recalcularon los GRD's con el programa de codificación DRG-Finder.

RESULTADOS

Durante el primer trimestre de 2009 se produjeron 4703 altas en el CAZA y se codificaron 4666 (99,21%). En el RIN se detectaron 166 procesos de infección nosocomial, lo que supone una tasa de incidencia de 3,6%. En el CMBD se detectaron 137 casos de infección nosocomial, siendo la sensibilidad de 0,83 (IC: 0,77 - 0,88) y el VPP 0,98 (IC: 0,95 - 1). Los procesos de infección no recogidos en el CMBD (17,5%) no tenían un diagnóstico claro en la historia clínica. La recodificación de estos casos no incluidos en el CMBD apenas varió la asignación de los GRD's y no modificó el case-mix hospitalario.

CONCLUSIONES

Las infecciones nosocomiales se registran adecuadamente en el CMBD de nuestro hospital aunque la calidad de codificación es susceptible de mejora. Para estos procesos, el uso de fuentes de información complementarias a la historia clínica mejora la información y calidad de las bases de datos clínico-asistenciales (CMBD).

índice

Autores

Abaurrea Arroyo, Iosune
Aisa Moreno, Ana María
Alba Besalduch, María José
Albarracín Serra, Agustín
Alberich Martí, Carmen
Aldareguía Ernet, María
Alemany Durán, María Montserrat
Aliaga Benítez, Manuel
Almagro Cordón, María Dolores
Alonso Suero, Elvira
Álvarez Díez, Eduardo
Andolz Perelló, Rosa
Andreu Mateu, Carlos
Ansorena Pool, Luis
Arias, Antoni
Arnau Alfonso, Juan José
Asensi Díez, Rocío
Asensio Villano, Paula
Azcona Mendía, Idoia
Barruetabeña, Itziar Juanena
Beades Martín, Paula
Benito Juan, Ana
Bernal Losada, Olga
Brell Rodríguez, Irene
Briega Coso, María Teresa
Briones de la Gala, Eduardo
Burgoa Arenales, Mar
Caba Peña, Juan José
Cabezuelo Cáceres, José Luis
Calvo Tomeo, Isabel
Cámara Mestre, Manuel
Campos Vidal, A. Teresa
Carbonero Aliaga, Manuel
Casado Fernández, Eloisa
Castellón Masalles, Enric
Castillo Gómez, María Teresa
Castro Bernárdez, Margarita
Castro Duarte, José Ramón
Cervera Martí, Sandra
Cincunegui Ateca, Cristina
Cisneros, M. Ángeles
Conejo Gómez, Carolina
Cosío Carreño, Fernando
Costa López, Rosa
Crespo de Santiago, Ana
Cuchí Alfaro, Miguel
Curiel Iglesias, María Begoña
Danés Vilar, Cristina
De Castro Peláez, Madrid Manuel
De Dios del Valle, Ricardo
Del Monte Delgado, David

Nº comunicación

53
14
69
1
9
53
11, 23, 34, 40, 46, 50, 52, 56, 77
11, 23, 29, 34, 40, 43, 46, 50, 52, 56, 77
10, 42, 51
7, 21, 73
45
47, 61, 65
37, 39, 69
30, 45, 72
2
78
48
54
53
66
29
80
13
37
18, 31, 41
6
80, 81
7
35, 70
18, 31, 41
48
17, 22
11, 23, 43, 46, 50, 52
19
17, 22
47, 61
49
55, 71
69
72
26
13
12
69
30, 45, 72
16, 36
20, 62
17, 22
40, 77
7, 21, 73
24, 57

índice

Del Pino Cepedello, Carmen	70
Del Río Mata, José	13
Díaz Gallén, Beatriz	37
Duch Samper, José Javier	24
Duran Cals, Jordi	17, 22
Durán Morán, Cristina	12
España Blanco, Pedro	80
Esparza Sádaba, Ángel María	60
Espinola Arias, Francisco C.	68
Espulgues Pellicer, Josep Xavier	9
Estany Capell, Nuria	57
Estevanez Botello, Osvaldo	68
Feito Mendez, Gloria	21, 73
Fernández Muñoz, Paloma	12, 32
Fernández Cubi, Santiago	10
Fernández González, Muria	12
Fernandez Mateo, M. José	32
Fernández Morales, Emilia	13
Fernández Tena, Amelia	70
Galán Solar, Carmen	32
Gálvez Castro, Francisca María	25
García de León Chocano, Ricardo	78
García Dominguez, Teresa	44
García Fernández, M. Jesús	21, 73
García Sanguino, Agustín	18, 31, 41
García-Herrera Gómez, Fernando	13
Garijo Laraña, Ana Carmen	8, 27
Garrote Liarte, Carmen	16, 36
Garrote Sastre, Teresa	80, 81
Gil Herranz, Gema	24
Girón Irueste, Fernando	19
Gómez Echezarreta, María Luisa	45
Gómez Hormigos, Carmen	15
Gómez Olmos, Florentina María	33, 64
González Gómez, Adelaida	20, 62
González Piñeiro, Beatriz	15
González-Outon Velásquez, Julio	58
Gordillo Rueda, Enrique	48
Gosálbez Pastor, Emilio	39
Guarner Aguilar, Luisa	38
Guerrero Guerra, José Luis	48
Guilabert Jiménez, Antonio	78, 79
Guilabert Mora, Mercedes	78, 79
Gutiérrez del Río, Carmen	12
Haro Márquez, Raífaela	70
Haya Fernández, Cristina	24, 57
Herraez Maestro, Fernando	43
Huarte Guillén, Celia	53
Irala Pérez, Fco. Javier	48
Jiménez Carnicero, María Pilar	28, 55, 60, 71
Jiménez Rodríguez, Mar	81
Khattabi, Touria Louah	47
La Fuente Daz, Irene	67

índice

Labrador, Dionisia	6
Laguna, Javier Yetano	3
Laraño Diaz, María Luisa	19
Larrañaga Azcárate, Carlos	66
Lazarraga Caffarena, Cristina	25
Les Santesteban, Silvia	8, 27
Liceras Vicario, Purificación	67
Llaneza Velasco, Eugenia	21
Lluch, Regina Gélida	39
López Cabanas, María José	20, 62
López Duesa, Luisa	17, 22
López García, Pau	17, 22
López Izquierdo, Raúl	54
López López, Leticia	45
López Marco, María Victoria	33, 64
López Mazas, Raquel	72
López Nebot, Milagros	39
López Reneo, Raquel	20, 62
López Tolosa, Isabel	47, 65
López Torné, María Mercedes	44
López, Juan Eladio León	70
López, Orencio	4
Luque Nieto, María José	35
Magallón Candela, Ana Isabel	28
Majó Barberí, Lluís	61
Manterola Conlledo, Ana	12
Mañas, Julio Martín	23, 34, 43, 46, 50, 52, 77
Martí Mestre, María Jesús	69
Martín Correa, María Luisa	44
Martín Santamaría, Ana	67
Martínez Bermúdez, María del Rosario	11, 34, 40, 43, 56, 77
Martínez González, José Luis	25
Martínez Reina, Alfonso	13
Martínez Saez, Soledad	81
Martínez Sánchez, Eustaquio	70
Mas Gómez, Rafael	59
Mateos García, Laurentino	18, 31, 41
Mateu, Andrés Tomás	39
Mauriz Ballester, Manuel	30, 72
Mediero Domínguez, Ana	63
Medina Caliz, Inmaculada	25
Mesa Pandal, Rosa	73
Millan del Rio, Francisca	35
Modino Bedoya, Tomás	30
Molina Lagüera, Paloma	15
Molina Navas, Teresa	35
Moltó Portacelli, Natalia	74
Monter, Carlos	57
Montes Santiago, Julio	63
Monzonis Cantavella, Vicenta	39
Moran Pérez, Begoña	21
Moreno González, Ángel	11, 23, 29, 34, 40, 43, 46, 50, 52, 56, 77
Moreno Jiménez, María Ángeles	78, 79

índice

Morillo Peleato, Teresa	61, 65
Morís de la Tassa, Joaquín	32
Mosteyrin Salgado, Pilar	49
Muñoz Balada, Rodrigo	76
Muñoz García, Ángel	29, 56
Muñoz Plaza, José Antonio	17, 22
Navalón, Cebrián Rafael	7
Nieve Olasagarre, Arantza	66
Oiarbide Amillano, Maite	60
Oliva Serrano, Patricia	59
Ortiz Ribes, Amaia	8, 27
Ostos, Rosa María	6
Pajares Fernández, Alberto	30, 45, 72
Pajares López, Teresa	19
Palau Muñoz, Pilar	24
Pareja Campaña, Ana María	75
Pérez Rodríguez, María Isabel	29
Pérez Salinas, Isabel	37, 39, 69, 74
Pérez Soriano, Daniel	38
Pérez Vilar, Silvia	76
Picazo Córdoba, Román	7
Piedra Antón, Liébana	30
Pilas Pérez, Teresa	67
Pisano Blanco, M. Aránzazu	32
Posada Carlos, Andrés	58
Priego Venzala, Manuel	35
Pueyo Lacruz, Milagros	66
Ramírez García, Rosa	19
Ramos Martín-Vegue, Arturo J.	18, 31, 41
Ramos Trujillo, María	37, 39, 69
Ramos-López, Juan Manuel	16, 36
Rey García, Gloria	49, 63
Rizo Estrada, Antonio	67
Rodenas Checa, Julio	7
Rodrigo Bartual, Vicenta	76
Rodríguez Cobo, Iria	59
Rodríguez Idígoras, María Isabel	25
Rodríguez Manzano, Pilar	10, 42, 51
Rodríguez Rodríguez, Pascual	9
Rodríguez Rumayor, Gema	20, 62
Romero Serrano, Ramón C.	5, 24, 57
Roncal Gómez, Julia Ana	10, 42, 51
Ruiz Esteban, Pedro	25
Rull Rodríguez, María Teresa	68
Saavedra Gamonal, M. Luisa	73
Sabater Gregori, Consol	9
Sáez Jiménez, Sara Teodosia	33, 64
Sáez Lloret, Isabel	9, 74
Salcedo Muñoz, Blanca	53, 66
Sales López, Ana	37
Sánchez, Almudena	26
Sánchez, María Jesús Abril	35, 70
Sancho Lara, José Manuel	65

índice

Sañudo García, Soledad	26
Sarsanedas Castellanos, Eugenia	47, 61, 65
Sastre Barcelo, Jaume	29, 67
Sastre Ibarreche, Isabel	15
Serra, Agustín Albarracín	1
Serrano, Ramón C. Romero	5
Silva Fajardo, Tomás	14
Sordo González, Miguel	11, 23, 34, 40, 46, 50, 52, 56, 75
Sordo Pareja, Juan Miguel	75
Soriano Pérez-Chirinos, Francisco	57
Suanzes Hernández, Jorge	49
Tapia Gutiérrez, Ana	58
Tarragona Francés, Raquel	8, 27
Toledo Atucha, Estefanía	53, 66
Torre Lloveras, Pilar	47, 61, 65
Torres Magán, Marta Susana	18, 31, 41
Tristán Fernández, Amalia	19
Valcarce Miranda, Beatriz	78, 79
Vázquez Río, Encarnación	32
Vicente Arbelaiz, María Jesús	8, 27
Vidal Sanz, Juan	26
Vilardell Ramoneda, Lluís	38
Vilchez Perdigón, Carmen	20, 62
Villanueva Ferragud, Silvia	74
Villarroel Gil, Pedro S.	68
Vírseda, Juan Antonio Vicente	54
Visus Eraso, Ángel Manuel	8, 27

índice

INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN	Nº comunicación
Agencia Valenciana de Salud. Valencia.	24
AGS Sur de Granada	44
Área Sanitaria Ferrol. A Coruña	49
C.H.U. de Vigo. Pontevedra	49,63
Centro de Consultas Príncipe de Viana	55, 71, 72
Centro de Especialidades Monteolivete. Valencia.	24, 57
Complejo Asistencial de Ávila	33, 64
Complejo Asistencial de Zamora	80, 81
Complejo Universitario de Albacete. Albacete	20, 62
Conselleria de Sanidade, Santiago de C. A Coruña	49
Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia.	74
Delegación Salud. Málaga	25
Dirección General de Atención Sanitaria del SESCAM. Toledo	20, 62
Dirección General de Salud Pública. Comunitat Valenciana	9
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria	1
Dirección Xeral de Saúde Pública, Santiago de C. A Coruña	49
Fundació Puigvert. Barcelona	17, 22
GAP Ciudad Real. Ciudad Real	7
Gerencia Única Altiplano.Yecla (Murcia)	78, 79
Hospital Carlos III. Madrid	14
Hospital de Cabueñes. Asturias	12, 32
Hospital de Galdakao. Vizcaya	3
Hospital de la Línea de la Concepcion. Cádiz.	58
Hospital de Móstoles. Madrid	10, 42
Hospital de Navarra	8, 27
Hospital Esperanza. IMAS. Barcelona	65
Hospital Fuenlabrada. Madrid	7
Hospital General de Castellón	37, 39, 69, 74
Hospital General de Tomelloso. Ciudad Real	20, 62
Hospital Gutiérrez Ortega de Valdepeñas. Ciudad Real	20, 62
Hospital Jarrío. Asturias	7, 21, 73
Hospital La Pedrera.Alicante	74
Hospital Mar. IMAS. Barcelona	65
Hospital Marina Baixa. Alicante	9, 74
Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Toledo	20, 62
Hospital Ramon y Cajal. Madrid	16, 36
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga	25
Hospital Reina Sofia. Córdoba.	35, 70
Hospital Sierrallana. Cantabria.	30, 45
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid	11, 23, 29, 34, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 56, 67, 75, 77
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia	5, 24, 57
Hospital Universitario La Fe. Valencia	39
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.Madrid	18, 31, 41
Hospital Universitario Río Hortega- Valladolid	26
Hospital Universitario San Cecilio de Granada	19
Hospital Universitario Santa María del Rosel. Murcia	7
Hospital Universitario Vall d'Hebron	38
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia	7
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga	13
Hospital Valme. Sevilla	6

índice

Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Toledo.	20, 62
Hospital Virgen del Camino. Pamplona	53,66
IASIST	2, 59
IDT- DOCUTECA	26
Innovasalud Consultoría Sanitaria	4
Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona	61, 65
Servicio Andaluz de Salud. Sevilla	48
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	28, 60
Thera. Barcelona	17, 22
Universidad Miguel Hernández. Elche - Alicante	78, 79

Instrucciones para los autores

Papeles Médicos publica trabajos originales, comunicaciones breves, artículos de revisión, cartas al director y otros artículos especiales referentes a todos los aspectos relacionados con los Sistemas de Información y la Documentación Médica. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver) con las especificaciones que se detallan a continuación.

Remisión de trabajos

Se enviará una copia del manuscrito a: Rafael Alexandre Benavent. Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, Avda. Blasco Ibáñez, 15, 46010 Valencia.

Junto al artículo deberá enviar:

- Carta de presentación firmada por todos los autores en la que se indique expresamente que el trabajo es original, y que no ha sido previamente publicado ni remitido a otro medio para su publicación.
- Disquete informático o CD con el texto, tablas y figuras, especificando los nombres de los archivos y programas utilizados.

Proceso editorial

1. Papeles Médicos acusa recibo de los trabajos remitidos.
2. El Comité de Redacción realiza una evaluación de los trabajos recibidos con respuesta en un tiempo máximo de un mes, tras lo que se comunica al autor responsable de la correspondencia la decisión acerca del manuscrito (aceptación sin cambios, revisión, no aceptación) y los pasos que los autores deben seguir para la aceptación final del manuscrito.
3. Corrección de pruebas: Se enviará una prueba de composición del artículo al autor responsable de la correspondencia. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas a la redacción de la revista en un plazo de 72 horas. El Comité de Redacción se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de

impresión.

4. Los artículos que sean aceptados para publicación en la revista quedarán en poder permanente de Papeles Médicos y no podrán ser reproducidos ni total ni parcialmente sin su permiso.
5. Papeles Médicos se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el manuscrito en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que de ello se derive un cambio de su contenido.
6. Política editorial: Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son exclusivamente del autor o autores.

Secciones

Originales: Trabajos de investigación sobre cualquier tema de interés en Documentación Médica que tengan forma de trabajo científico con los siguientes apartados: introducción, métodos, resultados y discusión. La extensión máxima del texto será de diez hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose hasta un máximo de siete figuras o tablas. Los trabajos originales incluirán un resumen que no exceda de las 250 palabras. Se recomienda no sobrepasar las 35 referencias bibliográficas.

Comunicaciones breves: Esta sección tiene como objetivo comunicar experiencias de práctica profesional en los diversos ámbitos de la Documentación Médica que contengan componentes novedosos y relevantes para el ejercicio profesional. La extensión máxima del texto será de cinco hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose hasta tres tablas o figuras y diez referencias bibliográficas.

Cartas al director: Pretende incluir las observaciones científicas y de opinión formalmente aceptables sobre trabajos publicados recientemente en la revista, u otros temas de relevancia y actualidad en Documentación Médica. La extensión máxima será de dos hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose

se una tabla o figura y hasta cinco referencias bibliográficas.

Revisiones: Trabajos de revisión sobre temas relevantes y de actualidad en Documentación Médica. La extensión máxima del texto será de quince hojas DIN-A4, mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose hasta un máximo de siete tablas o figuras y un máximo de 100 referencias bibliográficas. Los trabajos de revisión incluirán un resumen máximo de 250 palabras.

Otras secciones: La revista incluye además las siguientes secciones: Editorial, Artículos especiales, Formación continuada, Temas de actualidad, Agenda y Reseña bibliográfica.

Preparación del artículo

El autor debe enviar un juego completo del manuscrito, mecanografiado a doble espacio en todas sus secciones. Se emplearán hojas DIN-A4 con márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm y numeración consecutiva empezando por la página del título en el ángulo inferior derecho.

Papeles Médicos publica los artículos en castellano y cualquiera de las distintas lenguas oficiales de las Comunidades Autónomas del Estado. Los artículos escritos en estas últimas lenguas deberán ser remitidos junto con su versión completa en castellano. La corrección y equivalencia de ambas versiones es responsabilidad de los autores.

Primera página: página del título

Debe contener: a) El título del trabajo, b) Uno o dos apellidos de cada autor seguidos por las iniciales del nombre, c) Nombre (s) del (los) departamento(s) y la(s) institución(es) donde se haya realizado el trabajo, d) Nombre completo, dirección postal, número de teléfono y fax, y dirección de correo electrónico del autor responsable de la correspondencia.

Segunda página

En la segunda página figurará un resumen (de no más de 250 palabras). En la misma hoja aparecerá una relación con las palabras clave (máximo de cinco).

Tercera página

Se incluirá la traducción al inglés del título, resumen y palabras clave de artículo.

Texto

Como se ha citado anteriormente, los originales deberán contener los siguientes apartados: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. En el resto de los artículos podrán figurar apartados diferentes a los mencionados.

Introducción

Presentará los objetivos del artículo y se resumirá la justificación del trabajo. En esta sección del artículo se incluirá únicamente las referencias bibliográficas estrictamente pertinentes y no se incluirán datos o conclusiones del trabajo.

Métodos

Describa con claridad la selección de los sujetos o elementos objeto del estudio. Se identificarán los métodos, los equipos y los procedimientos con suficiente detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

Resultados

Presente los resultados en el texto, tablas y gráficos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de las tablas o ilustraciones; destaque o resume tan sólo las observaciones más importantes.

Discusión

Haga hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Explique el significado de los resultados, las limitaciones del estudio, así como sus implicaciones en futuras investigaciones. Compare los resultados del estudio con los obtenidos por otros autores.

Agradecimientos

En este apartado podrán reconocerse: a) contribuciones que necesitan agradecimiento pero no autoría; b) agradecimiento por ayuda técnica; c) agradecimiento de apoyo material o financiero especificando la naturaleza de dicho apoyo, y d) relaciones financieras que puedan causar conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se identificarán en el texto con la correspondiente numeración correlativa mediante números arábigos en superíndice.

Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deben aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).

Las abreviaciones de las revistas se ajustarán a las que utiliza el Index Medicus de la National Library of Medicine o el Índice Médico Español

Las citas bibliográficas son responsabilidad de los autores y deben ser verificadas escrupulosamente por los mismos.

Las citas tendrán el formato propuesto por el Grupo Vancouver.

A continuación se dan unos ejemplos de referencias normalizadas para las tipologías documentales más usuales:

Artículos de revistas:

1. Artículo de revista habitual (citar todos los autores cuando sean seis o menos; si son siete o más, citar los seis primeros y añadir et al).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B, Black RJ, Masuyer E, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996; 124 (11): 980-3.

2. Autor colectivo (el autor es un equipo)

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust.* 1996; 164: 282-4.

3. No se menciona el autor

Cancer in South Africa. *S Afr Med J.* 1994; 84: 5-6.

Libros y otras monografías:

4. Autores individuales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses.* 2nd ed. New York: Delmar Publishers; 1996.

5. Director(es) de edición o compilación como autor(es)

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

(N. del T.: En español: editores)

6. Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management.* 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

(N. del T.: En castellano: En:)

7. Ponencia publicada

Sanz MA. La protección de datos y seguridad en la historia clínica informatizada. En: Sánchez C, editor. *Libro de Ponencias del 2º Congreso Nacional de Documentación Médica;* 1992 Sep 6-10; Granada, España: Sociedad Española de Documentación Médica; 1992. p. 35-40.

8. Tesis doctoral

Martín JP. La calidad de la información en las historias clínicas [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1995.

Otros trabajos publicados:

9. Artículo de periódico

Lee G. El gasto hospitalario: situación actual. *El País* 2000 Feb 28; p. 37 (col. 1-2).

10 Leyes

Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 (14 Diciembre 1999).

Material electrónico:

11. Artículo de revista en Internet

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 3p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

(N. del T.: En español: [serie en Internet]. [citado 12 Ago 2002]; [aprox. 3 p.]. Disponible en:)

12. Monografía en Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>.

(N. del T.: En español: [monografía en Internet]. [citado 9 Jul 2002]. Disponible en:)

13. Página principal de un sitio Web

Cancer-Pain-prg [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

(N. del T.: En español: [actualizado 16 May 2002; citado 9 Jul 2002]. Disponible en:)

Trabajos no publicados:

14. En prensa

González JL, Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

(N. del T.: En español: En prensa)

Tablas

Irán numeradas de manera correlativa. Escritas a doble espacio en hojas separadas se identifican con un número arábigo y un título en la parte superior. Deben contener las pertinentes notas explicativas al pie.

Figuras

Se entenderán como figuras las fotografías, gráficos, dibujos o esquemas. Las figuras no repetirán datos ya presentados en el texto o en las tablas. Las leyendas de la figura se escribirán a doble espacio y las figuras se identificarán con números arábigos que coincidan con su orden de aparición en el texto. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto.