



# PAPELES MÉDICOS

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA

vol.18  
2009

1



VOLUMEN 18  
NÚMERO

1

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

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

VOCAL: Josep Maria Casanelles Rosell  
Julio González-Outon Velázquez  
Julián Salvador Blanco  
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:

Sinapsis conocimiento y comunicación S.L.  
www.sinapsis.es  
902 93 12 09

# 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



## “Hacia la integración por la información: Nuevos retos, nuevas estrategias, nuevas tecnologías”

En nombre de las Sociedades Murciana y Española de Documentación Médica, os damos la bienvenida a las XIII Jornadas Nacionales de Documentación Médica, el foro de debate más importante en este año 2008 relacionado con la documentación científico-médica y clínica, gestión de pacientes y sistemas de información asistencial.

La ciudad de Murcia, en pleno apogeo primaveral, constituye un marco incomparable para la celebración de nuestras Jornadas Nacionales, dándonos cita en esta edición profesional con formación y trayectorias diferentes, pero con un interés común: Incorporar soluciones interdisciplinares que permitan la evolución y mejora continua de la calidad del Sistema de Salud mediante la información para todos.

La investigación en Sistemas de Información para la Gestión Sanitaria, la Protección de Datos de Carácter Personal en la Administración Sanitaria, y la aportación de diversos profesionales sobre el estado actual de la Historia Clínica Electrónica, son las mesas que junto a las experiencias seleccionadas por el Comité Científico suponen una oferta variada que intenta abarcar aspectos temáticos no recogidos en anteriores reuniones y aquéllos que consideramos pueden ser de mayor interés para nuestros socios y participantes.

Os esperamos con la mayor ilusión y es nuestro deseo que el intercambio de conocimientos y contactos personales que podáis establecer a lo largo de las Jornadas sean provechosos para todos, con la finalidad de prestar un mejor servicio a nuestros ciudadanos.

## PROGRAMA

### DÍA 5 DE JUNIO

#### 08:30 a 9:30

Recepción y acreditación de participantes.

#### 09:30 a 10:00

Apertura de las Jornadas.

#### 10:00 a 11:00

1ª Mesa de Trabajo: (primera parte)

#### LA IMPLICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA, LA CLÍNICA Y LA GESTIÓN EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SISTEMA DE SALUD: EL CASO PRÁCTICO DE LAS HOSPITALIZACIONES SENSIBLES A CUIDADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Ponencias:

- Qué sabemos, qué no sabemos y qué deberíamos saber sobre hospitalizaciones sensibles a cuidados de atención primaria.
- Dimensión de las hospitalizaciones sensibles a cuidados de atención primaria por niveles de análisis.

#### 11:00 a 11:30

Pausa café.

#### 11:30 a 13:00

1ª Mesa (2ª parte):

- Fortalezas y limitaciones del CMBD de hospitalización como base de datos secundaria.
- Las hospitalizaciones sensibles a cuidados de atención primaria desde la perspectiva clínica.
- La investigación traslacional y el trabajo en equipos multidisciplinares para la mejora de la calidad del sistema de salud.

#### 13:00 a 13:45

Discusión de paneles.

#### 13:45 a 16:30

Comida de trabajo.

#### 16:30 a 18:00

2ª Mesa de Trabajo:

#### LA PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA.

Ponencias:

- Los datos de salud.
- Derechos de los pacientes y usuarios en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD).
- Como aplicar la LOPD en un centro hospitalario.
- Cumplimiento de la LOPD por la Administración Sanitaria.

#### 18:00

Pausa café.

#### 18:30 a 19:00

Discusión de paneles.

#### 19:00

Visita guiada por el centro de la ciudad.

#### 22:00

Cena de Gala.

### DÍA 6 DE JUNIO

#### 9:30 a 11:30

3ª Mesa de Trabajo:

#### HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ¿ESTAMOS EN EL BUEN CAMINO?

Ponencias:

- Visión del clínico.
- Visión del informático.
- Aspectos legales de la Historia Clínica Electrónica.
- Papel integrador del documentalista.

#### 11:30

Pausa café.

#### 12:00 a 13:00

Acto de Clausura: (Entrega premios póster)

#### 13:00

Asamblea General de la SEDOM.

4 Editorial Editorial

---

5 Resumen Abstracts

---

76 Índice de autores Author's index

---

80 Índice de instituciones Institution's index

---

81 Información sobre el próximo congreso Information about next meeting

---

87 Normas de publicación Publishing standards

## “Hacia la integración por la información: Nuevos retos, nuevas estrategias, nuevas tecnologías”

Guilabert Giménez,  
Antonio y Chiner Bernabeu,  
Juan Manuel

Comité Científico XIII Jornadas Nacionales  
Documentación Médica.

La ciudad de Murcia, en pleno apogeo primaveral, acogió el pasado mes de junio a un gran número de profesionales de la documentación médica, siendo el marco de celebración de las XIII Jornadas Nacionales de Documentación Médica organizadas por la Sociedad Murciana de Documentación Médica.

La investigación en Sistemas de Información para la gestión sanitaria – hospitalizaciones sensibles a cuidados ambulatorios-, la protección de datos de carácter personal en la Administración Sanitaria y la aportación de diversos profesionales sobre el estado actual de la Historia Clínica Electrónica, constituyeron las tres mesas de trabajo que consiguieron reunir a magníficos profesionales de diversas áreas de conocimiento, y que a través de sus experiencias despertaron un gran interés entre los asistentes, dando además cumplida respuesta al lema de nuestras Jornadas.

La oferta científica se completó con las comunicaciones escritas presentadas, registrándose un total de sesenta y nueve pósters seleccionados, cifra que expresa el variado número de experiencias que tuvimos oportunidad de aprender en este foro.

Diez Comunidades Autónomas realizaron aportaciones científicas mediante comunicaciones; procediendo la mayoría de estos trabajos de Andalucía (26%) y la Región de Murcia (23%). Un número también relevante de comunicaciones procedían de Valencia, Madrid, Asturias y Galicia.

El Hospital Universitario Doce de Octubre y el Hospital Universitario Virgen de la Arrix-

ca se convirtieron en las Instituciones responsables que realizaron un número mayor en la aportación de trabajos. Otras Instituciones como el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital Morales Meseguer, Hospitales Reina Sofía de Murcia y Córdoba, y Hospital de Cabueñes –entre otros- tuvieron una presencia significativa en estas Jornadas a través de sus aportaciones científicas.

El premio al mejor trabajo científico fue entregado a la comunicación titulada “Validación extrínseca de los indicadores de seguridad de pacientes de la Agency for Healthcare Research and Quality”, de la que son autores Del Río Mata J., Conejo Gómez C. y Martínez Reina A.

Las XIII Jornadas de Documentación Médica son ya un pasado reciente que deseamos mantener en nuestra memoria a través de este número de la revista y cuyo análisis nos permite conocer de forma sencilla cuáles son los temas que más están preocupando a los documentalistas y, desde luego, una buena oportunidad para aprender de la experiencia y de gran ayuda a que futuras ediciones de estos foros reúnan características que lo hagan más atractivo a nuestros profesionales.

Nos vemos en nuestra próxima cita, en Madrid.

## Control y gestión de la utilización indebida de datos de identidad (Suplantación de Identidad)

Muñoz García, Ángel;  
Moreno González, Ángel;  
Aliaga Benítez, Manuel;  
Beades Martín, Paula;  
Pérez Rodríguez, Maria Isabel;  
Sastre Barceló, Jaume

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Contacto: Ángel Muñoz García

[amunoz.hdoc@salud.madrid.org](mailto:amunoz.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la relevancia de estos casos en el ámbito sanitario y en cumplimiento de la Orden 1285/2006, de 22 de junio, del Consejero de S. y C., por la que se regula la TSI en el ámbito de la Comunidad de Madrid, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 8/2001, de 13 de julio, Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid y normas concordantes, se hace necesaria, la implantación de un protocolo de funcionamiento que gestione la detección de la Utilización indebida de documentos y/o datos de identidad ajenos.

### OBJETIVOS

Protocolo de actuación para tales casos, siendo el ámbito de aplicación todos los pacientes atendidos en el Área 11 de Atención Especializada que se detecten por haber utilizado datos de identidad de otra persona. Control de calidad y gestión de todos los casos detectados mediante dicho protocolo y mejora del FMP del Hospital.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Divulgación a todo el personal implicado en la atención al usuario del Protocolo de actuación en caso de utilización indebida de datos de identidad.

### RESULTADOS

El número de casos hasta el momento es de cinco usuarios, pero el resultado en la aplicación del protocolo ha sido claro, rápido y efectivo.

### CONCLUSIONES

Se ha mejorado la BD de filiación de pacientes del Hospital y evitado consecuencias sanitario/jurídicas al Hospital.

## Codificando el maltrato en el IMAS

Castillo Gómez, María Teresa;  
Sarsanedas Castellanos, Eugenia;  
Torre Lloberas, Pilar

Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.  
Contacto: Eugenia Sarsanedas Castellanos  
[esarsanedas@hospitaldelmar.cat](mailto:esarsanedas@hospitaldelmar.cat)

### INTRODUCCIÓN

Siendo el maltrato un problema de salud y su detección uno de los objetivos del Plan de Salud de Cataluña, en Octubre de 2002 se crea en el IMAS la Comisión Técnica en Atención al Maltrato. Uno de los objetivos específicos de la comisión fue realizar un registro informático y un sistema que codificación que garantizara la confidencialidad de los maltratos atendidos en sus centros.

### OBJETIVOS

- Del lenguaje natural a un lenguaje codificado (CIE-9-MC)
- Describir los tipos de maltratos atendidos en el IMAS.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un mapa anatómico se registran:

Antecedentes, comorbilidades, estados de salud.  
Tipo de lesión-lesiones, tipo de maltrato, mecanismo de la lesión, autor del maltrato.  
Situación psicosocial de la persona maltratada y/o del maltratador.  
Detección del maltrato por el profesional o manifestado por la persona maltratada.

Se codifican las asistencias por maltrato con códigos de la CIE-9-MC y se registran en el sistema informático del hospital.

### RESULTADOS

De julio 2003 a diciembre 2007 se atendieron 2326 casos; 123 han sido maltratos infantiles (<18 años), 2169 violencia de género (18- 74 años) y 34 maltratos a ancianos (> 74 años). En 2003 se atendieron 227casos, en 2004 707, en 2005 539, en 2006 438 y en 2007 415. Según el maltrato recibido ha habido: 2116 maltratos físicos, 85 psíquicos.

### CONCLUSIONES

Mediante un registro centralizado y efectuado por profesionales de la documentación médica se amplía la información y se describen de forma más específica los maltratos atendidos en los servicio de urgencias del IMAS.



## El estudio de las fuentes de datos hospitalarios como oportunidad de mejora de la información del parto

(\*)Moreno Jiménez, María de los Angeles;  
(\*)Guilabert Giménez, Antonio;  
(\*)Valcarce Miranda, Beatriz;  
(\*\*)Guilabert Mora, Mercedes;  
(\*)De la Cruz Pérez, María Amparo;  
(\*)Castaño Serrano, Antonio.

(\*)Gerencia Área Única Altiplano. Yecla.  
(\*\*) Universidad Miguel Hernández. Departamento de Calidad. Elche.

Contacto: María de los Ángeles Moreno Jiménez  
[mariaa.moreno3@carm.es](mailto:mariaa.moreno3@carm.es)

### INTRODUCCIÓN

Las necesidades de información de la CMBD Regional unido al reciente proceso de informatización que se está llevando a cabo, hacen recomendable una revisión de las fuentes de datos, proyectándose este estudio dentro de la estrategia de mejora de los procesos -iniciada a lo largo del año 2008- siendo el parto el proceso más frecuentemente atendido en el Centro.

### OBJETIVO

Obtener un censo definitivo de dispositivos de información para el registro de los partos en el CMBD que nos asegure todos los episodios registrables y la exactitud de su información.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Los criterios en los que se deben basar las posibles fuentes son la presencia de un conjunto mínimo de datos identificativos, fecha de contacto, diagnóstico de parto y organización cronológica y sin demoras. Para la evaluación de las fuentes se han utilizado como estudios el aporte de casos ofrecido por la fuente - Índice de Aporte e I. de Aporte Específico- y la exactitud de la información sobre el parto (Valor Predictivo Positivo).

### RESULTADOS

La selección definitiva proporciona dos fuentes -Paritorio y Anestesia- siendo la primera de ellas la que aporta el total de los episodios (100%) y además representa el mayor aporte

específico de casos (58,20%); manteniendo así mismo un adecuado nivel de exactitud en diversos datos considerados relevantes en el parto ( antecedentes obstétricos, edad gestacional, fecha y hora del parto, utilización de anestesia epidural, etc...).

### CONCLUSIONES

Los resultados proyectan un CMBD hospitalario apoyado en un registro de parto que permite garantizar la exhaustividad y validez de la casuística relacionada con estos procesos.

## Unidad de gestión de información en el área asistencial digestivo del hospital Virgen de la Arrixaca

León Molina, Joaquín;  
Carballo Álvarez, Luís Fernando;  
López Martínez, Purificación;  
Ono Ono, Akiko;  
Navarro Hernández, Regina;  
Vera Guirao, Juan José

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.  
Contacto: Joaquín León Molina  
[joaquin.leon@carm.es](mailto:joaquin.leon@carm.es)

### INTRODUCCIÓN

Dentro de la estructura del Área Asistencial de Digestivo (AAD) del Hospital Virgen de la Arrixaca existe, desde hace un año, una Unidad de Gestión de Información con características y funciones integradas como nexo y feed-back con la Dirección-Gerencia. Se han elaborado bases de datos (BD) para apoyar al profesional en tareas asistenciales, docentes e investigadoras y al equipo directivo en las de gestión

### METODOLOGIA

Diseño de BD Access® vinculando datos oficiales Selene® (hospitalización y demográficos) e incorporando del informe de alta informatizado diagnósticos literales, fecha y firma, obteniendo información independiente para elaborar informes quincenales sobre indicadores habituales

### RESULTADOS

1. Diariamente: Disponibilidad de informe previo a sesión matinal, sobre situación en planta, estancia media, ectópicos, urgencias (pendientes de cama o no) facilitando asignar pacientes según subespecialidad (Hígado, Gastro) y facultativos
2. Quincenalmente: informes sobre actividad de guardias (urgencias, plantas técnicas endoscópicas), indicadores de hospitalización, rendimientos de recursos y demora en realización del informe de alta.

### CONCLUSIONES

1. En los nuevos modelos de gestión hospitalaria gestionar información adquiere importancia estratégica al ser instrumento facilitador para mejorar de calidad asistencial y gestionar recursos: la información registrada es la única que se puede gestionar.
2. El desarrollo de fuentes de datos automatizadas en servicios de hospitalización facilita la cuantificación periódica de indicadores, asegurando el cumplimiento de objetivos e introducción de acciones de mejora continua: sólo es mejorable lo que se puede medir

## Revisión documental sobre el derecho del paciente de acceder a su historia clínica

León Molina, Joaquín;  
Carballo Álvarez, Luís Fernando;  
Cortes Angulo, Jenaro;  
Manzanera Saura, José Tomas;  
Ono Ono, Akiko;  
León Sancho, Joaquín.

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.  
Contacto: Joaquín León Molina  
joaquin.leon@carm.es

### INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica (HC) como conjunto de documentos sobre la salud del paciente debe ser única, completa, veraz, legible y accesible. No existen dudas sobre el acceso del paciente, pero si de familiares, terceras personas y casos particulares.

### METODOLOGIA

Lectura analítica de documentación pertinente. Posterior elaboración de conclusiones.

### RESULTADOS

No existe oposición al acceso del paciente a su HC, pero si al acceso total, motivado, principalmente, por anotaciones subjetivas, así como en casos problemáticos: familiares, menores, discapacitados, reclusos, pacientes psiquiátricos y fallecidos. La Ley 41/2002 (LAP), es la base normativa actual de referencia, prevaleciendo sobre la legislación autonómica. La Jurisprudencia anterior a la LAP se basa en la Ley General de Sanidad, principalmente. Posteriormente la LAP otorga derecho de acceso a la HC, excluyendo anotaciones subjetivas. Son fundamento, además, la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, destacando las resoluciones de la Agencia Española de Protección de Datos. La bibliografía anterior a la LAP resuelve el acceso a HC por el paciente en sentido afirmativo, aconsejando evitar soluciones rotundas. La Bibliografía posterior destaca que el derecho a la información es aplicable al derecho de acceso a la HC y a pesar de prohibición expresa del fallecido, si hay riesgo de salud debe reconocerse derecho de acceso

### CONCLUSIONES

El paciente tiene regulado positivamente el derecho de acceso a su HC.

Debemos:

- Extraer de la documentación anotaciones subjetivas y observaciones sobre terceras personas.
- Clarificar e individualizar situaciones especiales
- Evitar cursos extremos de denegación o acceso total.

## GRDs POTENCIALMENTE AMBULATORIOS EN EL SERVICIO GALEGO DE SAUDE (SERGAS)

(\*) Rey García, Gloria María;  
(\*\*) Falagán Mota, José Antonio

(\*) C.H.U. de Vigo. Vigo.  
(\*\*) C.H. Pontevedra. Pontevedra.  
Contacto: Gloria María Rey García  
gloria.rey.garcia@sergas.es

### INTRODUCCIÓN

Uno de los métodos para detectar la utilización inadecuada de recursos de hospitalización se basa en la catalogación de ciertos GRD's como potencialmente ambulatorios (PA). Hemos analizado y actualizado la clasificación de GRD's PA utilizada en el SERGAS, estudiando las variables que pudiesen influir en su catalogación como tales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se parte de 75 GRD's catalogados hasta el año 2005 como PA (40 quirúrgicos y 35 médicos).

- Se analizan las altas hospitalarias del año 2005 de los hospitales públicos de Galicia.
- Análisis de la descripción, contenido, estancia media, coeficiente de variación y comportamiento de cada GRD.
- Impacto ingresos programados sobre total de casos. Impacto motivo de alta. Estudio significación estadística.
- Análisis del comportamiento del diagnóstico principal dentro de cada GRD, cuando existen discordancias entre estancia media y coeficiente de variación.
- Propuesta de incorporación o exclusión del catalogo de PA.

### RESULTADOS

Existían 37 GRD's indebidamente catalogados como PA. Se demuestra una discrepancia estadísticamente significativa en la condición de ingreso programado.

### CONCLUSIONES

Un GRD por si no debe considerarse potencialmente ambulatorio y si, algunos casos incluidos en unos GRD's determinados:

- Resolución actual en régimen de hospitalización que sea susceptible de realizarse ambulatoriamente.
- Determinados GRD's quirúrgicos que tienen asociados procedimientos quirúrgicos.
- Algunos GRD's médicos que agrupan pacientes a los que se les realizan procesos quirúrgicos menores.
- Que el ingreso sea programado.
- Solo 38 GRD's pueden catalogarse como potencialmente ambulatorios en la versión 21.0. (32 quirúrgicos y 6 médicos).

## Metodología para catalogar un GRD como potencialmente ambulatorio. El ejemplo del GRD 162

(\*) Rey García, Gloria María;  
(\*\*) Falagán Mota, José Antonio.

(\*) C.H.U. de Vigo. Vigo.  
(\*\*) C.H. Pontevedra. Pontevedra  
Contacto: Gloria María Rey García  
gloria.rey.garcia@sergas.es

### INTRODUCCIÓN

Es un GRD quirúrgico que agrupa a pacientes mayores de 17 años ingresados por una enfermedad digestiva a quienes se les ha practicado una herniorrafia inguinal o crural. GRD considerado clásicamente potencialmente ambulatorio. El estudio pretende determinar si todos los casos incluidos en este GRD son susceptibles de ser potencialmente ambulatorios o existen variables que inciden en esta catalogación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio del comportamiento del GRD 162 durante el año 2005 en el SERGAS.
- Análisis de la estancia media y del coeficiente de variación.
- Impacto de los ingresos programados sobre el total de casos.
- Prueba de Levene para la homogeneidad de la varianza.
- Estudio de la significación estadística.
- Análisis del comportamiento del diagnóstico principal dentro del GRD.

### RESULTADOS

- Análisis por tipo de ingreso

- Análisis por Diagnóstico Principal:

Ingresos Programados:

75% Hernia inguinal unilateral o NEOM sin obstrucción o gangrena, con una E. M. de 1,98

95% Agrupa a las anteriores más las hernias unilaterales recurrentes y bilaterales, E. M. 2,04

Ingresos no programados.

El 70% de los casos presentan obstrucción o gangrena con una E. M. > 4.

### CONCLUSIONES

Hemos observado una discrepancia estadísticamente significativa según la condición de ingreso programado o no programado.

Los casos con ingreso programado asignados al GRD 162 pueden ser considerados como potencialmente ambulatorios. Los no programados quedan excluidos.

	Total Ingresos	Ingreso Programado	Ingreso No programado
<b>Episodios</b>	2.134	1.694	440
<b>Estancia media</b>	2,72	2,33	4,23
<b>Desviación estándar</b>	3	1,96	5,1
<b>Coficiente Variación</b>	1,1	0,84	1,21

## Cambio de pauta-indicación hacia derivación a HADO de pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (EDEV)

Rey García, Gloria María;  
Mediero Domínguez, Ana Isabel;  
Montes Santiago, Julio;  
Amador Barciela, Luís

C.H.U. de Vigo. Vigo.  
Contacto: Gloria María Rey García  
[gloria.rey.garcia@sergas.es](mailto:gloria.rey.garcia@sergas.es)

### INTRODUCCIÓN

El registro de actividad en hospitalización a domicilio (HADO) codificado con CIE-9- MC como herramienta de selección de casos, permite analizar a nivel de patología su coste-eficiencia y su impacto en gestión de recursos. Hemos evaluado el porcentaje de derivación de pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) y/o embolismo pulmonar (EP), directamente desde Urgencias a HADO.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de casos EDEV periodo 2002-2007 de pacientes en HADO, y de altas en hospitalización de Medicina Interna, en ambos casos con diagnóstico confirmado EP (D.P.: 415.1X , GRD: 78) y/o TVP (D.P.: 453.4X , GRD: 131) mediante programa explotación CMBD (SIAC-HA hospitalización) y explotación Base de Datos- HADO codificada con CIE-9-MC.

Estudio de J. Montes et. al. (2005)<sup>1</sup>. En él se concluía que el resultado de comparación entre costes HADO y hospitalización convencional para el tratamiento agudo de pacientes con EDEV, suponía un ahorro para la primera de 1.680 por paciente. Este valor se considera base para todos los años de este estudio con el incremento correspondiente de inflación anual.

### RESULTADOS

En el 2002 el porcentaje de pacientes con EDEV derivados directamente de Urgencias a HADO era de un 32%, paso al 33% en 2003, 36% en 2004, 47% en 2005, 65% en 2006 y 57% en 2007.

### CONCLUSIONES

Se confirma cambio de pauta-derivación a HADO de pacientes con EDEV directamente desde urgencias, lo que supone impacto directo en reducción costes, incremento disponibilidad camas hospitalización y ergo en programación quirúrgica y drenaje urgencias hacia hospitalización.

## Derivación de endoscopias a centros concertados. Año 2007.

Sordo González, Miguel;  
Moreno González, Ángel;  
Carbonero Aliaga, Manuel;  
Martín Mañas, Julio;  
Alemany Durán, Maria Montserrat;  
Martínez Bermúdez, Maria del Rosario

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Contacto: Miguel Sordo González

[msordo.hdoc@salud.madrid.org](mailto:msordo.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

Derivar pacientes a otros centros asistenciales se ha convertido en una labor rutinaria dentro de los Servicios de Admisión. Las Endoscopias Digestivas son pruebas con una elevada capacidad diagnóstica y terapéutica, por lo que tienen una demanda muy elevada. Nuestra Unidad de endoscopias no puede atender toda la demanda. Otros centros concertados colaboran en reducir la espera.

### OBJETIVOS

Disminuir la espera de las endoscopias digestivas derivando pacientes a Hospitales Concertados.

### MATERIAL Y MÉTODO

Bases de Datos de Consultas Externas.  
Análisis de la situación a través de información de las esperas y del número de endoscopias pendientes de realizar.

### RESULTADOS

EL SADC reunido con la Dirección Médica y la Unidad de Endoscopias define los criterios de derivación.

La Unidad de Endoscopias oferta al paciente la derivación. Le cita, le entrega la preparación y realiza la petición de analíticas.

El SADC envía el PIC y la relación de citas al Hospital concertado con una semana de antelación.

El Hospital Concertado realiza las Pruebas y remite los informes a la Unidad de Derivación de SADC, que captura la actividad y reenvía los resultados a la Unidad de Endoscopias.

Desde el 18 de junio al 31 de diciembre de

2007, se citan 824 endoscopias. Se realizan 763 (754 normales y 9 no programadas), fallan 61.

### CONCLUSIONES

Se ha disminuido la Espera para realización de endoscopias.

Es obligado utilizar un programa Informático común para mejorar la gestión de las citas al centralizar la gestión en un solo punto.

Disponibilidad y accesibilidad rápida de la información por parte de todo el personal implicado en el proceso de citación.

## Desarrollo de programas de formación continuada en citación de consulta externa

Sordo González, Miguel;  
Carbonero Aliaga, Manuel;  
Alemán Durán, María Montserrat;  
Martín Mañas, Julio;  
Aliaga Benítez, Manuel;  
Moreno González, Ángel

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.  
Contacto: Miguel Sordo González  
[msordo.hdoc@salud.madrid.org](mailto:msordo.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

Los continuos requerimientos en el desarrollo de las funciones encomendadas al SADC, hace necesario realizar una formación continuada del personal relacionado con las actividades de Consulta Externa. El objetivo institucional de Garantía de Demora hizo imprescindible transmitir a todo el personal implicado esta información. Se prepararon los cursos para formar a diferentes tipos de categoría profesional (Médicos. DUE. A Enfermería. Administrativos).

### OBJETIVOS

Transmitir a los profesionales implicados en la Cita en Consulta Externa, conocimientos, técnicas y habilidades necesarios para el correcto desempeño de sus cometidos y garantizar el correcto proceso de citación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Cada Alumno recibió 4 horas de clase Teórico-Práctica, con contenidos adecuados a los Objetivos anteriormente especificados.

### RESULTADOS

Cada grupo se coordinó por Médicos del SADC. Los profesionales fueron convocados por sus responsables directos (Supervisión de Enfermería, Coordinación de Administrativos, Supervisión de Área Funcional para los CEP). La formación se dividió en dos períodos, separados temporalmente 3 meses uno de otro. En la primera clase se explicaron los objetivos institucionales, se realizaron grupos de trabajo y en la segunda clase se revisaron de forma práctica cada una de las posibles situaciones

en el área de CE.

Los profesionales que se formaron fueron: Administrativos Hospital: 207, Administrativos Admisión: 55, DUE y A Enfermería: 78, Administrativos CEP: 161, Administrativos A Primaria: 118. Total 619.

### CONCLUSIONES

El SADC se conforma como pieza central para Formar al Personal implicado en CE. Para la transmisión de Objetivos es muy útil la utilización de los mecanismos de Formación Continuada.

La Docencia es parte fundamental en el trabajo de Médico del SADC.



## Control de la garantía de demora de pruebas técnicas

Alemany Durán, Monserrat;  
Moreno González, Ángel;  
Martínez Bermúdez, María Rosario;  
Martín Mañas, Julio;  
Sordo González, Miguel;  
Castro Peláez, Manuel

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.  
Contacto: Monserrat Alemany Durán  
[malemany.hdoc@salud.madrid.org](mailto:malemany.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

La Comunidad de Madrid se compromete a partir de Enero del 2006, a garantizar el tiempo de demora para la realización de una Mamografía en un periodo inferior a 40 días.

### OBJETIVOS

Seguimiento de los pacientes citados con demora no permitida superior a 40 días para la realización de Mamografías, Ecografías, RMN y TAC.

Análisis de situación de las citas realizadas y medidas a tomar.

### MATERIAL Y MÉTODO

-El Sadoc desarrolla una aplicación informática en Access mediante ODBC para el seguimiento de las citaciones diarias que selecciona las de demora no permitida realizando consultas, a tiempo real, al Fichero de citas Hp-His y que se puede consultar online desde el hospital y los Ceps.

-Recoge datos de la cita: agenda, días de demora, fecha indicación, fecha de la cita, fecha grabación, usuario y centro de grabación así como datos del origen de la cita: centro, servicio y médico solicitante.

-Así mismo, se envía diariamente vía E-mail, los pacientes con demora no permitida, a los Responsables de los distintos equipos administrativos para su revisión y puesta al día si procede.

### RESULTADOS

Ningún paciente espera más de 40 días para la realización de una Mamografía,

### CONCLUSIONES

El seguimiento de las citas sujetas a garantía de demora permite la detección de todas las citas que incumplen la misma.

Se realiza un control de calidad diario de las citaciones realizadas.

Facilita la toma de decisiones para la Gestión de Recursos Humanos y Técnicos.

Accesibilidad y disponibilidad rápida de la información por parte de todo el personal implicado.

## Proceso de eliminación de N° de historia provisional

Aliaga Benítez, Manuel;  
Carbonero Aliaga, Manuel;  
Moreno González, Ángel;  
Martín Mañas, Julio;  
Martínez Bermúdez, María Rosario;  
Sastre Barceló, Jaume

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.  
Contacto: Manuel Aliaga Benítez  
[maliaga.hdoc@salud.madrid.org](mailto:maliaga.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

El fichero índice de pacientes del HOSPITAL 12 DE OCTUBRE es utilizado por el hospital, cinco CEPs, 34 centros de salud. El número de historia (nh) provisional es un número que no crea dossier. En la realidad este número es usado en otros muchos ámbitos.

### OBJETIVOS

La comisión de Calidad del Sadoc, dentro de los objetivos para 2008, valoró la necesidad de eliminar la creación de nh provisional y sustituir este por nh definitivo a medida que los pacientes acuden al Área de Urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODO

El Sadoc en septiembre de 2003 elaboró un procedimiento de revisión de historia de provisional a definitivo, el 10 de febrero de 2008 se comienza a aplicar en todos los pacientes que acuden a urgencias. Si el paciente no tiene historia en el centro, se le adjudica una definitiva, si tiene una provisional se le cambia a definitiva. El número de usuarios que están interviniendo en el procedimiento es de 128, supervisado por cuatro jefes de grupo/equipo. Para realizar el control/supervisión se crea una aplicación en Access que mediante ODBC interacciona directamente con el Hp-His, realiza los siguientes controles:

- Control de historias fusionadas.
- Control de paso de provisional a definitivo.
- Provisionales pendientes de pasar a definitivo.
- Provisionales mal revisados.

### RESULTADOS

	Inicio 10/02/08	29/04/08
Nh Provisionales:	648012	639066
Nh Definitivas:	1600020	1624460
Nh Reconver:	Anterior 142125	8946
Media diaria:	Anterior 54,28	113,28

### CONCLUSIONES

No se generan nuevos números provisionales. Se evita las posibles duplicidades entre el número provisional y el definitivo. Es una mejora sustancial para el fichero maestro de pacientes.

## Cuadro de mando derivación pruebas técnicas

Aliaga Benítez, Manuel;  
Alemay Duran, Monserrat;  
Sordo González, Miguel;  
Carbonero Aliaga, Manuel;  
Sastre Barceló, Jaume;  
Gallego Cereceda, Maria José

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Contacto: Manuel Aliaga Benítez

[maliaga.hdoc@salud.madrid.org](mailto:maliaga.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

El número total de Pruebas Técnicas (Mamografías, Ecografías, RMN, TAC y Eco-Doppler) derivadas a Centros Concertados desde el Hospital Universitario 12 de Octubre, con 5 Centros de Atención Especializada y 40 Centros de Salud en el año 2007 fue de 52.347 pruebas.

### OBJETIVOS

Creación desde el Servicio de Admisión de un Cuadro de Mando para realizar el seguimiento de las Pruebas Contratadas, pruebas Realizadas, Demora Media de Entrega de las Pruebas, Pruebas citadas y Pruebas Pendientes según lo contratado.

### MATERIAL Y MÉTODO

El Sadoc crea un Aplicación en Access que accede mediante ODBC directamente a la Base de Datos de Hp-His, accesible a los responsables del Servicio de Admisión, Sub-Dirección de Gestión y Dirección de Sistemas de Información y Gestión de Pacientes.

Creación de un informe para realizar el seguimiento de las Pruebas Concertadas por: Tipo de Prueba, Centro Concertado y Agenda, de todas las Entradas y Salidas de Pruebas Técnicas.

Cada uno de los contratos viene identificado con la creación de una Agenda nueva.

### RESULTADOS

En el primer cuatrimestre de 2008 los resultados son:

Pruebas contratadas: 57.200 (para todo el año)

Pruebas Realizadas: 6.644

Demora Media Plazo de Entrega: 6,93 días

Pruebas Citadas: 3.782

Pruebas pendientes para finalizar el contrato: 46.774

### CONCLUSIONES

Accesibilidad y Disponibilidad en cualquier momento de la situación contractual.

Es una herramienta de Gestión para conocer en todo momento la demanda de pruebas y cargas de trabajo existente.

Control de Calidad sobre el plazo de entrega de los resultados de las pruebas.

## Aplicación del plan integral de reducción de lista de espera quirúrgica en la Comunidad de Madrid

Martínez Bermúdez, María del Rosario;  
Carbonero Aliaga, Manuel;  
Ferro Osuna, Manuel Jesús;  
Sordo González, Miguel;  
De Castro Peláez, Manuel;  
Gallego Cereceda, María José

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Contacto: María del Rosario Martínez Bermúdez

[mmartinezb.hdoc@salud.madrid.org](mailto:mmartinezb.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

La Comunidad de Madrid presenta en 2003 el Plan Integral de Reducción de LEQ, basada en el Real Decreto 605/2003,23 de Mayo y el Decreto 62/2004 15 de Abril del Consejo de Gobierno, por el que se disminuye la demora máxima de intervención a 30 días y se crea el registro unificado de pacientes.

### OBJETIVOS

Mecanización de los datos de hojas de inclusión traídas por el paciente a la Unidad de Gestión LEQ, ofertándose al tiempo la derivación a clínicas concertadas por la Comunidad de Madrid.

Preparación del paciente: preoperatorio y anestesia.

Programación y mecanización del parte de quirófano, de pacientes enviados por la Consejería de Sanidad denominados "pacientes diana"=pacientes cuya demora máxima=30 días en el mes en curso.

Cumplimiento objetivo de la Consejería de Sanidad: d. máxima=30 días.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se crea en el SADC la Unidad de Gestión de LEQ; SADC y los servicios quirúrgicos realizan programación y elaboración del quirófano.

### RESULTADOS

La Unidad de Gestión y el Plan Integral han conseguido:

Ofertar derivación a todos los pacientes en el momento de hacer la inclusión reduciendo el nº de llamadas.

Participación activa de los servicios quirúrgicos en la elaboración y programación del parte.

Disminución del volumen de las listas de espera y disminución de la demora máxima de todos los madrileños a 30 días, sin olvidar los pacientes que recibimos de otras comunidades.

### CONCLUSIONES

Se evidencia la disminución del volumen de pacientes en LEQ desde que se pone en marcha el Plan Integral de Reducción en el año 2003 hasta el año 2007.

Cumplimiento de la demora máxima de intervención=30 días espera de todos los madrileños.

## Protocolo de derivación de pruebas técnicas

Alemany Durán, Maria Montserrat;  
Aliaga Benítez, Manuel;  
Martínez Bermúdez, Maria del Rosario;  
Martín Mañas, Julio;  
De Castro Peláez, Manuel;  
Gallego Cereceda, Maria José

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Contacto: Maria Monserrat Alemany Durán

[malesmany.hdoc@salud.madrid.org](mailto:malesmany.hdoc@salud.madrid.org)

### INTRODUCCIÓN

En el año 2007 se realizaron en Centros Concertados, 19.117 RESONANCIAS MAGNETICAS, 14.971 ECOGRAFIAS, 10.145 MAMOGRAFIAS, 7.045 TAC y 1.069 ECO-DOPPLER.

### OBJETIVOS

Definir el Procedimiento de derivación de Pruebas Técnicas a Centros Concertados  
Proporcionar la cita óptima a los pacientes de estas prestaciones.  
Garantizar la demora < 40 días.  
Definir el procedimiento para el control de la facturación.

### MATERIAL Y MÉTODO

Creación de la Unidad de Derivación de Pruebas Especiales dentro del Servicio Admisión.  
Monitorización de la Actividad de citación de Pruebas Técnicas.

### RESULTADOS

El Proceso comienza con la petición de la Prueba Técnica por parte del Facultativo.  
Desde cualquier punto de citación se ofrece al paciente la posibilidad de derivación a un Centro Concertado optimizando así la cita.  
La Unidad de Derivación transmite periódicamente la Carga de Trabajo a dichos Centros.  
Realización de la Prueba y envío de los resultados a la Unidad de Derivación que realiza la Captura de actividad, remitiendo a los CEP, EAP y a Rayos Centrales los resultados con los listados de actividad para su distribución al Médico peticionario. Demora media de entrega de las pruebas: 6,8 días.  
La Unidad de Derivación remite a los Centros Concertados y al Servicio de Gestión Económica

información de la actividad realizada mensualmente.

### CONCLUSIONES

La implantación del Protocolo de Derivación es imprescindible para que funcione correctamente la Derivación.  
La Unidad de Derivación de Pruebas Especiales, liderada por el Médico de Admisión, se ha mostrado como un elemento eficaz en la coordinación del Proceso.  
Gracias a la implicación y especialización del Personal Administrativo es posible conseguir y mantener los objetivos propuestos.

## Validación extrínseca de los indicadores de seguridad de pacientes de la Agency for Healthcare Research and Quality

Del Río Mata, José;  
Conejo Gómez, Carolina;  
Martínez Reina, Alfonso

Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.  
Contacto: José Del Río Mata  
jose.rio.sspa@juntadeandalucia.es

### INTRODUCCIÓN

Entre 7,5-12,7% de pacientes hospitalizados sufren algún evento adverso iatrogénico, potencialmente evitable. El fenómeno conlleva incrementos de mortalidad (20,8%), estancias (8,5 días/paciente) y costes (2 billones). Para medir la situación, la Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) de los Estados Unidos ha desarrollado los Indicadores de Seguridad de Pacientes(ISP). Objetivo del trabajo: analizar la validez extrínseca de los mismos, entendiendo como tal, la derivada de fenómenos ajenos al diseño/estructura del indicador.

### METODOLOGÍA

- 1.- Estudio de los indicadores: diseño-arquitectura, evidencia disponible, problemas de validez y análisis empírico, comparando tasas de nuestro hospital con las publicadas por la AHRQ entre 2002-2006.
- 2.- Cálculo del valor predictivo positivo(VP ) mediante revisión de casos
- 3.- Intervención de mejora: Sesiones formativas sobre seguridad de pacientes, Presentación de resultados previos, Revisión de normas de codificación y tesauros.
- 4.- Revisión postintervención: ISP con VP previo <90%. Altas de 2007.

### RESULTADOS

Todos los indicadores, salvo 4, presentan un VP superior al 90%.

En la revisión postintervención todos los indicadores superan este valor:

ISP	Descripción	2002-2006	2007
2	Muertes en GRD de baja mortalidad	70,83	100
5	Cuerpo extraño dejado durante procedimiento	3,57	100
11	Fallo respiratorio postoperatorio	79,17	100
15	Laceración y punción accidental	83,28	90,62

### CONCLUSIONES

Robustez de indicadores

Validez extrínseca elevada

Necesidad de ampliar estudios:

- Validación intrínseca
- Análisis de sensibilidad
- Ampliar el marco a otros indicadores o iniciativas: Present On Admission

## Utilidad y rentabilidad de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana

Pajares Fernández, Alberto;  
Cincunegui Ateca, Cristina;  
Aldecoa Martínez, Isabel;  
Crespo De Santiago, Ana;  
Rodríguez Lera, María José;  
Ansorena Pool, Luís

Hospital Sierrallana. Torrelavega.  
Contacto: Alberto Pajares Fernández  
apajares@hsl.scsalud.es

### INTRODUCCIÓN

Existen dos razones para implantar las Unidades de Cuidados Intermedios (UI): la económica (alto coste de las UCI) y la asistencial (déficit de camas). Sierrallana puso en marcha la UI en 2006, unidad a caballo entre intensivos, urgencias y hospitalización tradicional, con el objetivo de atender 2 tipos de pacientes: los incluidos en protocolos de alta resolución y los inestables. La procedencia es: la propia urgencia o salas de hospitalización. Los criterios de selección son: pacientes inestables que precisan monitorización y no ventilación invasiva. Es una sala de 11 camas atendida por 1 médico de urgencias, 2 enfermeras y 2 auxiliares por turno.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño por parte del SADC de un sistema de información para los pacientes ingresados en la UI.
- Análisis de la Estancia Media, GRDs y costes de la UI del año 2007 y comparación con otras Unidades.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El SADC elaboró un programa para la gestión de pacientes en la UI que está siendo mantenido conjuntamente por el personal de enfermería de esa unidad.

Ingresaron 2.442 pacientes de los cuales 1.065 fueron alta a domicilio. La estancia media fue de 0,64 días lo que supuso que la estancia media global del hospital se redujera en 0,77 días (10,15%). En Intensivos se redujeron los ingresos un 26% evitándose habituales colapsos. De los 10 primeros GRDs, 7 son de cardiología, siendo el primero el 139: arritmias cardíacas (23%).

El coste por paciente fue de 193,59€ (peso medio de case mix: 1,01) frente a los 12.078,31€ (peso:6,47) en intensivos.

## Autoevaluación y mejora de la calidad asistencial de las Unidades de Documentación Clínica y Admisión (UDCA)

(\*) Romero Serrano, Ramón;  
(\*\*) Arasa Gastaldo, Esther;  
(\*\*) Lacruz Gimeno, Patricia;  
(\*\*) Sevillano Romero, Rosa;  
(\*\*) Visconti Gijón, José Vicente;  
(\*\*) Rodríguez Benito, Vicente Juan

(\*) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.  
(\*\*) Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias. Valencia.

Contacto: Esther Arasa Gastaldo  
[arasa\\_est@gva.es](mailto:arasa_est@gva.es)

### OBJETIVOS

Proporcionar a los profesionales un instrumento eficiente para la gestión de la mejora continua de sus actividades mediante el estudio y evaluación de los procesos claves, estratégicos y de apoyo de las UDCA.

### METODOLOGÍA

El sustrato de esta herramienta son las especificaciones de calidad (criterios) (n=367) incluidas en el Manual para la Acreditación. Las fases del proyecto han sido: 1. Análisis y síntesis de los criterios; 2. Elaboración de cuestiones que motiven la reflexión participativa; 3. Establecimiento del método de evaluación; 4. Identificación de aspectos que supongan un valor añadido para la mejora continua de la calidad. 5. Programación informática.

### RESULTADOS

Se ofrece una plataforma, con acceso restringido, para el análisis de los aspectos valorados en el Manual y que presta al profesional aspectos tales como: indicación de las pruebas documentales asociadas con especificación de su contenido mínimo, la posibilidad de definición de acciones de mejora (asignación de responsables y cronograma), el número de aspectos valorados y la puntuación obtenida. Asimismo, permite la obtención de listados de documentación, acciones de mejora pendientes y realizadas, etc.

### CONCLUSIONES

Se presenta a profesionales y gestores del sector una aplicación on-line que permite analizar su estructura, sus procesos y sus resultados mediante la reflexión participativa de la situación de la Unidad respecto a los criterios de calidad del Manual. Disponiéndose de una herramienta para la detección de fortalezas y debilidades y el posterior establecimiento de acciones de mejora, fomentando el trabajo en equipo y la participación de los profesionales en la toma de decisiones.



## La digitalización en el Hospital de la Plana

Muñoz Balada, Rodrigo

Hospital de la Plana. Vila-real (Castellón).

Contacto: Rodrigo Muñoz Balada  
munyoz\_rod@gva.es

### INTRODUCCIÓN

El Hospital de La Plana de Vila-real nace en el año 2000 tras trasladar el antiguo Hospital Gran Vía de Castellón que prestaba sus servicios desde 1972 y asumir su personal, su ámbito de cobertura y mejorar su cartera de servicios. Ya en 1997 por problemas de espacio, como Hospital Gran Vía se tuvo que tomar la decisión de digitalizar las historias pasivas que se archivaron en discos compactos (CD). En 2002 tan sólo dos años después de su apertura, el nuevo Hospital de La Plana presenta un problema de espacio que obliga a retomar la digitalización.

### OBJETIVOS

El principal objetivo es ahorrar espacio en el Archivo, pero hemos visto otros: Disponer en formato digital, de las historias clínicas que están en formato papel como puente con la historia electrónica, evitar el trasiego de las historias entre el archivo externo y el Archivo, facilitar el acceso a la información contenida en las historias y agilizar la búsqueda de datos.

### MATERIAL Y MÉTODO

La solución ante los problemas de espacio para nuestro hospital ha sido la digitalización que ha ido evolucionando a lo largo de estos años:

- Digitalización y entrega física (traslado de historias con SEUR) con un porcentaje de retorno de un 37-38%
- Digitalización y activación en formato electrónico.
- Digitalización y entrega mixta: Digitalizada/telemática
- Auto-digitalización: Digitalización de las hojas de urgencias
- Digitalización a demanda telemática que es el proyecto actual

### RESULTADOS

De las 200.000 historias que actualmente tiene el hospital, si quitamos las ficticias (historias sin carpeta), estas son nuestras cifras de historias digitalizadas:

AÑOS DE RETIRADA	TOTAL HISTORIAS	DATOS DE PARTIDA	DEVUELTAS	%
1997 a 2008	PASIVAS	168045	52653	31,33%
1997 a 2008	ÉXITUS	4550	68	1,49%

### CONCLUSIONES

Se libera espacio en el Archivo.  
Es posible la convivencia de la historia tradicional, la historia digitalizada y la electrónica.

## Mejoras en la codificación

Muñoz Balada, Rodrigo

Hospital de la Plana. Vila-real (Castellón).

Contacto: Rodrigo Muñoz Balada

[munyoz\\_rod@gva.es](mailto:munyoz_rod@gva.es)

### INTRODUCCIÓN

El Hospital de La Plana perteneciente a la Agencia Valenciana de Salud, dispone de 191 camas individuales.

La UDCA-Codificación en estos momentos codifica al año:

- Las aproximadamente 11.000 altas hospitalarias.
- De la UCSI 1500-2000 episodios.
- De la Unidad de Hospitalización a Domicilio 600 a 700 ingresos.

También ayuda y supervisa la codificación de la Lista de Espera Quirúrgica (5000 a 6000) y la actividad de quirófano (9000 a 10000).

La UDCA-Codificación actualmente utiliza dentro de su entorno informatizado de un módulo que sólo permite la codificación manual.

### OBJETIVOS

Se pretende:

- Mejorar el entorno de codificación,
- Las cifras de codificación del hospital.
- Incorporar funcionalidades de ayuda a la codificación.
- Mejorar la calidad al poder contrastar la información del informe de alta.

### MATERIALY MÉTODO

Se hace un trabajo conjunto con la Unidad de Informática del Hospital y la empresa informática que desarrolla las aplicaciones.

Se desarrolla un programa que sobre la base del anterior permite:

- Acceso y presentación de la historia clínica electrónica.
- Acceso al módulo de quirófano y a las intervenciones del episodio.
- Se mejora el buscador de episodios con posibilidad de entrar en hospitalización, urgencias, UCSI, UHD.
- Se habilita un codificador automático, de los literales introducidos.
- Se facilita la posibilidad de marcar diagnósticos de un paciente como “permanentes”, que ante un nuevo episodio del mismo paciente se mostraran, pudiéndose quitar o añadir.
- El módulo también tiene un mantenimiento de literales. con búsqueda de literales por los siguientes criterios: por activos e inactivos, por textos, por código CIE y también permite la desactivación de literales obsoletos o en desuso.

### RESULTADOS

Aunque tenemos poco tiempo de experiencia en su uso, se han conseguido los objetivos además de permitir codificar las Urgencias.

## Tipos de partos en el H.U.R.S. y comparativa de la edad media de las madres a nivel local, autonómico y nacional

Molina Martín, Julia;  
Rivas Gallego, Isabel María;  
Ferrete Gordillo, Inmaculada del Carmen;  
Guerrero López, Josefa;  
Romero Campos, Antonio Alejandro

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Contacto: Julia Molina Martín

[julia.molina.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:julia.molina.sspa@juntadeandalucia.es)

### INTRODUCCIÓN

La edad media de inicio de maternidad se incrementa notablemente en los últimos años. Con este estudio se pretende dar a conocer la edad media a nivel local y hacer una comparativa a nivel autonómico y nacional. También ver el tipo de parto, si es múltiple o no, sus pesos y edad gestacional.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Explotación de datos a través del CMBD de un periodo de tiempo determinado en H.U.R.S. de Córdoba.
- Instituto Nacional de Estadística con el fin de comparar los datos del H.U.R.S. de Córdoba con los de Andalucía y España.

### RESULTADOS

- En los últimos 20 años la edad media de las mujeres se ha ido incrementando hasta los 30-31 años de media. En Córdoba la amplitud del rango va de 15 a 46 años y la desviación estándar respecto a la media es de 5,66. Los estratos de edad de 26-30 años y de 31-35 años son donde más partos se han registrado.
- En los partos registrados en el año 2007, el 84% de los R.N. son con peso adecuado (2500g-4000g), el 8,2% son de bajo peso (>2500g) y el 5,7% son grandes para la edad gestacional (<4000g).
- En los tipos de partos podremos ver que los partos vaginales han ido decreciendo en el tiempo, situándose en 2007 en 41,7%,

frente al aumento de cesáreas y partos instrumentales (fórceps, ventosas...), casi equiparándose en el 2007, situándose en 12,3% y 10,5% respectivamente. En cuanto a la anestesia epidural observaremos que es en el año 2000 cuando se empieza a registrar en el CMBD.

- En los tipos de partos se observa que el 95,85% corresponde a RN único, el 4% a RN gemelar y un 0,1% a partos múltiples (a partir de 3).
- En cuanto a las semanas de gestación el 70,9% son normales (37-40sem), el 7,4% son prematuros (<37sem) y el 21,3% son prolongados (>40sem).

### CONCLUSIONES

- La edad media de embarazadas está por encima de los 30 años.
- El parto normal con RN único de adecuada edad y peso gestacional es el predominante.
- También, hay un gran número de partos por cesárea o instrumental, además de un número considerado de partos prolongados (>40 semanas de gestación).

## Influencia del diagnóstico en el nivel de complicaciones en prótesis de cadera

Rivas Gallego, Isabel María;  
Ferrete Gordillo, Inmaculada del Carmen;  
Guerrero López, Josefa;  
Molina Martín, Julia; Romero Campos,  
Antonio Alejandro

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Contacto: Isabel María Rivas Gallego

isabelm.rivas.sspa@juntadeandalucia.es

### INTRODUCCIÓN

Pretendemos conocer si la asignación del diagnóstico principal incide en la evolución inmediata de las intervenciones de prótesis de cadera, incluyendo prótesis totales y parciales.

Conocer tanto los factores que influyen en la aparición de las complicaciones: ya sean por causa traumática (accidentes) o patológica (coxartrosis), como el origen de las mismas (mecánicas o sépticas).

Los objetivos a mostrar son:

- Tasa global de complicación en artroplastias de cadera, tanto mecánicas como infecciosas.
- Incidencia de complicaciones según el diagnóstico.
- Incidencia de complicaciones por edad.
- Incidencia de complicaciones según por sexo.
- Número de estancias según diagnóstico.
- Incidencia de complicaciones por tipo de prótesis.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos utilizados para realizar el estudio se han obtenido a partir de:

- Codificación de episodios de hospitalización de 2007 en el H.U. Reina Sofía de Córdoba.
- Base de datos del CMBD.
- Estadística.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Según los datos estudiados:

- La asignación del diagnóstico principal incide en la evolución inmediata de intervenciones de prótesis de cadera, incluyendo prótesis totales y parciales.
- Los factores que influyen en la aparición de las complicaciones son por causa traumática (accidentes) o patológica (coxartrosis), el origen de las mismas son complicaciones mecánicas o sépticas.
- Predominio del uso de prótesis de tipo “total” en nuestro hospital.
- Principalmente son las mujeres las receptoras del mayor número de prótesis, tanto de tipo “total” como “parcial”.
- Dos tercios de las artroplastias realizadas, tienen como origen una patología no traumática, (coxartrosis, necrosis, etc.).
- Se observa un predominio de las complicaciones mecánicas sobre las de tipo infeccioso.
- Influye la edad en la aparición de complicaciones postquirúrgicas de artroplastias de cadera.

## Importancia de la biopsia en la detección precoz del cáncer de próstata

(\*) Guerreo López, Josefa;  
(\*) Molina Martín, Julia;  
(\*) Rivas Gallego, Isabel María;  
(\* \*) Román Gálvez, Rosario;  
(\*) Romero Campos, Antonio Alejandro;  
(\*) Ferrete Gordillo, Inmaculada del Carmen

(\*)Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.  
(\*\*)Hospital de Guadix. Guadix.

Contacto: Josefa Guerreo López  
pepiyaz4@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Dentro del proceso de detección precoz del cáncer de próstata la prueba diagnóstica de mayor relevancia es la biopsia percutánea, muestra de ello, es el aumento de utilización que ha experimentado.

Mostraremos:

- El número de resultados positivos respecto al total de pacientes sometidos a la prueba.
- Edades con mayor probabilidad de padecerlo.

### MATERIAL Y MÉTODO

- CMBD del Primer Trimestre del 2008 de biopsias en cirugía mayor ambulatoria del Hospital Universitario Reina Sofía.
- Plan de Prevención del Cáncer de Próstata de Andalucía y País Vasco.

### RESULTADOS

Gráficos:

- Número de casos por patología como resultado de la anatomía patológica: Ca. Próstata, Hiperplasia Benigna de Próstata, Prostatitis Crónico o Agudo, Prostatismo y Enfermedades Descartadas.
- Frecuencia de positividad de cáncer según edad.

### CONCLUSIONES

Mostrar el porcentaje de cáncer de próstata en función del total de biopsias del primer trimestre del 2008, para indicar su efectividad como prueba diagnóstica para la detección precoz.

En España, el margen de edad de riesgo está entre los 40 y los 80 años, aproximadamente, aumentando la probabilidad mientras más edad se tenga. La media se marca en los 50 años. Mostraremos si la media de nuestro hospital entra dentro de estos valores.

El cáncer de próstata tiene una tasa de mortalidad muy pequeña, por ser de crecimiento lento, estando en España entre el 15-20 X 100.000 hombres.

## Clasificación inicial de pacientes como método de reducción del tiempo medio de espera (TME) en consultas de ginecología

Rodríguez Rumayor, Gema;  
Delgado García, Amadeo;  
Martínez De Juan, Adela;  
Rodríguez Dapena, Silvia;  
Carrasco Benítez, Pilar;  
Parras Partido, Maria Paz

Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.  
Contacto: Gema Rodríguez Rumayor  
[grrumayor@telefonica.net](mailto:grrumayor@telefonica.net)

### INTRODUCCIÓN

La demanda de primeras consultas de Ginecología en el Complejo Hospitalario de Toledo (CHT) fue en aumento progresivo a lo largo del año 2007, con un incremento significativo en el tiempo medio de espera (TME) y el consiguiente riesgo de demorar en exceso determinadas patologías, graves o preferentes, pendientes de diagnóstico. Ante la sospecha de que un elevado porcentaje de las pacientes no eran en realidad susceptibles de consulta ginecológica sino que se trataba de mujeres sanas que demandaban una revisión anual de carácter preventivo, se decidió poner en marcha un plan de clasificación mediante una consulta de enfermería.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se organiza una consulta de enfermería en la que una enfermera y una auxiliar de enfermería clasifican a las pacientes a través de un cuestionario elaborado y validado por el Servicio de Ginecología del CHT.

### RESULTADOS

De las 13.383 mujeres vistas en consulta de enfermería, 4.294 (32%) han sido valoradas como mujer sana y han recibido el alta. El 62% (8.233) fueron valoradas como sospecha de patología ginecológica y citadas en consulta de Ginecología.

Durante el periodo de estudio se ha reducido la lista de espera de consultas de Ginecología del CHT de 3.862 a 175.

El TME en las consultas externas de Ginecología ha disminuido de 192,70 días a 70,83 días.

### CONCLUSIONES

El TME en consultas se puede reducir mediante una adecuada selección de pacientes y la consiguiente eliminación de citas innecesarias.

La consulta de enfermería resulta de gran utilidad para adecuar la demanda a la oferta en las consultas externas de determinados servicios médicos.

## Evaluación y mejora de la calidad de datos contenidos en el fichero maestro de pacientes

(\*) Valcarce Miranda, Beatriz;  
(\*) Guilabert Giménez, Antonio;  
(\*) Moreno Jiménez, María de los  
Ángeles;  
(\*\*) Guilabert Mora, Mercedes;  
(\*\*\*) Valbuena Moya, Susana.

(\*) Gerencia de Área del Altiplano. Yecla (Murcia).  
(\*\*) Universidad Miguel Hernández. Dpto. Psicología de  
la Salud. Elche (Alicante).  
(\*\*\*) Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de  
Murcia.

Contacto: Beatriz Valcarce Miranda  
[beatriz.valcarce@carm.es](mailto:beatriz.valcarce@carm.es)

### INTRODUCCIÓN

Mediante la informatización de Centros Sanitarios en el Área V de la Región de Murcia accedemos a un extenso conjunto de datos personales y por otra parte un registro inadecuado de los mismos confunde la información de un paciente con otro incluso puede ocasionar un error médico, debiendo asegurarnos de que accedemos al paciente correcto. Ante esta problemática y en el contexto del Programa de Seguridad del Paciente y de la integración del Registro de Tarjeta Sanitaria Regional, se desarrolla este estudio.

### OBJETIVO

Analizar la situación del F.M.P y establecer las acciones de mejora que garanticen la adecuada calidad del mismo.

### METODOLOGIA

La población de estudio se corresponden con los pacientes con número de historia clínica creado en el Hospital Virgen del Castillo, utilizándose un muestreo aleatorio sistemático con todos los historiales abiertos hasta el año 2007.

Para la evaluación del F.M.P se ha utilizado como patrón el Registro Regional de Tarjeta Sanitaria, midiéndose la cumplimentación y concordancia entre ambos ficheros.

### RESULTADOS

La Cobertura de Tarjeta Sanitaria es del 60%; la concordancia máxima obtenida en los datos identificativos críticos se sitúa en el 58,5% y en los correspondientes a residencia habitual el 50,5%, con una clara dependencia en el aporte específico de estos datos del F.M.P.

### CONCLUSIONES

Como acciones de mejora -dadas las limitaciones actuales de Tarjeta Sanitaria Regional- se han iniciado las siguientes:

1. Actualización del Protocolo de Filiación común de pacientes.
2. Establecimiento e implantación de procedimientos de control del F.M.P., fundamentalmente dirigidos a los errores de filiación que puedan ocasionar duplicados y a los causados por inadecuada cumplimentación de datos o falta de exactitud de los mismos.

## Gestión de pacientes ¿dónde?

Fernández Muñoz, Paloma;  
Carnicero Marques, Juan;  
Colomo Fernández, Jesús;  
Quirós García, Julio;  
Suárez Carbajal, María;  
Suárez Martínez, Gonzalo

Hospital de Cabueñes. Gijón.  
Contacto: Paloma Fernández Muñoz  
[paloma.fernandez@sespa.princast.es](mailto:paloma.fernandez@sespa.princast.es)

### INTRODUCCIÓN

La informatización de la Gestión de Pacientes (SIGEP) clásicamente se ha circunscrito a las áreas de Admisión, Coordinación y Documentación Clínica. Sin embargo, la evolución de los soportes informáticos hacia sistemas más integrados permite la sustitución de circuitos manuales y la descentralización de ciertas tareas que pasan a realizarse en los servicios clínicos.

### OBJETIVOS

Desarrollar el perfil específico para las Secretarías.

Aumentar el conocimiento de la herramienta informática y su correcta utilización:

- elaborando una guía
- realizando acciones formativas

### MATERIAL Y MÉTODOS

Identificar usuarios potenciales.

Tipificar tareas y necesidades de información.

Buscar opciones útiles dentro del SIGEP.

Definir un perfil propio.

Implementar el menú.

Elaborar una guía de utilización.

Realizar acciones de formación.

Diseñar un circuito de reevaluación.

### RESULTADOS

Existen 17 Secretarías (48% en servicios quirúrgicos) con 21 secretarías.

Las tareas y necesidades de información están determinadas, fundamentalmente, por el carácter quirúrgico o no del Servicio.

El sistema informático actual permite, combinando submenús y restricciones, definir un perfil específico.

En este momento, el menú integra 16 opciones.

Hemos elaborado una Guía de utilización.

Se incluyó en la oferta formativa un curso dirigido al área administrativa. Realizamos ya una edición, siendo buena la valoración recibida.

Diseñamos un circuito para recoger sugerencias, dudas... sobre el perfil y la guía.

### CONCLUSIONES

La extensión de la Gestión de Pacientes a otras áreas debe ir acompañada de un trabajo de colaboración entre las áreas funcionales y técnicas, que trasladen a los nuevos usuarios una visión integral del SIGEP y les faciliten su utilización.



## Turismo y asistencia sanitaria: análisis de la casuística hospitalaria de la población extranjera

Esplugues Pellicer, Josep Xavier;  
Sáez Llorca, Isabel;  
Rodríguez Rodríguez, Pascual;  
Company Beltran, Vicente

Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.  
Contacto: Pascual Rodríguez Rodríguez  
rodriguez\_pas@gva.es

### INTRODUCCIÓN

Estudio de la casuística hospitalaria de la asistencia a la población extranjera, residente o turista, en la comarca de la Marina Baixa, donde se incluye la localidad turística de Benidorm.

### OBJETIVOS

Analizar el perfil del Case Mix de la población extranjera que ingresa en un hospital ubicado en una comarca eminentemente residencial y destino turístico como la Costa Blanca alicantina.

### MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se revisaron los datos del CMBD de aquellos ingresos cuya localidad de residencia se hallaba fuera del territorio español a lo largo del 2007. Se agruparon los resultados por edad, sexo, servicios, diagnóstico principal, procedimiento principal, GRD más significativos y análisis de costes.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Durante el 2007 se produjeron 393 ingresos de extranjeros, el 3,03% del total. Principalmente británicos (54,2%), alemanes (7,6%) y franceses (6,87%), con un claro predominio masculino (el 61,07%) y una media de edad de 54,64 años, más elevada para las patologías médicas (63,31 años). Se generaron 2.339 días de hospitalización, con una estancia media de 5,95 días (7,74 en las especialidades quirúrgicas). Las enfermedades más prevalentes fueron las fracturas, sobretodo cadera, seguido de la cardiopatía isquémica. La intervención quirúrgica más habitual fue la reducción de fractura. Los GRD más significativos se relacionaron con la patología cardíaca y traumatológica, con un coste cercano al medio millón de euros.

### CONCLUSIONES

El 3% de los ingresos corresponden a población extranjera, fundamentalmente hombre británico de 63 años, con patología traumática o cardíaca.

Este grupo de población consumió el 3% de las estancias.

## Evaluación de las historias clínicas utilizando los estándares internacionales de acreditación de hospitales (JCI): nuevo enfoque, otras dificultades

Fernández Muñoz, Paloma;  
Babio Herraíz, Jesús;  
García-Alcalde Fernández, María Luisa;  
Gutiérrez Del Río, Carmen;  
Rodríguez Rodríguez, Carmen;  
Suárez Laurés, Ana

Hospital de Cabueñes. Gijón.  
Contacto: Paloma Fernández Muñoz  
paloma.fernandez@sespa.pricast.es

### INTRODUCCIÓN

La Comisión de Historias Clínicas tiene, entre sus funciones, la evaluación de la cumplimentación de las historias clínicas (HC). En los últimos años ha adoptado el modelo propuesto para la acreditación con los Estándares Internacionales.

### OBJETIVO

Evaluar la cumplimentación de las HC, para las funciones centradas en el paciente: Accesibilidad y Continuidad en la Atención (ACA), Derechos del paciente y su familia (DPF) y Atención al Paciente (AAP).

### MATERIAL Y MÉTODO

Aplicación de la metodología marcada por JCI.

Estándares incluidos:

- ACA.1.4 (resultados de pruebas diagnósticas)
- ACA.3.3 (informe de alta)
- DPF.9.2.1, DPF.9.4 y DPF.9.6 (consentimiento informado)
- AAP.2.1 (planificación de la atención)
- AAP.2.5 (revisión del plan de atención)

Muestra aleatoria de las altas de hospitalización de los años 2005, 2006 y 2007.

Análisis comparativo de los resultados obtenidos.

### RESULTADOS

ACA.1.4: 83% en 2006, 96% en 2007.

ACA.3.3: los resultados para los distintos elementos de medición se movieron en un rango amplio: 64-91% en 2005, 72-99% en 2006 y 76%-97%.

AAP.2.1: 89% en 2005 y 80% en 2007.

AAP.2.5: 92% en 2005 y 76% en 2007.

Detectamos problemas metodológicos que dificultaron la comparabilidad en algunos ítems.

### CONCLUSIONES

Los estándares proporcionan los elementos de medición básicos para revisar las HC con un enfoque nuevo.

Hemos introducido cambios metodológicos, buscando simplificar la revisión, obtener una reproducibilidad mayor de los resultados y asegurar su comparabilidad.

Existe una evolución positiva en la cumplimentación global de las HC.

Se han realizado acciones de difusión e información para mejorar nuestros resultados.

## Estudio de los reingresos hospitalarios durante un periodo de 3 años de un hospital de III nivel

(\*)Osuna Cortés, María del Carmen;  
 (\*)Fernández Valdivia, Antonia;  
 (\*)Castillo Valenzuela, Marino;  
 (\*\*)Orihuela González, Inmaculada;  
 (\*\*\*)Moreno Ramos, Laura;  
 (\*\*\*\*) Pozuelo Galán, Francisco Javier

(\*)Hospital Universitario de las Nieves. Granada.  
 (\*\*)Hospital Clínico Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.  
 (\*\*\*) No acredita centro.Granada.  
 (\*\*\*\*) Hospital de Alta Resolución. Guadix. Granada.

Contacto: María del Carmen Osuna Cortés  
 mcarmen.osuna@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad asistencial es la atención sanitaria que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina recursos necesarios a dichas necesidades.

Uno de los indicadores de medición de calidad asistencial en el ámbito hospitalario son los reingresos.

El análisis de estos indicadores es importante para la mejora de la asistencia sanitaria, siendo de interés tanto para clínicos como para los gestores sanitarios.

Hemos considerado reingreso a todo ingreso urgente hospitalario con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta.

### MÉTODO

Se ha explotado la información obtenida a partir del Conjunto Mínimo Básico de datos de hospitalización (años 2005-2007), agrupando a los pacientes en aGRD (GRD adyacente: GRD adyacente: no tienen en cuenta la comorbilidad, complicación o edad).

### CONCLUSIONES

El Agrd 372 de Destino (Parto Vaginal sin procedimiento quirúrgico), es el más frecuente en los 3 años y ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo de los mismos.

El Agrd 379 de Destino (Amenaza de aborto) ha ido disminuyendo de forma considerable en el 2007.

	AGRD ORIGEN	AGRD DESTINO	Nº EPISODIOS
2005	382 Falsos dolores de parto	372 Parto vaginal	117
		382	53
	379 Amenaza de aborto	372 Parto vaginal	54
		379	72
	383 Otros diagnósticos preparto	372 Parto vaginal	57
		383	41
2006	379 Amenaza de aborto	372 Parto vaginal	83
		382	34
	383 Otros diagnósticos preparto	372 Parto vaginal	51
		379	79
	383 Otros diagnósticos preparto	372 Parto vaginal	35
		383	31
2007	382 Falsos dolores de parto	372 Parto vaginal	67
		382	13
	379 Amenaza de aborto	372 Parto vaginal	45
		379	21
	383 Otros diagnósticos preparto	372 Parto vaginal	33
		383	18

## El servicio de admisión y documentación clínica en la evaluación de los procesos asistenciales integrados

(\* ) Posada Carlos, Andrés;  
 (\* ) González Tapia, Ana;  
 (\*\* ) González-Outon Serrano, Belén

(\* )A.G.S. Campo de Gibraltar. La Línea.  
 (\*\* ) No acredita centro. Chiclana.  
 Contacto: Andrés Posada Carlos  
[andres.posada.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:andres.posada.sspa@juntadeandalucia.es)

### INTRODUCCIÓN

La gestión integral de procesos se basa en la atención y respuesta única interniveles a las necesidades y problemas de salud. Cada uno de éstos dispone de normas de calidad y para su evaluación se definen distintos indicadores. La Unidad de Documentación Clínica conoce y valora las fuentes de información disponibles, permite validarlas y se convierte en instrumento válido de evaluación de las normas de calidad en su ámbito.

### OBJETIVO

La unidad de documentación clínica como herramienta en la evaluación de las normas de calidad en los procesos asistenciales integrados (PAIs).

### MÉTODO

Se analizan las normas de calidad evaluables desde el hospital de aquellos procesos implan-

tados en el Área de manera coordinada con AP.

Las fuentes de información varían en función del proceso y el indicador de la norma. La muestra se obtiene para un intervalo de confianza del 95%, aplicándose como referencias los valores mínimos y óptimos del indicador evaluado.

### CONCLUSIONES

- 1) Conocimiento escaso de las normas de calidad en algunos servicios.
- 2) Algunas normas de calidad no se pueden evaluar por no tener fuentes de información validadas
- 3) La Unidad de Documentación Clínica se convierte en instrumento importante de la evaluación de los PAIs.

### RESULTADO

PROCESO EN HLL	FUENTE INFORMACION	CUMPLE INDICADORES
HBP	No registros	0 de 1
Colelitiasis	Historia	1 de 2
Fractura de cadera	Historia	1 de 2
Cataratas	Historia	1 de 2
Diabetes	Registro Consultas	1 de 2
Ca Colorrectal	Anatomía patológica	0 de 1
Insuficiencia cardiaca	Historia	0 de 2
Acv	Historia	sí (2 de 3)
Ca cérvix	Anatomía patológica	sí (3 de 3)
Ca piel	Anatomía patológica	sí(2 de 2)
Demencia	Registro enfermería	1 de 1
Embarazo, parto, puerperio	Análisis clínico	1 de 2
Disfonía	Anatomía patológica	1 de 1
<b>TOTAL</b>		<b>14 de 24 [58,33%]</b>

## Adecuación de un código de la clasificación internacional de enfermedades al Síndrome de Diógenes

(\*) Osuna Cortés, María del Carmen;  
(\*) Fernández Valdivia, Antonia;  
(\*\*) Orihuela González, Inmaculada;  
(\*\*\*) Rodríguez Blanco, Iván David;  
(\*\*\*\*) Rodríguez Cabezas, María del Mar;  
(\*\*\*\*\*) Guerrero López, Isabel Rosario

(\*)Hospital Universitario de las Nieves. Granada.  
(\*\*)Hospital Clínico Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.  
(\*\*\*)Gestión Archivo Severiano Gestión S.L. Murcia.  
(\*\*\*\*) No acredita centro. Granada.  
(\*\*\*\*\*) Hospital Universitario de la Victoria. Málaga.

Contacto: María del Carmen Osuna Cortés  
mcarmen.osuna@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Diógenes es un filósofo de origen turco del año 413 a.C. Fue cínico y trasgresor, de aspecto descuidado y estilo burlón. El síndrome de Diógenes, aunque no concuerda exactamente con el personaje, sí es característica común que vive en el aislamiento, renunciando a vivir dignamente. Se caracteriza por un desorden del comportamiento que afecta normalmente a personas de edad avanzada, que viven solas, se aíslan voluntariamente y se acompañan en muchos casos de acumulación de grandes cantidades de dinero y/o basura u objetos varios. No tiene código en la clasificación internacional de enfermedades (C.I.E.) 9ª Revisión- Modificación Clínica. El objetivo de este trabajo es obtener un código de la CIE 9-RMC adecuada a la mencionada patología.

### MATERIAL Y MÉTODO

Los recursos empleados han sido la CIE 9-R MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica) y la información obtenida tras consultar con el Servicio de Psiquiatría. Se ha hecho una búsqueda en la CIE 10 dónde comprobamos que tampoco recogía esta patología como tal.

La entrada en el índice alfabético de la CIE 9-R MC ha sido la siguiente por:

Trastorno  
-comportamiento NCOC (véase además Perturbación, conducta) 312.9.  
Perturbación  
-conducta 312.9  
-tipo especificado NCOC 312.89  
Y añadimos:  
Aislamiento  
-social V62.4

### CONCLUSIONES

- No existe en la CIE 9-R MC un código más adecuado para esta patología.
- Es necesario las revisiones de la CIE para obviar este tipo de problemas.
- No se puede recuperar la información individual puesto que es un código que agrupa a otros trastornos de conducta.

## Fijaciones: la importancia de un buen informe de alta

(\*) Tapia Gutierrez Tapia, Ana;  
(\*\*) González-Outon Serrano, Belén;  
(\*) Posada Carlos, Andrés;

(\*)A.G.S. Campo de Gibraltar. La Línea.

(\*\*) No acredita centro. Chiclana.

Contacto: Andrés Posada Carlos

[andres.posada.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:andres.posada.sspa@juntadeandalucia.es)

### INTRODUCCIÓN

De todos es sabido que la información que recogemos en los informes de alta en ocasiones difiere bastante de la HC. En nuestro ámbito detectamos que en ocasiones no se especifican bien los fijadores externos o internos en las intervenciones de fracturas ni el sistema de aplicación.

### CONCLUSIONES

Debemos mejorar la comunicación con el servicio para conseguir un buen informe de alta que recoja las necesidades mínimas de información. Una vez más se demuestra la necesidad ineludible de codificar con la HC.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se obtiene una muestra aleatoria de 30 historias clínicas de pacientes ingresados en traumatología durante el primer trimestre del año 2008 por fracturas que requieren fijadores internos o externos recuperadas desde el cmbd. El estudio requiere una doble fase; la primera se codifican los informes de alta, y en la segunda fase utilizamos para ello la historia clínica completa

### RESULTADO

En la codificación de la HC, de 30 casos en 11 se aplican fijadores externos (36,66%) y de ellos solamente dos casos (6,66%) estaban bien reflejado en el informe de alta. Los nueve restantes se codificaron según la información existente en el informe de alta como fijadores internos, debiendo ser recodificadas. Esto supone que el 93,33 % de los fijadores externos que se codifican con el informe de alta se realiza erróneamente por información insuficiente, perdiendo además la información del sistema de aplicación de los fijadores externos (monolaterales, circulares o híbridos), tal y como viene recogido en la edición CIE- 9MC de 2008.

## Evaluación de la calidad formal de la historia clínica en el Hospital Marina Baixa, 2006-2007

Sáez Lloret, Isabel;  
Esplugues Pellicer, Xavier;  
Leutscher, Edith;  
Rodríguez Rodríguez, Pascual;  
Company Beltran, Vicente;  
Azcarate, Gloria

Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.  
Contacto: Pascual Rodríguez Rodríguez  
rodriguez\_pas@gva.es

### INTRODUCCIÓN

Como paso previo a la implantación del Manual del uso y elaboración de la Historia Clínica elaborado por la Comisión de Historias Clínicas del Hospital Marina Baixa (HMB) se realizó una evaluación de la calidad formal de las historias clínicas para informar de la situación basal a los Servicios médicos y quirúrgicos del HMB.

### OBJETIVO

Evaluar la calidad formal de la historia clínica de hospitalización, es decir, su correcta estructuración por episodios asistenciales, la uniformidad de los documentos y su correcta identificación y elaboración, según el contenido mínimo establecido por la Ley 41/2002.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Diseño transversal.
- Fuente de datos y periodo de estudio: altas hospitalarias generadas por los episodios de hospitalización acontecidos entre el 1 de Julio de 2006 y el 30 de Junio de 2007 en el HMB, obtenidas del Registro de Hospitalización del CMBD (CMBD-H).
- Selección de la muestra: muestreo aleatorio estratificado por servicio.
- Método de evaluación: Evaluación cuantitativa retrospectiva de las historias clínicas seleccionadas en la muestra por medio de cuestionario.
- Análisis descriptivo por servicio y para el total de los servicios del HMB.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se presentan los resultados por servicio y para el total del HMB de la evaluación de la calidad formal de 436 historias clínicas (3,3% de las altas hospitalarias tras ajustar por servicio), seleccionadas aleatoriamente de las 13094 altas hospitalarias que tuvieron lugar entre el 1 de Julio de 2006 y el 30 de Junio de 2007.

## Estudio de concordancia en la codificación en los traslados de dos hospitales

(\*) Gamero González, Carmen;  
(\*\*) Rodríguez Rodríguez, Amelia

(\*)C.H. Torrecárdenas. Almería.  
(\*\*) Hospital de Poniente. El Ejido (Almería).

Contacto: Carmen Gamero González  
[maria.c.gamero.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:maria.c.gamero.sspa@juntadeandalucia.es)

### INTRODUCCIÓN

Se ha estudiado el grado de concordancia del diagnóstico principal en los cmbd del año 2007 entre el H. de Poniente que sería el hospital que traslada y C. H. Torrecardenas que sería el que recibe los traslados.

### MATERIAL Y METODOS

Partiendo de los bases de datos de los cmbd de que cada hospital.se han cruzado las informaciones de cada hospital mediante el NUHSA( Numero Universal Historia Salud de Andalucía),que sería el mismo, viendo que los traslados que hace H de Poniente ese día coincide con el ingreso en H. Torrecárdenas mediante la correspondiente concordancia de NUSHA y entonces se ve si hay concordancia de diagnóstico principal en ambos hospitales.

### RESULTADOS

Según las bases de datos del CMBD del C.H. Torrecardenas el año 2007 recibió 381 traslados del H. de Poniente, según las bases de datos del cmbd de dicho hospital remitió 197 traslados. De los 381 registros del CMBD el C. H. Torrecardenas 89 registros no tienen NUSHA, por lo que no se han podido estudiar. De los 292 registros comparables solo se han podido revisar 197 que son los registros que le consta en el CMBD del H. de Poniente que ha trasladado hacia el otro hospital. De estos 197 episodios estudiados han coincidido el 80% de los diagnósticos principales.

### CONCLUSIONES

Los 89 registros sin NUHSA son personas de procedencia extranjera. Las diferencias entre los cmbds de ambos hospitales se ha comprobado que es debido a que los traslados se hacen directamente desde el servicio de urgencias del hospital y por lo tanto no consta en su CMBD estos traslados.



## Circuito del archivo del H.U. Reina Sofía para el préstamo de historias clínicas a consultas externas

Ferrete Gordillo, Inmaculada del Carmen;  
Guerrero López, María José;  
Molina Martín, Julia;  
Rivas Gallego, Isabel María

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.  
Contacto: Inmaculada del Carmen Ferrete Gordillo  
[inma\\_84@hotmail.com](mailto:inma_84@hotmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Se explica el circuito del archivo para el servicio, préstamo y recogida de las historias clínicas para las consultas externas de los diferentes edificios que componen el HURS.

### MATERIAL Y MÉTODOS

El material utilizado ha sido el protocolo de archivo usado y la estadística de volúmenes de trabajo del primer semestre de 2007-

### RESULTADOS

Diagrama sobre el volumen de historias pedidas y prestadas y las no servidas para las consultas externas de dicho centro.

### CONCLUSIÓN

Intención de mejorar el circuito de archivo para que las historias pedidas para préstamos, lleguen a su destino, en el mínimo de tiempo posible

# Utilidad del cmbd hospitalario en la detección de reacciones adversas a medicamentos en Castilla la Mancha

(\*) López Cabanas, María José;  
 (\*\*\*) González Gómez, Adelaida;  
 (\*) Rodríguez Rumayor, Gema;  
 (\*\*\*) López Reneo, Raquel;  
 (\*\*\*\*) Curiel Iglesias, Begoña;  
 (\*\*\*\*\*) Vilchez Perdigon, Carmen

(\*)Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.  
 (\*\*\*)Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.  
 (\*\*\*\*)Dirección General de Atención Sanitaria. SESCAM. Toledo.  
 (\*\*\*\*\*)Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas.  
 (\*\*\*\*\*)Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Contacto: Adelaida González Gómez  
[adelaidag@sescam.org](mailto:adelaidag@sescam.org)

## INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son un problema emergente que constituye una de las prioridades en calidad. En España, la declaración de RAM se realiza de manera espontánea y voluntaria por los profesionales sanitarios (tarjeta amarilla). Diversos estudios confirman la mejora que se produce al incluir la búsqueda directa en las bases procedentes de los centros de atención primaria u hospitalarios. La hipótesis de que el CMBD pueda servir para fines de farmacovigilancia parece factible, ya que la obligatoriedad de codificar las variables diagnósticas de ingreso permite su consulta informática.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las altas hospitalarias de Castilla La Mancha de 2003 a 2006. Como fuente de información se utilizó el CMBD y se seleccionaron los episodios de hospitalización con al menos una RAM como diagnóstico principal o secundario.

## RESULTADOS

De las 643.019 altas hospitalarias registradas en Castilla La Mancha entre 2003 y 2006, el 2,53% (16.313) incluían algún código de RAM., siendo motivo de ingreso en 3.979 episodios.

Los fármacos antineoplásicos, antirreumáticos y cardiotónicos han sido, por este orden, los más frecuentemente implicados. La mayor frecuencia de RAM corresponde a los mayores de 65 años.

Durante el periodo de estudio se comunicaron al Centro de Farmacovigilancia de Castilla La Mancha 132 tarjetas amarillas correspondientes a pacientes ingresados en los hospitales públicos (el 3,32% de lo hallado en el CMBD).

## CONCLUSIONES

Existe una infranotificación espontánea de las RAM en el ámbito hospitalario.

El CMBD tiene un gran potencial para la obtención de efectos adversos de los medicamentos en un hospital.

El CMBD sería una fuente de información complementaria a la notificación espontánea. No debe sustituir sino complementar al Programa de Tarjeta Amarilla, cuya fortaleza es la integración de datos nacionales e internacionales.

## Perfil bibliométrico de la productividad e impacto científico de Santiago Grisolía

(\*) Aleixandre Benavent, Rafael;  
(\*) Navarro Molina, Carolina;  
(\*) González Alcaide, Gregorio;  
(\*) Bolaños Pizarro, Máxima;  
(\*\*) Alonso Arroyo, Adolfo;  
(\*) Valderrama Zurián, Juan Carlos.

(\*) Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación  
López-Piñero (CSIC-Universidad de Valencia). Valencia.  
(\*\*) Departament d'Història de la Ciència i Documentació  
(Universidad de Valencia). Valencia.

Contacto: Rafael Aleixandre Benavent  
[Rafael.Aleixandre@uv.es](mailto:Rafael.Aleixandre@uv.es)

### INTRODUCCIÓN

La trayectoria profesional del bioquímico Santiago Grisolía lo convierten en un referente en este campo. El objetivo de este estudio es analizar la productividad, características de la colaboración e influencia de sus publicaciones científicas producidas a lo largo de su carrera.

### MÉTODOS

Para la obtención de las referencias bibliográficas se consultaron las bases de datos del SCI/ Science Citation Index, Current Contents, ISI Proceedings, Medline, Chemical Abstract Service, SciFinder Scholar, IME/Índice Médico Español e ICYT/Índice de Ciencia y Tecnología. La información obtenida fue contrastada con el curriculum vitae aportado por el propio investigador. Se identificaron los autores e instituciones que han citado trabajos del autor mediante la consulta de la base de datos de SCI. Los datos de factor de Impacto se obtuvieron de la base de datos Journal Citation Reports (JCR).

### RESULTADOS

Destaca la elevada productividad científica, con una media de 9.33 trabajos anuales, un destacado número de publicaciones en revistas de alto impacto en el JCR con gran proyección internacional, y un amplio número de colaboradores, actuando como primer firmante en la tercera parte de los trabajos. Sobresalen las notables cotas de citación en el SCI y el mantenimiento sostenido del número de citas recibidas a pesar de la reducción de la productividad científica en los últimos años.

### CONCLUSIONES

Los estudios bibliométricos aplicados a los currículos de los investigadores permiten evaluar su actividad científica y juegan un papel muy importante en la difusión de sus trabajos de interés y en su reconocimiento y excelencia científicos.

## Evaluación formal de las revistas biomédicas. Aplicación a las revistas de pediatría psiquiatría y sistema cardiovascular

Bolaños Pizarro, Máxima;  
González Alcaide, Gregorio;  
Castelló Cogollos, Lourdes;  
Navarro Molina, Carolina;  
Valderrama Zurián, Juan Carlos;  
Aleixandre Benavent, Rafael

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación  
López-Piñero (CSIC-Universidad de Valencia). Valencia.  
Contacto: Rafael Aleixandre Benavent

### INTRODUCCIÓN

El papel de las revistas científicas como vehículos imprescindibles para la transmisión del conocimiento y el éxito de la comunicación científica hace que su normalización sea un factor fundamental.

### MATERIAL Y MÉTODOS

En el período 2005-2007 se evaluó la calidad formal de una muestra de 18 revistas pertenecientes a las áreas de pediatría, psiquiatría y sistema cardiovascular incluidas en la base de datos IME (Índice Médico Español). Se implementó un formulario utilizado para la selección de las revistas que forman parte de la cobertura de la base de datos IME y de los principales sistemas de información bibliográfica que evaluaba 64 características diferentes. Los parámetros se agrupan en 5 grandes bloques relacionados con: la presentación de la revista, la presentación de los artículos, los comités editoriales y científicos, las características del contenido y los parámetros de difusión.

### RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Son numerosos los puntos fuertes encontrados en la mayoría de las revistas analizadas, entre ellos: presentan de forma adecuada sus datos bibliográficos identificativos en cubierta; portada y membrete bibliográfico; incluyen el sumario, resumen y palabras clave en el idioma original de la revista y en inglés; y el seguimiento de las normas Vancouver ha sido excelente. Los principales aspectos a mejorar son: falta de descripción clara del proceso editorial que siguen para la selección de los manuscritos y revisión por pares; no constancia de la afiliación institucional de los miembros de los comités; y escasez de artículos firmados por autores extranjeros.

## Mejora de la seguridad de los pacientes a través de herramientas de interoperabilidad semántica: utilidad de SNOMED CT

Rivas Flores, Francisco Javier;  
Navalón Cebrián, Rafael;  
Gómez Delgado, Ángel;  
Serrano Balazote, Pablo

Hospital Universitario Fuenlabrada. Fuenlabrada  
(Madrid).

Contacto: Francisco Javier Rivas Flores  
frivas.hflr@salud.madrid.org

### INTRODUCCIÓN

La historia clínica electrónica permite a varios usuarios simultáneamente introducir y recibir información de los pacientes, y mediante algoritmos generar alertas que lleguen a los usuarios asistenciales que deben tomar decisiones. Ello requiere de una precisión conceptual y terminológica que en lenguaje convencional no se alcanza. Las posibilidades que ofrece SNOMED-CT, (terminología de referencia y de interface), facilitan la detección normalizada de estos eventos adversos. Se trabaja sobre un dominio referente a las Ulceras por presión (UPP) con la escala Norton, para detectar un problema de calidad asistencial.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizan los términos de la escala Norton para UPP. Con estos términos se realiza un mapeo con SNOMED-CT, que devuelve una codificación exhaustiva de este problema. La codificación que aporta SNOMED-CT se importa a la aplicación informática que gestiona el circuito asistencial del Hospital Universitario de Fuenlabrada (SELENE).

### RESULTADOS

Se ha mapeado el léxico que se refiere a la escala Norton: 29 códigos SNOMED-CT (hallazgos y entidad observable). Estos códigos se incluyen en el HIS. Al escribir el sanitario el literal devuelve un código SNOMED-CT que muestra la gravedad y complicación, siendo un sistema de alertas para tomar decisiones.

### CONCLUSIONES

SNOMED-CT nos permite detectar eventos adversos asociados a las UPP, es más amplio que la CIE-9-MC; al adquirir un lenguaje codificado más exhaustivo. Precisa una adecuada coordinación entre el personal asistencial (médico y enfermería) y los documentalistas, que deben tener una buena preparación en terminología médica para llevar a cabo un mapeo completo.

## Proyecto de integración de la imagen radiológica digitalizada en la historia clínica electrónica de Orión-Clinic

(\*) Del Monte Delgado, David;  
(\*) Haya Fernández, Cristina;  
(\*) Gil Herranz, Gema;  
(\*) Palau Muñoz, Pilar;  
(\*\*) Prado Amores, Isaac;  
Romero Serrano, Ramon

(\*)Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.  
(\*\*)Everis. Valencia.

Contacto: Ramón Romero Serrano  
romero\_ram@gva.es

### 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, siendo uno de los retos de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión de este hospital, la integración de las imágenes radiológicas en la historia electrónica. El hospital dispone de un sistema computarizado para el archivo digital de imágenes médicas (PACS) y una página en Intranet para el visionado de estas imágenes por parte del clínico. El objetivo del proyecto es la integración de las imágenes de dicha página en la historia electrónica del paciente.

### MATERIAL Y MÉTODO

- Sistema de Información Orión-Clinic.
- PACS del Hospital Dr. Peset.
- Página de Intranet de radiología del Hospital Dr. Peset.
- Orión-Clinic establece un diálogo con el PACS en tres ámbitos: Notificación de actividad radiológica, visualización de estudios para el radiólogo y visualización para el resto del personal clínico.

La visualización de imágenes para el resto de personal clínico permite integrar en el Visor de Historia Clínica de Orión la página de In-

tranet que contiene el histórico de todos los estudios realizados en el centro. Para ello se “recorta” la página, alterando su código HTML, con el objetivo de que se ajuste a las dimensiones y tamaño de la aplicación cliente de Orión.

### RESULTADOS

Visionado de la imagen radiológica digitalizada del PACS, desde la historia electrónica de Orión-Clinic.

### CONCLUSIONES

La integración de la imagen radiológica en la historia clínica electrónica evita su búsqueda en una página de Intranet y agiliza al profesional sanitario su labor asistencial.

## Evaluación de las UGC desde los servicios de admisión y documentación clínica: una aproximación a la buena gestión

(\* ) González-Outón Velázquez, Julio;  
 (\*\* ) Posada Carlos, Andrés;  
 (\*\*\*) Tapia Gutierrez, Ana;  
 (\*) González Fresneda, Amparo;  
 (\*) Gómez Vega, Catalina;  
 (\*\*\*) González-Outón Serrano, Belén

(\*)Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real.  
 (\*\*)Área Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. La Línea.  
 (\*\*\*)No acredita centro. La Línea.

Contacto: Julio González-Outón Velázquez  
 gonzalez.ouoton@uca.es

### INTRODUCCIÓN

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone otorgar a estos profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente. Desde los SADC se viene evaluando gran parte de los indicadores de los Servicios.

### OBJETIVOS

Comparar la gestión de dos servicios quirúrgicos similares pero de distinta gestión con los indicadores disponibles.

### MATERIAL Y METODO

El periodo de estudio es dos años (2006-2007), Se han recopilado los indicadores (dependiente de los SADC) usados habitualmente para la evaluación: C.M.B.D., GRD, INIHOS. El personal se ha ajustado a las guardias y la vinculación.

### CONCLUSIONES

Es importante el nivel de indicadores que dependen de los SADC para la evaluación y seguimiento de los servicios y UGC. La gran mayoría de los indicadores medidos son favorables a la UGC frente al servicio normal.

### RESULTADOS

Concepto	Servicio	UGC	% Diferencia A/B	Estándar GRDII2007
Altas	831	2330	35,7	
Cirujanos	4,72	6,8	-2.08	
Estancias Observadas	6151	16115	38,2	
Estancias Esperadas	6133	18405		
Índice Utilización Est.	1,00	0,87	-13%	1
Est. Media Servicio	7,4	6,92	0,48	8,34
Est. Media del S.A.S.	7,38	7,9	-0,52	8,34
Impacto (en días)	18	-2290	-2308	
% Mejora según impactos	0,3%	-12,4	12,7	
Puntos GRD	1197	3588	-2391	
Complejidad	1,44	1,54	0,1	1,55
Puntos GRD por Cirujano	253,6	527,6		
hospitalización FEAs	757:782	1.576.521	V.M.P.2988,1	
Éxitus	10	36		
Índice de mortalidad	1,23	1,54		

## La aplicación compas dentro del marco del nuevo sistema de financiación capitativa de la Agencia Valenciana de Salud. Departamento 10

Romero Serrano, Ramón C.;  
Delas Martínez, María Desamparados;  
Palau Muñoz, Pilar;  
Gil Herranz, Gema;  
Haya Fernández, Cristina;  
Del Monte Delgado, David

Hospital Dr. Peset. Valencia.

Contacto: Ramón Romero Serrano

romero\_ram@gva.es

### INTRODUCCIÓN

La aplicación COMPAS es un sistema de compensación de la asistencia sanitaria (facturación intercentros), gestionada en el departamento 10 por la Unidad de Documentación Clínica y Admisión, siendo una fuente de datos para la cuantificación y el análisis de los flujos de pacientes entre los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, que permite discriminar la información según el origen o tipo de paciente.

El hito final es cubrir cualquier actividad realizada por los departamentos (incluyendo primaria). Se ha realizado una implantación progresiva que en estos momentos cubre:

- Urgencias hospitalarias
- Hospitalizaciones y UCSI
- Consultas externas (en una primera fase primeras y sucesivas)
- Farmacia Hospitalaria

### MATERIAL Y MÉTODO

Todos los sistemas que actúan como fuentes de información de COMPAS:

Aplicación HIS del Hospital Universitario Dr. Peset:

- Sistema de información ambulatoria (SIA)
- Aplicaciones de gestión farmacéutica de los hospitales (FARMASYST)
- Sistema de información poblacional (SIP)
- Aplicación de facturación COBRA
- Aplicación Facturación Internacional de Servicios Públicos de Salud (FISS)
- Sistema de información económico (SIE)
- Aplicaciones Servicios Centrales del departamento 10

### RESULTADOS

La aplicación HIS detecta los episodios compensables:

- El paciente no tiene centro asignado o el centro es diferente al que presta la asistencia.
- El paciente está marcado en SIP como COMPENSABLE (SIP identifica estos casos por modalidad y situación de empadronamiento)
- El tipo de financiación es distinto de Cubierto por Área Valenciana de Salud.

Los episodios pueden estar en los siguientes estados:

- Recibido la espera de estar validado
- Aceptado: dato validado con éxito a la espera de ser compensado.
- Propuesta: una vez aceptada se comunica a Gestión presupuestaria para su financiación
- Rechazado: se encontraron errores en validación
- Desistido: episodios no compensables

### CONCLUSIONES

- Aplicación básica de gestión para la financiación capitativa.
- Identificación y cuantificación de pacientes por origen y asistencia prestada.
- Aumento de la cobertura de cobros a terceros.
- Herramienta para el conocimiento de la cuenta de resultados del departamento 10.



## Predicción de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca a partir del CMBD del sistema nacional de salud. Análisis de tendencias y previsión a 10 años.

Rey García, Gloria Maria;  
Mediero Domínguez, Ana;  
Montes Santiago, Julio

C.H.U. de Vigo. Vigo.  
Contacto: Gloria Maria Rey García  
gloria.rey.garcia@sergas.es

### INTRODUCCIÓN

Las altas hospitalarias por insuficiencia cardiaca (IC) son cada vez más frecuentes. Estudiamos si tendencias anuales permiten predecir tendencias de hospitalización para años venideros.

### MATERIAL Y MÉTODOS

De los datos del CMBD-H del SNS analizamos los GRDs 127 y 544. Estimamos la tendencia hospitalaria tomando como base predictiva cifras de 5 años (1997-2001), de 6 (1997-2002) y 9 (1997-2005). Se obtuvo la línea de tendencias y se calculó por extrapolación valores previstos para años sucesivos. Como comprobante de validación de predicciones se compararon con cifras reales de los GDRs, período 2003-2006 (ó 2006 para el modelo de 9 años). Elaboramos además una gráfica de regresión con proyección hasta 2015.

### RESULTADOS

La curva de regresión lineal fue la mejor ajustada a datos reales ( $R^2$  para los 5, 6 y 9 años: 0,724, 0,702 y 0,875 respectivamente). El modelo 5 años sobrestimó anualmente las altas en >5%, mientras que el de 6 años presentó variabilidad <2% respecto a cifras reales y a 4 años estimó tan bien como el de 9 las altas correspondientes a 2006 (-0,3% de variabilidad para ambos). Si las altas por IC siguen la tendencia lineal robusta mostrada, el modelo de regresión lineal 9 años permite predecir 120.000 altas por IC para 2015.

### CONCLUSIONES

Un modelo que toma en cuenta datos obtenidos durante un sexenio puede predecir las altas por IC en el SNS. Se observa tendencia lineal en la hospitalización por IC, previéndose 120.000 altas para 2015.

## Análisis de los reingresos hospitalarios del 2.007 en el Área Sanitaria norte de Córdoba

(\*) Orihuela González, Inmaculada;  
(\*) Dueñas Fuentes, José Raúl;  
(\*) Solomando Páez, María Carmen;  
(\*) Merino Romero, José;  
(\*\*) Román Gálvez, Rosario

(\*) Área Sanitaria Norte de Córdoba. Pozoblanco. Córdoba.  
(\*\*) Hospital Alta Resolución de Guadix. Granada.

Contacto: Inmaculada Orihuela González  
inmaorihuela@yahoo.es

### INTRODUCCIÓN

Los reingresos hospitalarios es un indicador de calidad asistencial. Consumen elevados recursos sanitarios, debemos identificar los factores de riesgos para implementar medidas asistenciales y/o sociales y elevar la efectividad clínica.

### OBJETIVOS

Analizar los reingresos en el ASNC del 2.007 por edad, sexo, estancias consumidas, tipo de alta, servicio, diagnóstico principal al alta hospitalaria.

### METODOLOGÍA

CMBD del 2.007. Analizamos: Edad, sexo, días de estancia, servicio y diagnóstico principal. Herramienta estadística el SPSS.

### RESULTADOS

Total de altas en 2007: 5954, reingresos 156 (2,62%).

Servicios con mayores reingresos: Medicina interna (99), Cirugía (25), Pediatría (12).

Servicios de mayor tasa de reingresos: ORL (3,67%), Medicina Interna (3,078%) y Cuidados Críticos (3,07%).

Distribución por sexo: hombres 61,01%, mujeres 38,98%.

Por grupo de edad destacan: 65 - 80 años (26,27%) y mayores de 80 (25,42%).

Edad media del total de reingresos: 58,09 años. Hombres 58,87 años y mujeres 56,86 años.

Totalidad de reingresos distribuidos en 44 diagnósticos, principales: Insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome coronario intermedio,

fracaso respiratorio, neumonía neumocócica. Destino al alta: domicilio 88%, traslados de centro 7,63%, exitus 4,24%.

Consumieron 680 días de 33.508 estancias totales (2,03%).

Media de días del total de reingresos tras último episodio: 12,73 días, siendo el 11% antes de las 48 horas y el 39,83% antes de 7 días tras alta hospitalaria.

### CONCLUSIONES

Estamos dentro de los límites de efectividad clínica (3,5 - 5%).

Para mejorar la calidad asistencial y adecuar los recursos sanitarios debemos planificar sesiones con los servicios para estudiar los episodios de reingresos y tomar decisiones clínicas oportunas.

## Ánalysis de las indicaciones quirúrgicas del 2.007 en el Área Sanitaria norte de Córdoba

Orihuela González, Inmaculada;  
Dueñas Fuentes, José Raúl;  
Solomando Páez, María Carmen;  
Merino Romero, José;  
Vega Alvar

Área Sanitaria Norte de Córdoba. Pozoblanco. Córdoba.

Contacto: Inmaculada Orihuela González

inmaorihuela@yahoo.es

### INTRODUCCIÓN

El Registro de la Demanda Quirúrgica, es la base de datos de indicaciones de cirugía programada en Andalucía. Es herramienta para la planificación sanitaria, toma de decisiones en gestión de los Servicios Quirúrgicos.

### OBJETIVOS

Analizar las indicaciones quirúrgicas del 2.007 por procedimientos quirúrgicos, servicio, sexo.

### METODOLOGÍA

Hemos empleado las indicaciones quirúrgicas del 2.007. Utilizando: código del procedimiento, sexo. Para calcular tasas de indicación y ajustadas por sexo, tenemos en cuenta los datos de población del padrón 2.007.

Herramienta estadística: EpiInfo 6.4.

### RESULTADOS

Total indicaciones quirúrgicas realizadas fue de 2.530, 44,07% hombres y 55,92% mujeres. La tasa de indicación ajustada por 100.000 habitantes es 3059,36, hombres 2754,10, mujeres 3352,12.

Los 20 procedimientos quirúrgicos más frecuentes representan el 80,07%.

Las mujeres presentan tasas de indicación más elevadas, como el resto de hospitales andaluzes, excepto en reparación de hernias (53.05) 7,95 veces mayor, 1,5 veces mayor en artroscopias, 1,45 veces mayor en proctología (86.21 y 49.46) y 4,06 veces mayor en adenoides (28.6) en hombres.

La distribución de indicaciones por servicios: Oftalmología (31,89%), Traumatología (30,86%), Cirugía (26,83%), Urología

(6,04%), ORL (2,84%), Ginecología (1,50%).

Indicaciones quirúrgicas más frecuentes: faecoemulsificación y aspiración de cataratas (30,35%), excisión de hallux-valgus (8,85%), reparación de hernia inguinal (6,48%), sustitución total rodilla (4,50%), liberación túnel carpiano (4,03%), colecistectomía laparoscópica (3,003%) y artroscopia de rodilla (2,80%).

### CONCLUSIONES

En el ASNC la tasa de indicación ajustada es mayor en mujeres, siguiendo la misma tendencia que otros hospitales.

La programación de sesiones quirúrgicas se debe realizar en función de las indicaciones registradas y el tipo de anestesia.

## Terminología afín entre la clasificación internacional de enfermedades 9<sup>a</sup> modificación clínica (CIE-9-MC) y el médico: un reto para la codificación

Sánchez Fernández, Manuela;  
Rodenas Checa, Julio;  
Bo Alifa, Magdalena;  
Cerezo Iniesta, José

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.  
Contacto: Manuela Sánchez Fernández  
manuela.sanchez6@carm.es

### INTRODUCCIÓN

El empleo de una terminología diferente entre el facultativo y la empleada por la CIE ante un diagnóstico o procedimiento hace que la codificación de ambos a menudo sea difícil, inexacta o insuficiente.

### MÉTODOS

Basándonos en la identificación de este problema terminológico en los informes de alta del área cardiológica del año 2007, propusimos, una sesión conjunta entre el servicio de Cardiología y Codificación haciendo hincapié en los diagnósticos más problemáticos que nos encontrábamos a la hora de codificar (Síndromes Coronarios Agudos, Insuficiencia Cardíaca, Valvulopatías) y Cateterismos. Finalmente dejamos en el Servicio de Cardiología (Secretaría) un Dossier con los temas que habíamos tratado, los acuerdos alcanzados y un catálogo completo de los Diagnósticos y Procedimientos que recoge la CIE-9-MC con respecto a enfermedades cardiovasculares.

### RESULTADOS

Por un lado, los miembros del Servicio de Cardiología expresaron su interés por las posibilidades que ofrecía la CIE-9-MC en la codificación de enfermedades cardiovasculares y por otro, mostraron su conformidad en el bajo grado de especificidad de sus diagnósticos en los informes de alta, y se comprometieron a utilizar una terminología de acuerdo a la empleada en la CIE-9-MC.

### CONCLUSIONES

Las charlas entre el Servicio de cardiología y de Codificación permiten, previa identificación de los problemas, el empleo de una terminología más precisa por parte del facultativo y por tanto, la asignación de un código más específico y su posterior inclusión en Grupos Relacionados Diagnósticos (GRD) más complejo por parte del codificador. Estas charlas deberían extenderse al resto de especialidades.

## Características y evolución de los procedimientos cardíacos percutáneos registrados en el CMBD hospitalario en el período 2001-2007

Pisano Blanco, Maria Aránzazu;  
Fernández Mateo, Maria José;  
Galán Soler, Carmen Sara

Hospital de Cabueñes. Gijón.  
Contacto: Maria Aránzazu Pisano Blanco  
aranzazu.pisano@sespa.pincast.es

### INTRODUCCIÓN

Los procedimientos cardíacos percutáneos (PCP) han experimentado un gran desarrollo en los últimos años, ofreciendo nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas principalmente en pacientes con sospecha o afectados por patología isquémica cardíaca. Aunque en nuestro caso estos procedimientos se realizan en régimen externo en otro hospital, los registramos en nuestro CMBD, ya que se hacen dentro de un episodio de hospitalización con ida y retorno en el día. Ante la apertura en un futuro próximo de una unidad de hemodinámica propia, queríamos conocer si las características de nuestros pacientes son similares o no a otros estudios.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y análisis estadístico de pacientes registrados en el CMBD entre 2001-2007 con un PCP. Sólo se han incluido los que están agrupados en los GRD más característicos de estas técnicas. GRD agrupados con AP-GRD 23.0 de 3M

### RESULTADOS

Estudiamos 1.662 episodios (70,9% hombres y 29,1% mujeres).

El número de episodios/año fue incrementando progresivamente de 109 en 2001 a 330 en 2007.

El porcentaje de mujeres aumentó desde 27,5% en 2001 al 32,7% en 2007.

La edad media en las mujeres fue 4,5 años mayor que la de los hombres.

La estancia media fue disminuyendo desde 12,3 días en 2001 a 6 días en 2007 ( $p < 0.001$ ).

### CONCLUSIONES

Se observa un incremento de los episodios y disminución significativa de la estancia media por año.

No encontramos incremento significativo del número de pacientes mayores de 75 años.

La distribución por GRD refleja los cambios técnicos introducidos en este periodo.

## Análisis del C.M.B.D. del servicio de obstetricia y ginecología del hospital nuestra señora de sonsoles de ávila de los años 1993-2007

Pisano Blanco, Maria Aránzazu;  
Fernández Mateo, Maria José;  
Galán Soler, Carmen Sara

Hospital de Cabueñes. Gijón.  
Contacto: Maria Aránzazu Pisano Blanco  
aranzazu.pisano@sespa.pincast.es

### INTRODUCCIÓN

El C.A.A. integrado por el Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, el Hospital Provincial y dos C.E.P., atiende a todas las mujeres de la Provincial de Ávila tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, inicia sus tareas de codificación en el Servicio de Obstetricia del Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles en el año 1993, siendo este centro el único sitio donde se realiza la hospitalización.

### OBJETIVO

Analizar el C.M.B.D. del servicio de Obstetricia al cumplirse los 15 años de la Codificación de las altas de Hospitalización.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los datos obtenidos de las altas hospitalarias en los años 1993-2007, previa selección en la base de datos del C.M.B.D., de todos aquellos episodios en los que ha tenido lugar un parto. Se hizo una búsqueda activa de los códigos V27.0-V27.9. A partir de los 15.517 de los registros obtenidos, se cuantificaron los diagnósticos principales más frecuentes, los procedimientos obstétricos realizados, la distribución por edades de las pacientes y la nacionalidad de la población asistida.

### CONCLUSIONES

- El cambio de soporte informático en los años objeto de estudio, dificulta la localización de los registros de los primeros años de la muestra.
- Las revisiones de la CIE en estos años, quedan reflejadas en las bases de datos, así como la implantación de nuevos procedimientos.
- El 80% de los diagnósticos, se distribuye en 11 subclasificaciones de la CIE.
- En el 7% de las pacientes, el país de nacimiento es distinto de España.

En los 15 años estudiados la procedencia de las pacientes atendidas ha experimentado un aumento del 1% al 15% en las mujeres de nacionalidad no española. Mientras que en las españolas se ha mantenido entre el 7% y 8%.

### RESULTADOS

Ver página 53.

## Diagnósticos Principales más frecuentes (Años 1993-2007)

Cód.	Total general	% Unit	% Acum	Literal
650	7.624	49,13	49,13	Parto en un caso totalmente normal
656.31	683	4,40	53,53	Sufrimiento fetal
659.61	655	4,22	57,76	Multigrávida de edad avanzada
658.11	620	4,00	61,75	Ruptura prematura membrana
653.41	504	3,25	65,00	Desproporción fetopélvica
663.31	442	2,85	67,85	O.vueltas y enredos del cordón
659.11	438	2,82	70,67	Fallo inducción médica o tipo no especificado
652.81	362	2,33	73,00	O. situación o presentación anómala
654.21	339	2,18	75,19	Cesárea previa
656.81	304	1,96	77,15	O. problemas fetales y placentarios
656.11	289	1,86	79,01	Isoinmunización por antígeno Rhesus
648.91	216	1,39	80,40	O. enfermedades clasificables o. conceptos

## RESULTADOS

El análisis de los procedimientos obstétricos realizado en los últimos cinco años indica como más frecuente el 73.59 > “otro parto asistido manualmente”; seguido del 74.1 > “cesárea clásica baja”; siendo el resto de la casuística los correspondientes a partos instrumentales (forceps, ventosa, espátulas y otros).

La distribución por tramos de edad de las pacientes es mas frecuente en el tramo comprendido de los 31 a los 35 años; siguiéndole el de 26 a 30 años, el de 26 a 40 años y el de 21 a 25 años.

Si exceptuamos a las españolas, 223 partos han sido de mujeres con nacionalidad marroquí, 129 rumanas, 120 colombianas, 75 francesas, 68 ecuatorianas .....Siendo un total de 39 las diferentes nacionalidades atendidas

## "Repercusión del informe de alta en el índice casuístico"

(\*) González Fresneda, Amparo;  
(\*) Gómez Vega, Catalina;  
(\*) Romero Navarrete, Ángel  
Francisco;  
(\*) Calero Fresneda, Fernando;  
(\*\*) González-Outón Serrano, Belén;  
(\*) Fernández Vadillo, María Antonia

(\*) Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real.  
(\*\*) No acredita centro. Puerto Real.

Contacto: Amparo González Fresneda  
[Amparo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:Amparo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es)

### INTRODUCCIÓN

Ley 41/2002, Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa. En la unidad de documentación clínica del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), se ha elaborado un trabajo de registro y tipificación de las distintas deficiencias relacionadas con el alta. La explotación de esta base de datos nos permitirá conocerlas y planificar soluciones.

### JUSTIFICACIÓN

Se basa en la necesidad de mejora del informe de alta. El objetivo final es detectar las anomalías más comunes, para aportar soluciones que nos ayuden a obtener la información necesaria y óptima para la codificación, correcta explotación de los datos y cumplimiento de la legislación.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado una codificación adicional en el apartado de observaciones de la pantalla de codificación del Bahía (software utilizado en nuestro hospital).

Se ha creado un manual para la identificación y codificación de las incidencias.

### RESULTADOS

Hemos analizado todas las altas registradas en el período del año 2007, de un total de 16.127 altas, 2739 presentan algún tipo de observación. Mediante consultas con el programa Access y comparación de datos, hemos obtenido el resultado de una diferencia de 0,2 puntos en el I.C. entre los informes con problemas y los sin problemas.

### CONCLUSIONES

En el uso exclusivo del informe de alta para codificar un episodio tiene la gran ventaja de agilizar el proceso, si bien tiene el inconveniente de que sino está bien cumplimentado perdemos información, y por lo tanto peso (Índice Casuístico).

Siendo un total de 39 las diferentes nacionalidades atendidas, 129 rumanas, 120 colombianas, 75 francesas, 68 ecuatorianas.... Siendo un total de 39 las diferentes nacionalidades atendidas.



## Epónimos, siglas, metáforas y otros recursos lingüísticos en el lenguaje científico de la bibliometría

(\*) Aleixandre Benavent, Rafael;  
(\*\*) Agulló Martínez, Antonia;  
(\*\*\*) Castellano Gómez, Miguel;  
(\*) Valderrama Zurián, Juan Carlos;  
(\*\*\*\*) Grupo de Documentación  
UISYS.

(\*)IHCD López Piñero (CSIC-UV). Valencia.  
(\*\*) Unidad de Documentación Clínica y Admisión.  
Hospital Clínico Universitario. Valencia.  
(\*\*\*)Dirección General de Drogodependencias.  
Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana.  
Valencia.  
(\*\*\*\*)Universitat de Valencia CSIC. Valencia.

Contacto: Rafael Aleixandre Benavent  
[Rafael.Aleixandre@uv.es](mailto:Rafael.Aleixandre@uv.es)

### INTRODUCCIÓN

El lenguaje de la bibliometría, como todos los lenguajes científicos, utiliza numerosos recursos lingüísticos para expresar las ideas y conceptos que conforman su cuerpo metodológico. El objetivo de este trabajo es identificar el uso de epónimos, siglas, metáforas y otras construcciones de la terminología bibliométrica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se procedió a la lectura de títulos, resúmenes y texto completo de los trabajos sobre bibliometría recuperados en las bases de datos IME, ISOC, Medline, WOS y LISA, tras elaborar perfiles de búsqueda específicos para cada una de ellas. Se identificaron las construcciones lingüísticas propuestas y se registraron en un cuestionario diseñado ad hoc, lo que permitió su análisis posterior.

### RESULTADOS

Se han identificado numerosos epónimos, como Índice de Lawani, Ley de Lotka, Índice de Jaccard y efecto Mateo. Destacan las construcciones metafóricas, como efecto naranjas y manzanas, techo de cristal, índice de aislamiento, vida media, autores transeúntes, e incluso incursiones del lenguaje político, como tibetización.

### CONCLUSIONES

El lenguaje bibliométrico utiliza numerosos recursos lingüísticos para facilitar su comunicación y comprensión. Sin embargo, el uso abusivo de epónimos y siglas es muy discutido por su vacuidad conceptual, mientras que las construcciones metafóricas están más aceptadas por su fácil comprensión y asimilación.

Palabras clave: lenguaje, terminología, bibliometría, epónimos, siglas, metáforas.

\* Componen el grupo de Documentación UISYS: Gregorio González-Alcaide, Máxima Bolaños-Pizarro, Carolina Navarro-Molina, Víctor Agulló-Calatayud, Lourdes Castelló-Cogollos.

## Analisis del cmbd como fuente de información a propósito de un diagnóstico: el Síndrome del Tunel Carpiano (STC) y sus posibles factores etiológicos

(\*) Asensio Villahoz, Paula;  
(\*\*) Vicente Vírveda, Juan Antonio

(\*)Hospital Rio Hortega. Valladolid.  
(\*\*)No acredita centro.

Contacto: Paula Asensio Villahoz  
pasensio@hurh.sacyl.es

### INTRODUCCIÓN

La consolidación el CMBD ha hecho que cada vez sean más sus usuarios y con fines diversos.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron los casos de STC en mujeres mayores de 45 años atendidos durante 2002-2006. Se revisó la documentación clínica de consultas externas o/y hospitalización/CMA correspondiente al proceso de estudio cara a la posible etiología del STC. Se codificó la información extraída y se realizó un análisis descriptivo comparativo según el tipo de asistencia realizada, con la existente en el CMBD.

### RESULTADOS

De 299 casos de STC el 48,50% se realizó ambulatoriamente. De estos el 24,14% tenían algún otro diagnóstico en el CMBD; siendo el 88,96%\$ en los hospitalizados. Tras la revisión, la media de diagnósticos/episodio pasó de 2,29 a 3,52 en los ambulatorios y de 5,02 a 4,24 en hospitalizados. Todos los capítulos de la CIE registraron un aumento de casos en los ambulatorios, no así en los hospitalizados donde disminuyeron. Respecto a la patología relacionada con el STC sólo en los casos procedentes de la AAE se detectó un aumento, destacando las alteraciones endocrinas (diabetes y alteraciones tiroideas), problemas osteomioarticulares y antecedentes de histerectomía. En 17 casos sólo existía la profesión

### CONCLUSIÓN

En patologías con asistencia ambulatoria el CMBD presenta importantes limitaciones para su estudio.

Aunque el CMBD puede servir en una primera fase de la investigación etiológica para enmarcar un problema, hay que tener presente, no sólo los items que lo forman si no también los diversos factores que influyen en la recogida de la información clínico-asistencial

### PALABRAS CLAVES

STC CMBD FACTORES ETIOLÓGICOS

## Reingeniería de procesos en un archivo de historias clínicas: ¿del caos al éxito?

Esplugues Pellicer, Xavier;  
Leutscher, Edith;  
Rodríguez Rodríguez, Pascual;  
Company Beltran, Vicente;  
Azcarate, Gloria; Sáez Lloret, Isabel

Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.  
Contacto: Pascual Rodríguez Rodríguez  
rodriguez\_pas@gva.es

### INTRODUCCIÓN

La utilización de técnicas y procedimientos de reingeniería de procesos en la gestión de un Archivo de Historias Clínicas, ha tenido como resultado una mejora sustancial en el funcionamiento del mismo .

### OBJETIVOS

Conseguir la mejora de los niveles de eficiencia y productividad de las actividades y tareas que afectan al funcionamiento integral del AHC, mediante la identificación y definición de procesos estratégicos, determinación de los procesos clave , creación , rediseño , pilotaje y puesta en marcha de los mismos.

### MATERIAL Y MÉTODO

- 1.- Se utilizaron técnicas para la identificación de los procesos que se desarrollan en el AHC
- 2.-Se desarrolló un mapa de procesos y su interacción con los distintos clientes del AHC
- 3.- Se jerarquizó y priorizó el mapa de procesos para la determinación de los procesos claves, que se abordaron primero.
- 4.- Se rediseñaron y crearon los procesos claves definidos en el punto anterior, mediante consultas a agentes externos e internos de la Unidad: personal administrativo, enfermería de hospitalización y áreas ambulatorias, personal facultativo.
- 5.- Se prepararon y pusieron en prueba los nuevos procesos de forma piloto.
- 6.- Se definieron indicadores y estándares para su monitorización.

### CONCLUSIONES

El uso de técnicas de reingeniería de procesos en el AHC del Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, ha supuesto una mejora sustancial en el funcionamiento del mismo, tanto en los ratios de sus mediciones como en el grado de satisfacción de los distintos agentes imbricados en los procesos desarrollados en el mismo.

## Informe de alta electrónico; ajuste a la normativa vigente

(\*) González Fresneda, Amparo;  
(\*) Gómez Vega, Catalina;  
(\*\*) Román Gálvez, Rosario;  
(\*\*\*) Osuna Cortes, Carmen;  
(\*) Romero Navarrete, Ángel  
Francisco;  
(\*) González-Outon serrano, Belén

(\*) H.U. de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).  
(\*\*) CHARE Guadix. Guadix (Granada).  
(\*\*\*) Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Contacto: Amparo González Fresneda  
Amparo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es

### INTRODUCCIÓN

Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se establece que al finalizar un proceso asistencial, el médico responsable debe emitir un informe de alta que especifique los datos de éste.

### OBJETIVO

Realizar un análisis de la cumplimentación del informe de alta electrónico, para comprobar el progreso de las nuevas tecnologías y si su aplicación cumple las premisas en cuanto a legislación vigente, y su evolución.

### MATERIAL Y MÉTODO

El material utilizado ha sido recopilado desde la aplicación informática desarrollada para tal fin, operativa desde el año 2002. Se han extraído los informes de alta realizados en dicha aplicación con un periodo de cinco años (2003-2007)

Los campos tenidos en cuenta para el análisis han sido, por una parte datos contenidos en el CMBDA y por otra campos relacionados con el informe de alta, como fecha/hora de realización del informe, si éste ha sido firmado o no por el facultativo, tipo de ingreso, fecha de inicio y fin del episodio y servicio que realiza el alta.

### RESULTADOS

Un bajo porcentaje de los informes es realizado mediante la aplicación informática, existiendo todavía servicios con un índice de utilización cero. De los informes realizados, un alto número permanece provisional, se ha realizado fuera de tiempo o tiene algún tipo de deficiencia.

### CONCLUSIÓN

A pesar del incremento de utilización de las nuevas tecnologías, existen carencias en cuanto a realización y contenido del informe de alta.

## Estudio de los reingresos hospitalarios durante un periodo de 3 años de un hospital de III nivel

(\*) Osuna Cortés, María del Carmen;  
(\* ) Fernández Valdivia, Antonia;  
(\* ) Castillo Valenzuela, Marino;  
(\* \*) Orihuela González, Inmaculada;  
(\* \*) Moreno Ramos, Laura;  
(\* \*) Pozuelo Galán, Francisco Javier

(\*) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.  
(\*\*) Hospital Clínico Valle de los Pedroches. Pozoblanco (Córdoba).  
(\*\*\*) NO acredita centro. Granada.  
(\*\*\*\*) Hospital Alta Resolución Guadix. Guadix (Granada).

Contacto: María del Carmen Osuna Cortés  
[mcarmen.osuna@gmail.com](mailto:mcarmen.osuna@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad asistencial es la atención sanitaria que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina recursos necesarios a dichas necesidades.

Uno de los indicadores de medición de calidad asistencial en el ámbito hospitalario son los reingresos.

El análisis de estos indicadores es importante para la mejora de la asistencia sanitaria, siendo de interés tanto para clínicos como para los gestores sanitarios.

Hemos considerado reingreso a todo ingreso urgente hospitalario con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta.

### MÉTODO

Se ha explotado la información obtenida a partir del Conjunto Mínimo Básico de datos de hospitalización (años 2005-2007), agrupando a los pacientes en aGRD (GRD adyacente: GRD adyacente: no tienen en cuenta la comorbilidad, complicación o edad).

### RESULTADOS

En el periodo comprendido desde el 2005 al 2007 los Agrd de Origen fueron el 382 (sus Agrd de destino el 372 y el 382 ), 379 (sus Agrd de destino el 372 y el 379) y el 383 (sus Agrd de destino el 372 y el 383).

### CONCLUSIONES

El Agrd 372 de Destino (Parto Vaginal sin procedimiento quirúrgico), es el más frecuente en los 3 años y ha ido disminuyendo progresivamente a lo largo de los mismos.

El Agrd 379 de Destino (Amenaza de aborto) ha ido disminuyendo de forma considerable en el 2007

## Estudio de los síntomas, signos y estados mal definidos como diagnóstico principal en un periodo de 5 años

(\*) Osuna Cortés, María del Carmen;  
(\*) Fernández Valdivia, Antonia;  
(\*\*) Román Gálvez, Rosario;  
(\*\*\*) González Fresneda, Amparo;  
(\*\*\*\*) Orihuela González, Inmaculada;  
(\*) Martínez Caro, Eva

(\*)Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.  
(\*\*) Hospital Alta Resolución Guadix. Guadix (Granada).  
(\*\*\*)Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.  
(\*\*\*\*) Hospital Clínico Valle de los Pedroches.  
Pozoblanco (Córdoba).

Contacto: María del Carmen Osuna Cortés  
[mcarmen.osuna@gmail.com](mailto:mcarmen.osuna@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

La clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.) se va ampliando con las revisiones sucesivas, de tal forma que incorpora nuevas categorías y subcategorías, con información más enriquecida para la mejora del conocimiento sobre muchas enfermedades. Los síntomas, signos y estados mal definidos están incluidos en el capítulo 16, en las categorías 780-796. Incluyen los códigos para los casos inespecíficos, incluso tras la investigación de los mismos, o bien se refieren a diagnósticos provisionales o de etiología desconocida.

### MATERIAL Y MÉTODO

Los recursos empleados han sido la CIE 9-R MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica). Los datos han sido obtenidos del C.M.B.D. (Conjunto Mínimo Básico de Datos) al alta hospitalaria. Se ha dividido tanto por categorías, subcategorías y subclasificación.

### RESULTADOS

Síntomas (780-789): han sido en el año 2003 (1012 casos), 2004 (1242 casos), 2005 (1018 casos), 2006 (776 casos) y en el 2007 (821 casos).

Hallazgos anormales no específicos (790-796): han sido en el año 2003 (30 casos), 2004 (25 casos), 2005 (16 casos), 2006 (28 casos) y en el 2007 (21 casos).

Causas de morbilidad y mortalidad desconocidas y mal definidas (797-799): han sido en el año 2003 (4 casos), 2004 (1 caso), en el 2005 no hubo ninguno, 2006 (1 caso) y en el 2007 (1 caso).

## Estancia media para un mismo proceso entre hospitales de diferente nivel asistencial

(\*) Román Gálvez, Rosario;  
(\*\*) Osuna Cortés, María del Carmen;  
(\*\*\*) González Fresneda, Amparo;  
(\*\*\*\*) Guerrero López, Josefa;  
(\*\*\*\*\*) Orihuela González,  
Inmaculada;  
(\*) López Ros, María Paz

(\*) Hospital Alta Resolución Guadix. Guadix (Granada).  
(\*\*) Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.  
(\*\*\*) Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.  
(\*\*\*\*) Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.  
(\*\*\*\*\*) Hospital Clínico Valle de los Pedroches.  
Pozoblanco (Córdoba).

Contacto: María del Carmen Osuna Cortés  
[mcarmen.osuna@gmail.com](mailto:mcarmen.osuna@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Desde el mes de enero de 2007 Granada cuenta con el nuevo Hospital de Alta Resolución (HAR) de Guadix, con unas instalaciones modernas e innovadoras para ofrecer una asistencia sanitaria más cercana, personalizada y ágil. Su hospital de referencia es el Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada (HUVN).

### OBJETIVO

Identificar si el análisis del CMBD de hospitales de Alta Resolución es o no comparable a los análisis que realiza el Servicio Andaluz de Salud.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se ha analizado el CMBD del año 2007 del HUVN y del HAR Guadix, identificándose los episodios de alta de ambos hospitales, teniendo en cuenta los procesos más frecuentes que figuraban al alta como diagnóstico principal en el HAR Guadix, todos ellos agrupados por GRD (Grupo Relacionado por Diagnóstico). Se toma como variable la Estancia Media (EM), expresada en días.

### RESULTADOS

Se observa como todos los del HAR Guadix son muy inferiores a los establecidos por el SAS. Estos datos no se pueden considerar equiparables si se entiende que el motivo de alta no es siempre a domicilio, debido a que en la mayoría de los casos se ha realizado un traslado a otro hospital.

### CONCLUSIONES

Las características de la cartera de servicios de un HAR implica la derivación de pacientes a otros hospitales con una cartera más amplia para completar el proceso asistencial, es el caso del HUVN (tercer nivel).

Para un análisis comparativo de la EM habría que seleccionar GRDs en los que el tipo de alta sea a domicilio, como en el caso del GRD 373, en el que la EM en el HAR Guadix es ligeramente superior al HUVN y similar a la del Estándar.

## Seguimiento del Real Decreto 605/03 de 23 de mayo

Serrano García, María Dolores;  
Campuzano López, Francisco Javier;  
Morenza Mateo, Juana;  
Marín Micol, Carmen María;  
Picazo Córdoba, Román

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.  
Contacto: Francisco Javier Campuzano López  
fcoj.campuzano@carm.es

### INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de los objetivos de demora en las citas de pacientes para una primera visita en Consultas Externas -en el Hospital y en el Centro de Especialidades- marcados en el R. D. 605 de 23 de mayo de 2003 es, junto con el de los referidos a la L.E.Q., uno de los elementos más importantes y sensibles de los que se contemplan en los Contratos Programas de cada año en que el Servicio de Admisión y Documentación Clínica puede influir. Hasta hace poco las acciones tendentes al control de las desviaciones existentes se estaban implementando al final de cada periodo de análisis (1º y 2º semestre de cada año), basadas en los datos de actividad y demora del periodo precedente, con muy poco tiempo para poder reaccionar y con la incertidumbre de saber si estas acciones iban a tener éxito.

A partir de octubre 2007 nos planteamos monitorizar e implementar las acciones oportunas todas las semanas de cara a la consecución de los objetivos a fecha del último día de cada mes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

- Se le pidió al equipo del Datawarehouse, responsable de la edición de las estadísticas oficiales que se remiten a los servicios centrales, la ejecución diaria del cuadro de mando de consultas externas a fecha del último día de cada mes.
- A este cuadro diario se le asoció un cubo con el que se podían identificar todo tipo de circunstancias de cualquier caso desviado (con una demora de más de 50 días)
- Se establecieron reuniones semanales entre Admisión y las Subdirecciones médicas res-

pensables de cada área (Servicios Médicos, Quirúrgicos, Materno-Infantil y Centro de Especialidades) para analizar la situación de demoras de cada servicio

- En cada reunión la Dirección Médica establecía las acciones concretas a implementar: sobrecargar las agendas, desviar las citaciones de unas agendas a otras con más huecos, establecer jornadas extraordinarias por la tarde.

### RESULTADOS

- La demora media de los pacientes citados ha ido disminuyendo ligeramente durante el periodo estudiado, 5 puntos en el total de citas del Centro;
- El porcentaje de pacientes en espera que tienen cita asignada tiene también una tendencia ligeramente al alza (5 puntos)
- El porcentaje de pacientes citados con más de 50 días de demora disminuye desde el 18 % hasta el 6 %.

### CONCLUSIONES

Estos datos demuestran la eficacia de la medida en el cumplimiento del objetivo planteado y se constata la eficacia de la monitorización y de la toma de decisiones de forma semanal por lo que implica de continuidad en la actividad.



## Factores relacionados con la inadecuación de ingresos y estancias en un hospital general utilizando el AEP

Soria Aledo, Víctor;  
Carrillo Alcaraz, Andrés;  
García Ruipérez, María Dolores;  
Campillo Soto, Álvaro;  
Aguayo Albasini, José Luís

Hospital Morales Meseguer. Murcia.  
Contacto: Víctor Soria Aledo  
victoriano.soria@carm.es

### OBJETIVO

Estudio de la inadecuación de ingresos y estancias en todo el Hospital utilizando el protocolo AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) durante el año 2005 así como la identificación de las causas responsables de dicha inadecuación.

### MÉTODOS

Muestreo aleatorio proporcional al número de ingresos realizados por cada servicio clínico durante el año 2005. Se han seleccionado 725 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio. Se han seleccionado 3 observadores experimentados en la utilización del AEP. Se ha aplicado el protocolo de inadecuación de ingreso a las 725 historias y el de inadecuación de estancia a 1350 estancias. Se han estudiado las variables que pueden relacionarse con una mayor inadecuación del ingreso o la estancia. Utilizando el sistema de contabilidad analítica se ha calculado el coste estimado de la inadecuación.

### RESULTADOS

La tasa de ingresos inadecuados es del 7.4 % y la inadecuación de estancias del 24.6%. La causa identificada con mayor frecuencia (83.3%) responsable de los ingresos inadecuados es pruebas diagnósticas que pueden realizarse en consultas externas. Las causas identificadas con mayor frecuencia responsables de la inadecuación de estancias son procedimiento que puede realizarse como paciente externo (57.3%), seguida de actitud excesivamente

conservadora del médico (35.4%). El Servicio médico con mayor inadecuación de estancias es cardiología con un 48.3%. Los pacientes quirúrgicos tuvieron un porcentaje de inadecuación de estancia del 18.1% y los médicos del 28.3% ( $p < 0.001$ ). Los pacientes con ubicación fuera de su unidad de enfermería (periféricos) tuvieron una inadecuación del 29.7% y los no periféricos del 21.8% ( $p = 0.001$ ). El coste aproximado mínimo de los ingresos y estancias inapropiadas en el 2005 global del Hospital: es de 2.125.638 euros.

### CONCLUSIONES

Existe una buena adecuación de ingreso hospitalario, aunque el porcentaje de inadecuación de estancias está dentro del rango de hospitales del mismo nivel. Estos datos pueden mejorarse implementando medidas que influyan positivamente y que impliquen tanto a la Dirección del Centro como a los profesionales.

## Mejora en la inadecuación de ingresos y estancias mediante la retroinformación a los facultativos responsables

Soria Aledo, Víctor;  
Carrillo Alcaraz, Andrés;  
García Ruipérez, María Dolores;  
Leal Llopis, Jesús;  
Hernández Ferrandis, María Carmen;  
Alcaraz Martínez, Julián

Hospital Morales Meseguer. Murcia.

Contacto: Víctor Soria Aledo

victoriano.soria@carm.es

### OBJETIVO

Evaluación de la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias, análisis de las causas de dicha inadecuación, propuesta e implantación de medidas que disminuyan las hospitalizaciones innecesarias y una segunda evaluación. En la primera fase hemos estudiado la inadecuación de ingresos y estancias así como las causas, las variables y las consecuencias económicas de dicha inadecuación durante el año 2005, utilizando como herramienta el protocolo AEP.

### MÉTODO

La segunda fase ha consistido en la implantación de las medidas de mejora y en la segunda evaluación durante el año 2007. Se ha hecho un muestreo aleatorio proporcional al número de ingresos realizados por cada servicio clínico. Se han seleccionado 1450 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio de las cuales 725 corresponden al grupo control y otras 725 al grupo posterior a la intervención. Se ha aplicado el protocolo de inadecuación de ingreso a las 1450 historias y el protocolo de inadecuación de estancia a 2675 estancias. Tras el análisis de los datos observados en el grupo control del año 2005 se han propuesto una serie de medidas entre los representantes de los Servicios, la Dirección del Centro y el Grupo de trabajo para disminuir la utilización inadecuada de la hospitalización.

### RESULTADOS

Tras las medidas de intervención se ha disminuido de forma significativa el número de pacientes periféricos. Globalmente se ha disminuido de forma significativa el porcentaje de ingresos y estancias innecesarias, que se ha visto reflejado en casi todos los servicios clínicos del hospital. Al disminuir la inadecuación, el coste asociado en la muestra de pacientes del grupo de intervención es de 66.462 euros. Extrapolando al total de pacientes ingresados en el año 2007, sería de 960.761 euros.

## Implantación de un sistema de calidad ISO 9001

Alonso Suero, Elvira

Hospital de Jario.Oviedo

Contacto: Elvira Alonso Suero  
elvira.alonso@sespa.princast.es

La sociedad actual, de empresas y servicios de calidad que tengan en cuenta los Sistemas de Gestión de la Calidad han provocado la sensibilidad de estos temas en el Sistema Sanitario. El hospital de Jario en su estrategia de mejora ha decidido apostar por la implantación del sistema de Gestión de calidad según referentes ISO 9001 en el servicio de admisión y documentación clínica. Esto supone una mejora cuantitativa de la gestión del hospital y que además esta en consonancia con la demanda de nuestra sociedad de servicios eficientes y una sanidad pública de calidad.

Para desarrollar el proyecto se han tenido en cuenta:

- Elaboración de documentación necesaria para implantar el modelo ISO 9001
- Formación del personal
- Implantación de los procedimientos definidos en cada una de las unidades y hospital
- Evaluación del sistema de Calidad a través de auditorías internas
- Análisis de los datos obtenidos a través de la revisión por la dirección
- Certificación ISO 9001 a través de AENOR

La metodología de asistencia periódica individual y colectiva de las diferentes unidades del servicio. El proceso ha culminado con la aprobación y desarrollo :

- Política de calidad
- Objetivos de mejora
- Manual de calidad

- Procedimientos e instrucciones de trabajo
- Elaboración de los registros que demuestran de forma objetiva la implantación del sistema de calidad
- Formación y sensibilización de los profesionales del servicio
- Registro y tratamiento de incidencias y condiciones adversas detectadas
- Establecimiento de acciones de mejora.

### CONCLUSIONES:

Se ha iniciado el camino para la consolidación de las políticas de mejora continua en el servicio, que ayudarán a detectar puntos débiles en la gestión y así poder establecer las acciones correctivas y/o preventivas para su tratamiento y corrección. Esperamos que este proyecto redunde en un claro beneficio para todos los profesionales del Hospital en general y los pacientes y familiares.

## Codificación de la historia electrónica: influencia de Selene sobre los servicios de documentación

Gómez Carrión, Jesús;  
Tudela Rubio, María Encarna;  
Pérez Marín, María José;  
López Soriano, Francisco;  
González Pina, Blas Luís;  
Canovas Serrano, Antonio

Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz.  
Murcia.

Contacto: Jesús Gómez Carrión  
[jesus.gomez9@car.m.es](mailto:jesus.gomez9@car.m.es)

### OBJETIVOS

La reciente informatización de la Historia Clínica permite manejar herramientas electrónicas, que optimizan el trabajo de codificación. La modificación del circuito de codificación con la integración electrónica del informe de alta, la codificación clásica y la introducción de datos, consigue acortar los tiempos, disminuir errores, evitar repeticiones y eliminar el uso del papel

### MÉTODOS

Circuito tradicional: tras la recepción del informe de alta se realizaba la codificación manual y posteriormente un administrativo introducía los datos.

Actualmente, se codifica e introducen los datos en un solo paso.

Comparamos las ventajas que ofrece el nuevo circuito, en términos de tiempo de codificación, errores de código y número de repeticiones.

### RESULTADOS

El nuevo circuito de codificación, apoyado en el uso de Selene, nos ahorra tiempo de codificación del informe de alta, disminuyendo considerablemente el número de errores de código y el número de informes repetidos.

A su vez hemos eliminado el consumo de papel y nos ha permitido disponer de las funciones del administrativo de apoyo en la introducción de datos, para el desempeño de otras tareas.

### CONCLUSIONES

La introducción de Selene en el rediseño del circuito de codificación, pasando de un planteamiento clásico a uno que introduce las mejoras que nos ofrecen las nuevas tecnologías, optimiza el trabajo, eleva los niveles de calidad en los circuitos de trabajo de la codificación, elimina el consumo de papel, y nos permite dedicar parte del personal del Servicio de Documentación a la realización de otras tareas.

## La historia clínica digitalizada: transición del soporte papel a la historia electrónica

San Eustaquio Tudanca, Fernando;  
Gutiérrez Miras, María Gala;  
Canovas Martínez, Herminia

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.  
Contacto: Fernando San Eustaquio Tudanca  
[fsaneus1@ono.com](mailto:fsaneus1@ono.com)

### RESUMEN

En el proceso de instauración e implantación de una historia electrónica en un hospital que esté en plena actividad se presentan no pocas dificultades, desde el cambio de hábitos del usuario hasta la nueva adquisición de la información, pasando por la necesaria convivencia entre la historia en soporte papel y la historia en soporte electrónico. Esta convivencia durará no menos de 5 años. Una solución intermedia a este último problema sería la digitalización de la historia clínica, de forma que sin tener físicamente el papel, tengamos acceso a su contenido. En este trabajo exponemos la experiencia realizada en el Hospital General Universitario Reina Sofía de la digitalización del archivo, indización y visualización de la historia, previa a su incorporación a la historia electrónica que en un futuro próximo vamos a tener. Mientras llega esta última, el uso de la historia digitalizada se ha mostrado muy útil en la práctica clínica diaria, hasta el punto de haber prescindido del papel en la consulta de la historia.

Se digitalizó a parte de urgencias, histórico y pasivo, con fines de conservación, el archivo activo. Se indizaron los documentos por número de historia, servicio, área, tipo de documento, y fecha.

Se construyó un visualizador con esta indización, que ha permitido tanto su utilización para la consulta y lectura de forma fácil y ágil, también su uso como tele documentación.

## Control de la documentación no incluida en la historia clínica

Pay López, Josefa;  
Picazo Córdoba, Román;  
Serrano García, María Dolores;  
Martínez Acosta, Sara;  
Visedo López, José Antonio;  
Alcaraz Quiñonero, Manuel

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Contacto: Josefa Pay López

[josefa.pay@carm.es](mailto:josefa.pay@carm.es)

### INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más importantes que tienen los Archivos, además del espacio, son la inclusión de los documentos sueltos en la historia clínica, cuando la historia no está en el lugar en el que se generan estos documentos, por estar prestada en otro servicio o por otras causas de no disponibilidad. Esto conlleva a un excesivo trasiego entre el Archivo y las distintas Unidades de historias clínicas y además conlleva la habilitación de espacio suplementario para la custodia de los documentos sueltos. El objetivo de este trabajo es el desarrollo de un protocolo para el control de este problema.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Creación de un Registro Informatizado de todos los documentos que llegan al Archivo para la incorporación a la historia.

Elección de un sobre contenedor de color distinto al sobre de la historia clínica, para que sea fácilmente diferenciable.

Desarrollo de listados informáticos ad-hoc de los préstamos para realizar el control de la ubicación de la historia.

### RESULTADOS

1- Protocolo de admisión de episodios no incluidos en la historia clínica: a) Exigencia de solicitud de la historia clínica al Archivo un mínimo de dos veces en un plazo de tres semanas por el motivo "Secretarías de Planta". b) Remisión del episodio desde la Unidad al Archivo, adjuntando una nota con el número de historia, nombre del paciente y las dos fechas de petición no resueltas; c) Anotación en el Registro Informatizado con los siguientes campos: Nº historia clínica, Nombre y Apellidos

del paciente, Unidad responsable del episodio, fecha de recepción del mismo y fecha de resolución. d) Preparación del sobre contenedor provisional (de color diferenciado a la historia completa) inclusión del episodio y archivado ocupando el lugar que le correspondería a la historia clínica. e) Anotación, en su caso, de la fecha de resolución.

### CONCLUSIÓN

El protocolo se ha puesto en marcha recientemente y en los próximos días haremos una valoración de resultados, pensamos que con el estricto cumplimiento del mismo se podrán resolver gran parte de la problemática que este hecho plantea.

## Evaluación de los registros de la actividad quirúrgica

Rodenas Checa, Julio;  
Picazo Córdoba, Román;  
Serrano García, María Dolores

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar (Murcia).

Contacto: Julio Rodenas Checa  
julio.rodenas@carm.es

### INTRODUCCIÓN

Se detecta que existe discrepancia en la explotación de los datos obtenidos del Sistema de Información de Asistencia Especializada (SIAE) y el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la actividad quirúrgica (a.q.). Se toma conciencia de la complejidad del proceso tras analizar el flujograma del Subsistema de información de a.q. teniendo en cuenta:

Se utilizan dos aplicativos informáticos distintos (Selene-Aurora) con deficiencias en la integración entre ellos.

Se detecta que existe confusión en la interpretación de los conceptos manejados respecto a los tipos de cirugía.

### OBJETIVO

Cuantificar el número de errores en el procedimiento de registro o de interpretación de los criterios de clasificación y averiguar las causas para subsanarlos.

### MATERIAL y MÉTODOS

Se obtienen los datos a través de la explotación por la herramienta Datawarehouse (DWH), analizando las diferentes variables: Tipo de intervención, acto clínico asociado, prioridad, vinculación a lista de espera quirúrgica (LEQ) y servicio. Tras la dificultad de su análisis se decide posponer para una segunda evaluación la prioridad.

### RESULTADOS

Los posibles errores encontrados se distribuyen en los siguientes tipos de intervención:

- Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)  
**2,00 %**: asociados a actos clínicos de urgencias.
- 0,65 %** asociados a actos clínicos de hospi-

tal de día quirúrgico (HDQ) sin inclusión en LEQ.

**0,51 %** asociados a actos clínicos de hospitalización.

- Cirugía con ingreso (CCI)

**0,25 %** asociados a actos clínicos de HDQ.

- Cirugía menor ambulatoria (cma)

**10,39 %** asociados a actos clínicos de urgencias.

**0,99 %** asociados a actos clínicos de hospitalización.

Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

Conceptualmente en el CMBD, este tipo de Intervención debe ser programada.

En el resultado final, por tanto, quedan eliminadas todas las intervenciones de CMA asociadas a actos clínicos de urgencias, con la consiguiente merma en la actividad quirúrgica realizada.

El sistema de información Selene, utiliza el mismo acto clínico para LEQ e intervención quirúrgica, por lo que las intervenciones no asociadas a LEQ, también quedan eliminadas.

Cirugía con Ingreso (CCI)

Se detectan algunos casos incongruentes, pues están asociados a actos clínicos de HDQ, pendientes de resolver.

Cirugía menor ambulatoria (cma)

Se detecta un alto porcentaje asociado a actos clínicos de urgencias, que deben ser estudiados para determinar si son errores de registro o del proceso y un pequeño porcentaje de cma

# resumen

con hospitalización, que conceptualmente no sería posible.

## ACTUACIONES

- Clarificar los conceptos de los diferentes tipos de cirugía y difundirlos a los profesionales implicados.
- Transmitir a los responsables del aplicativo Selene la necesidad de que los términos del programa se adecuen correctamente a los conceptos del SIAE.
- Establecer controles en el programa que evite incongruencias (ejemplo: hospitalizados con cma)
- Mientras tanto, rescatar la información que se está perdiendo en la actualidad, a través de filtros correctores que corrijan las deficiencias del proceso, como consecuencia de la inexistencia de controles.



## Dificultades para la codificación diagnóstica de los procesos asistidos en urgencias del hospital Reina Sofía de Murcia

Melgarejo González, Ana Belen;  
López-Larrainzar Coghen, Thais;  
San Eustaquio Tudanca, Fernando;  
Gutiérrez Miras, Gala;  
López Andreu, Francisco Román;  
Fernández Pardo, Jacinto

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Contacto: Jacinto Fernandez Pardo

[jacinto.fernandez@carm.es](mailto:jacinto.fernandez@carm.es)

### OBEJTIVOS

Estudiar la codificación diagnóstica fallida y sus causas en urgencias de nuestro hospital.

dificar en 1.831 casos (2,1% del total); y con diagnóstico de presunción se codificaron 935 casos (1,1% del total).

### METODOLOGÍA

Partiendo de los registros informatizados de todos los procesos asistidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital desde mayo de 2007 a febrero de 2008, y preservando el anonimato de los pacientes, recogimos información sobre la edad, sexo y diagnóstico final (que fue posteriormente codificado, según la CIE-9, con ayuda de una aplicación desarrollada por el servicio de Documentación clínica) de todos los pacientes asistidos, para realizar un estudio descriptivo y un análisis estadístico de los datos, con los objetivos expuestos.

### CONCLUSIÓN

Se aprecia un elevado porcentaje de codificación diagnóstica frustrada, siendo la mayor parte de sus causas fácilmente remediables por los facultativos implicados.

### RESULTADOS

El total de procesos asistidos en urgencias de nuestro hospital en el periodo estudiado fue de 88308. La edad media de los pacientes fue de 42,6 ±21,18 años, el 51,3% eran hombres y el 48,7% eran mujeres. Del total de asistencias, se consiguió codificar correctamente, al menos un diagnóstico, en 77.982 ocasiones (88,31%), dos diagnósticos fueron codificados en 12.540 asistencias (14,2%), y tres o más diagnósticos solamente lo fueron en 1.065 asistencias (1,2%). Un total de 10.326 asistencias (11,7%) no han podido ser codificadas por diferentes motivos: en 3703 (4,2% del total) episodios no constaba diagnóstico; el diagnóstico era ilegible en 2.699 casos (3,1% del total); la información existente era insuficiente para co-

## Códigos de la CIE9 con mayor incidencia en hombres y mujeres asistidos en urgencias hospitalarias

Rosa García, Concepción,  
Sarabia, Francisco;  
Melgarejo González, Ana Belén;  
Fernández Pardo, Jacinto;  
Canovas Martínez, Herminia;  
San Eustaquio Tudanca, Fernando

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.  
Contacto: Jacinto Fernández Pardo  
[jacinto.fernandez@carm.es](mailto:jacinto.fernandez@carm.es)

### OBEJTIVOS

Conocer cuáles son, en hombres y mujeres, las rúbricas y códigos de la CIE9 con mayor incidencia en las urgencias de nuestro hospital.

### METODOLOGÍA

Partiendo de los registros informatizados de todos los procesos asistidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital desde mayo de 2007 a febrero de 2008, y preservando el anonimato de los pacientes, recogimos información sobre la edad, sexo y diagnóstico final (que fue posteriormente codificado, según la CIE-9, con ayuda de una aplicación desarrollada por el servicio de Documentación clínica) de todos los pacientes asistidos, para realizar un estudio descriptivo y un análisis estadístico de los datos, con los objetivos expuestos.

### RESULTADOS

Se registraron 88308 urgencias, correspondiendo un 51,3% a hombres y un 48,7% a mujeres, lográndose codificar, al menos un diagnóstico, en 77.982 ocasiones (88,31%). Los diagnósticos y códigos más prevalentes en hombres fueron: lumbago (724,2) 3,1%, dolor abdominal (789.00) 2,4%, gastroenteritis (558,9) 2,2%, cervicalgia (723,1) 2,2%, esguince tobillo (845.00) 1,9%, enfermedad sistema respiratorio (519.8) 1,9%, cólico renal (788.0) 1,5%, dolor torácico no específico (786.50) 1,4%, contusión múltiple (924.8) 1,3%, resfriado común (460) 1,3%. En mujeres fueron: infección vías urinarias (599.0) 3,9%, dolor abdominal (789.00) 3,4%, lumbago (724.2) 3%, cervicalgia (723.1) 2,4%, gastroenteritis

(558.9) 2,3%, ansiedad (300.0) 1,9%, esguince tobillo (845.00) 1,9%, enfermedad sistema respiratorio (519.8) 1,7%, espasmo muscular (728.85) 1,3%, anticoncepción urgente (V25.03) 1,1%.

### CONCLUSIÓN

La diferencias anatómo-fisiológicas, funcionales y de actividad laboral probablemente determinen la distinta incidencia de los diagnósticos más frecuentes codificados a partir de los informes de urgencias.

## Hospital de Torrevieja, algo más que un hospital sin papeles

Barcia Albacar, Luís;  
Ortiz García, Miguel;  
Vila Roig, Bernardo;  
Jiménez Molina, Juan Luís;  
Maritnez Gutiérrez, Anselmo;  
Aranda Gutiérrez, Juana

Departamento 22. Torrevieja.  
Contacto: Juan Luís Jiménez Molina  
[jljimenez@torrevieja-salud.com](mailto:jljimenez@torrevieja-salud.com)

### INTRODUCCIÓN

El Hospital de Torrevieja es un centro sanitario público de gestión privada que utiliza las nuevas tecnologías de sistemas de información como uno de los elementos clave para garantizar la eficiencia de los procesos y el aprovechamiento de los recursos disponibles.

### OBJETIVOS

La implantación de un sistema de información como soporte de la historia clínica electrónica del hospital de forma que, además de eliminar el archivo tradicional, permite a la organización una mejor gestión de los procesos y hace trascender las herramientas informáticas a las paredes del edificio del hospital, facilitando el teletrabajo de los profesionales asistenciales, permitiendo el uso de la información de los pacientes en casa y consiguiendo reducir las barreras primaria-especializada mediante el acceso de cualquier profesional sanitario a cualquier dato de los pacientes, desde cualquier sitio y en cualquier momento. El sistema tiene una cobertura universal para todos los procesos y unidades del hospital.

### METODOLOGÍA

Construcción de una herramienta informática propia, utilizando las últimas tecnologías y tomando como base un diseño previo de los procesos hospitalarios y los formatos de historia en papel más habituales en los hospitales de la Comunidad Valenciana. Dedicadas 20.000 horas de programación y un equipo de 14 profesionales durante 18 meses.

### RESULTADOS

Historia clínica implantada en todo el Departamento, sin registros en papel. Acceso online de los facultativos de atención primaria a los datos hospitalarios, UHD con puestos de trabajo móviles mediante Tablet-PC y G3, telemedicina (los facultativos realizan el seguimiento de los pacientes desde casa), tele radiología (guardias localizadas de los radiólogos)

### CONCLUSIONES

A la hora de diseñar e implantar los nuevos sistemas de información para los hospitales, ya no sólo hay que perseguir el objetivo de eliminación del archivo en soporte papel, sino que hay que fijar nuevas metas como la disponibilidad de las herramientas y la gestión de los procesos asistenciales.

# Distribución geográfica de la mortalidad hospitalaria en la región de Murcia. Año 2006

(\*) Aliaga Matás, María Fuensanta;  
 (\*) García Ruipérez, Dolores;  
 (\*\*\*) Gutiérrez Miras María Gala;  
 (\*) Carrillo Alcaraz, Andrés;  
 (\*\*\*) López Martínez, Lourdes;  
 (\*\*\*\*) Chiner Bernabeu, Juan Manuel

(\*)Hospital Morales Meseguer. Murcia.

(\*\*)Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

(\*\*\*)Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).

(\*\*\*\*)Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera (Murcia).

Contacto: María Gala Gutiérrez Miras

Mgala.gutierrez@carm.es

## INTRODUCCIÓN

La mortalidad es el indicador sanitario más común y antiguo que se conoce<sup>1</sup>

La mortalidad hospitalaria puede verse afectada por diferentes factores como la patología atendida, el régimen económico, del centro, la estructura poblacional y la accesibilidad al centro sanitario<sup>2</sup>

## OBJETIVOS

En este estudio queremos saber las defunciones que se producen en cada área de salud en hospitales públicos y concertados, el porcentaje que suponen estas defunciones con, las diferencias significativas entre las distintas áreas y entre sexos en relación a la mortalidad producida, por GRD y por área de salud.

## MATERIAL Y MÉTODO

Fuente de datos: CMBD, C.R.E.M.

La explotación de la información se ha realizado con el gestor de bases de datos ACCES, tratamiento de tablas EXCEL y estadístico SPSS.

## RESULTADOS

En las Áreas de salud I, IV y V, se registran más muertes en el domicilio, con significación estadística globalmente. Por sexo, ( $p < 0,001$ ) que los hombres fallecen más en el hospital en el Área I y al revés en el Área II. Las tasas brutas de mortalidad por áreas, es siempre mayor en hombres que en mujeres, excepto en el área VI. Analizadas las tasas de letalidad por el mismo GRD y por Área Sanitaria, en las patologías más frecuentes como causa de mortalidad, se registra una diferencia significativa

globalmente entre las distintas áreas de salud. También es así en el análisis global de la tasa de letalidad entre hombres y mujeres.

## CONCLUSIONES

El haber constatado diferencias significativas en aspectos de salud no solo entre las distintas Áreas de Salud, sino también condicionado a que sea hombre o mujer, incluso para la mayor letalidad, nos impulsa a profundizar en el estudio pormenorizadamente e investigar posibles causas.

## PALABRAS CLAVE

Mortalidad hospitalaria, Distribución geográfica, mortalidad Áreas de Salud. Tasas de mortalidad.

## Aplicación protocolos que garantizan el cumplimiento del art.4 sobre el derecho a la información la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente"

Peñalver Celdrán, Virtudes;  
Sandoval Sabater, Francisco;  
Hernández Ródenas, José;  
Picazo Córdoba, Román;  
Visedo López, José Antonio;  
Alcaraz Quiñonero, Manuel

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar  
(Murcia).

Contacto: Virtudes Peñalver Celdrán  
virtudes.penalver@carm.es

### OBJETIVO

Posibilitar el cumplimiento del derecho a la información del paciente, art.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del paciente, en procedimientos de Admisión Materno-Infantil.

### MATERIAL Y METODO

Admisión establece protocolos y facilita información durante el proceso asistencial del paciente:

- 1) Identificación diaria del neonato, de datos de la madre, facilitando documento informativo para inscribirlo en Registro Civil y solicitarle tarjeta sanitaria, en ocho idiomas.
- 2) A diario, se mecanizan los neonatos en el Programa de Detección Precoz de Sordera (P.D.P.S.) de la Consejería de Sanidad de Murcia, información utilizada para Vacunaciones y Metabolopatías. Se elaboran etiquetas identificativas para realizar otoemisiones antes de 48 horas.
- 3) Información oral y escrita, a parejas derivadas a centros concertados por la Unidad de Reproducción Asistida, sobre procedimiento, velando por su confidencialidad y su intimidad.

### RESULTADOS

1-Se implanta modelo informativo, en ocho idiomas, para inscribir al neonato en el Registro y obtener tarjeta sanitaria (el 21,3% en 2007 son partos de extranjeras). Este protocolo

lo permite al 100% de los padres abandonar el Hospital con la documentación. Antes un 20% volvían (nacidos el fin de semana).

2-Se informa diariamente al P.D.P.S., identificando al 100% de los neonatos vivos (8.369 en 2007) en el Hospital y se emiten etiquetas para otoemisiones, Vacunaciones y Metabolopatías.

3-Reducción del 85% (839 parejas en 2007) en peticiones de demanda de información.

### CONCLUSIONES

1ª) Este protocolo permite al 100% de los padres obtener la documentación al abandonar el Hospital, evitando errores.

2ª) Los documentos traducidos a ocho idiomas, mejoran la información a extranjeros para inscripción y tarjeta sanitaria del neonato.

3ª) La identificación de neonatos informa al P.D.P.S., a Vacunaciones y Metabolopatías y permite realizar otoemisiones.

4ª) El protocolo de derivación de pacientes a centros concertados garantiza la información, registrada y centralizada en Admisión, respetando su confidencialidad e intimidad.

# índice

## Autores

Aguayo Albasini, José Luís	58
Agulló Martínez, Antonia	50
Alcaraz Martínez, Julián	59
Alcaraz Quiñonero, Manuel	63, 69
Aldecoa Martínez, Isabel	17
Aleixandre Benavent, Rafael	37, 38, 50
Alemaný Durán, María Montserrat	9, 10, 11, 13, 15
Aliaga Benítez, Manuel	1, 10, 12, 13, 15
Aliaga Matás, María Fuensanta	68
Alonso Arroyo, Adolfo	37
Alonso Suero, Elvira	60
Amador Barciela, Luís	8
Ansorena Pool, Luís	17
Aranda Gutiérrez, Juana	67
Arasa Gastaldo, Esther	18
Asensio Villahoz, Paula	51
Azcarate, Gloria	33, 52
Babio Herraíz, Jesús	28
Barcia Albacar, Luís	67
Beades Martín, Paula	1
Bo Alifa, Magdalena	46
Bolaños Pizarro, Máxima	37, 38
Calero Fresneda, Fernando	49
Campillo Soto, Álvaro	58
Campuzano López, Francisco Javier	57
Canovas Martínez, Herminia	62, 66
Canovas Serrano, Antonio	61
Carballo Álvarez, Luís Fernando	4, 5
Carbonero Aliaga, Manuel	9, 10, 12, 13, 14
Carnicero Marques, Juan	26
Carrasco Benítez, Pilar	24
Carrillo Alcaraz, Andrés	58, 59, 68
Castaño Serrano, Antonio	3
Castellano Gómez, Miguel	50
Castelló Cogollos, Lourdes	38
Castillo Gómez, María Teresa	2
Castillo Valenzuela, Marino	29, 54
Castro Peláez, Manuel	11
Cerezo Iniesta, José	46
Chiner Bernabeu, Juan Manuel	68
Cincunegui Ateca, Cristina	17
Colomo Fernández, Jesús	26
Company Beltran, Vicente	27, 33, 52
Conejo Gómez, Carolina	16
Cortes Angulo, Jenaro	5
Crespo De Santiago, Ana	17
Curiel Iglesias, Begoña	36
De Castro Peláez, Manuel	14, 15
De la Cruz Pérez, María Amparo	3
Del Monte Delgado, David	40, 42
Del Río Mata, José	16

## Nº comunicación

# índice

Delas Martínez, Maria Desamparados	42
Delgado García, Amadeo	24
Dueñas Fuentes, José Raúl	44, 45
Esplugues Pellicer, Josep Xavier	27, 33, 52
Falagán Mota, José Antonio	6,7
Fernández Mateo, Maria José	47
Fernández Muñoz, Paloma	26, 28
Fernández Pardo, Jacinto	65, 66
Fernández Vadillo, Maria Antonia	49
Fernández Valdivia, Antonia	29, 31, 54, 55
Ferrete Gordillo, Inmaculada del Carmen	21,22, 23, 35
Ferro Osuna, Manuel Jesús	14
Galán Soler, Carmen Sara	47
Gallego Cereceda, Maria José	13, 14, 15
Gamero González, Carmen	34
García Ruipérez, Maria Dolores	58, 59, 68
García-Alcalde Fernández, Maria Luisa	28
Gil Herranz, Gema	40, 42
Gómez Carrión, Jesús	61
Gómez Delgado, Ángel	39
Gómez Olmos, Florentina Maria	48
Gómez Vega, Catalina	41, 49, 53
González Alcaide, Gregorio	37, 38
González Fresneda, Amparo	41, 49, 53, 55, 56
González Gómez, Adelaida	36
González Pina, Blas Luís	61
González Tapia, Ana	30,32
Gonzalez-Outón Serrano, Belén	30, 32, 41, 49, 53
González-Outón Velázquez, Julio	41
Grupo de Documentación UISYS	50
Guerrero López, Isabel Rosario	31
Guerrero López, Maria José	21,22, 23, 35, 56
Guilabert Giménez, Antonio	3, 25
Guilabert Mora, Mercedes	3, 25
Gutiérrez Del Río, Carmen	28
Gutiérrez Miras ,Maria Gala	62, 65, 68
Haya Fernández, Cristina	40, 42
Hernández Ferrandis, Maria Carmen	59
Hernández Ródenas, José	69
Jiménez Molina, Juan Luís	67
Lacruz Gimeno, Patricia	18
Leal Llopis, Jesús;	59
León Molina, Joaquín	4, 5
León Sancho, Joaquín	5
Leutscher, Edith	33, 52
López Andreu, Francisco Román	65
López Cabanas, Maria José	36
López Marco, Maria Victoria	48
López Martínez, Lourdes	68
López Martínez, Purificación	4
López Reneo, Raquel	36
López Ros, María Paz	56
López Soriano, Francisco	61

# índice

López-Larrainzar Coghen, Thais	65
Manzanera Saura, José Tomas	5
Marín Micol, Carmen Maria	57
Maritnez Gutiérrez, Anselmo	67
Martín Mañas, Julio	9, 10, 11, 12, 15
Martínez Acosta, Sara	63
Martínez Bermúdez, Maria del Rosario	9, 11, 12, 14, 15
Martínez Caro, Eva	55
Martínez De Juan, Adela	24
Martínez Reina, Alfonso	16
Mediero Domínguez, Ana Isabel	8, 43
Melgarejo González, Ana Belen	65, 66
Merino Romero, José	44, 45
Molina Martín, Julia	21, 22, 23, 35
Montes Santiago, Julio	8, 43
Moreno González, Ángel	1, 9, 10, 11, 12
Moreno Jiménez, Maria de los Angeles	3, 25
Moreno Ramos, Laura	29, 54
Morenza Mateo, Juana	57
Muñoz Balada, Rodrigo	19, 20
Muñoz García, Ángel	1
Navalón Cebrián, Rafael	39
Navarro Hernández, Regina	4
Navarro Molina, Carolina	37, 38
Ono Ono, Akiko	4, 5
Orihuela González, Inmaculada	29, 31, 44, 45, 54, 55, 56
Ortiz García, Miguel	67
Osuna Cortés, María del Carmen	29, 31, 53, 54, 55, 56
Pajares Fernández, Alberto	17
Palau Muñoz, Pilar	40, 42
Parras Partido, Maria Paz	24
Pay López, Josefa	63
Peñalver Celdrán, Virtudes	69
Pérez Marín, María José	61
Pérez Rodríguez, María Isabel	1
Picazo Córdoba, Román	57, 63, 64, 69
Pisano Blanco, Maria Aránzazu	47
Posada Carlos, Andrés	30, 32, 41
Pozuelo Galán, Francisco Javier	29, 54
Prado Amores, Isaac	40
Quirós García, Julio	26
Rey García, Gloria Maria	6, 7, 8, 43
Rivas Flores, Francisco Javier	39
Rivas Gallego, Isabel Maria	21, 22, 23, 35
Rodenas Checa, Julio	46, 64
Rodríguez Benito, Vicente Juan	18
Rodríguez Blanco, Iván David	31
Rodríguez Cabezas, María del Mar	31
Rodríguez Dapena, Silvia	24
Rodríguez Lera, María José	17
Rodríguez Rodríguez, Amelia	34
Rodríguez Rodríguez, Carmen	28
Rodríguez Rodríguez, Pascual	27, 33, 52



# índice

Rodríguez Rumayor, Gema	24, 36
Román Gálvez, Rosario	23, 44, 53, 55, 56
Romero Campos, Antonio Alejandro	21, 22, 23
Romero Navarrete, Ángel Francisco	49, 53
Romero Serrano, Ramon	40
Romero Serrano, Ramón	18
Romero Serrano, Ramón C.	42
Rosa García, Concepción	66
Sáez Jiménez, Sara Teodisia	48
Sáez Llorca, Isabel	27, 33, 52
San Eustaquio Tudanca, Fernando	62, 65, 66
Sánchez Fernández, Manuela	46
Sandoval Sabater, Francisco	69
Sarabia, Francisco	66
Sarsanedas Castellanos, Eugenia	2
Sastre Barceló, Jaume	1, 12, 13
Serrano Balazote, Pablo	39
Serrano García, Maria Dolores	57, 63, 64
Sevillano Romero, Rosa	18
Solomando Páez, Maria Carmen	44, 45
Sordo González, Miguel	9, 10, 11, 13, 14
Soria Aledo, Víctor	58, 59
Suárez Carbajal, Maria	26
Suárez Laurés, Ana	28
Suárez Martínez, Gonzalo	26
Tapia Gutierrez, Ana	41
Torre Lloberas, Pilar	2
Tudela Rubio, Maria Encarna	61
Valbuena Moya, Susana	25
Valcarce Miranda, Beatriz	3, 25
Valderrama Zurián, Juan Carlos	37, 38, 50
Vega Alvarez, Antonio	45
Vera Guirao, Juan José	4
Vicente Vírseda, Juan Antonio	51
Vila Roig, Bernardo	67
Vilchez Perdigon, Carmen	36
Visconti Gijón, José Vicente	18
Visedo López, José Antonio	63, 69

# índice

## INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN	Nº comunicación
Área Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. La Línea	30, 32, 41
Área Sanitaria Norte de Córdoba. Pozoblanco. Córdoba	44, 45
C.H. Pontevedra. Pontevedra	6,7
C.H. Torrecárdenas. Almería.	34
C.H.U. de Vigo. Vigo	6, 7, 8, 43
Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.	48
Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo	24, 36
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete	36
Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia	25
Departamento 22. Torrevieja	67
Dirección General de Atención Sanitaria. SESCOAM. Toledo.	36
Dirección General de Drogodependencias. Conselleria de Sanitat i Consum.	50
Generalitat Valenciana. Valencia	
Everis. Valencia.	40
Gerencia de Área del Altiplano. Yecla (Murcia)	3, 25
Gestión Archivo Severiano Gestión S.L. Murcia.	31
Hospital de Alta Resolución de Guadix. Granada	23, 29, 44, 53, 54, 55, 56
Hospital Clínico Universitario. Valencia.	50
Hospital Clínico Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba.	29, 31, 44, 45, 54, 55, 56
Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia	61
Hospital de Cabueñes. Gijón	26, 28, 47
Hospital de Jarrio.Oviedo	60
Hospital de la Plana. Vila-real (Castellón).	19,20
Hospital de Poniente. El Ejido (Almería)	34
Hospital del Mar. IMAS. Barcelona	2
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia	62, 65, 66, 68
Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas.	36
Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera (Murcia).	68
Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.	27, 33, 52
Hospital Morales Meseguer. Murcia	58, 59, 68
Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina	36
Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia).	68
Hospital Río Hortega. Valladolid.	51
Hospital Sierrallana. Torrelavega	17
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid	1, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Hospital Universitario de la Victoria. Málaga.	31
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.	18, 40, 42
Hospital Universitario Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)	39
Hospital Universitario Puerto Real. Puerto Real.	30, 32, 41, 49, 53, 55, 56
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba	21,22, 23, 35, 56
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia	4, 5, 46, 57, 63, 64, 69
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.	29, 31, 53, 54, 55, 56
Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.	16
Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López-Piñero (CSIC- Universidad de Valencia). Valencia.	37, 38, 50
Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias. Valencia	18
Universidad Miguel Hernández. Dpto. Psicología de la Salud. Elche (Alicante)	3, 25



# XI Congreso Nacional de Documentación Médica

Madrid 25 y 26 de junio de 2009

## 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 <http://www.sedom2009.com>, en la página web de la SEDOM (<http://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**



## XI Congreso Nacional de Documentación Médica

Madrid 25 y 26 de junio de 2009

### COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente:

**Ángel Moreno González**

Hospital Universitario 12 de Octubre

Vicepresidenta:

**Pilar Rodríguez Manzano**

Hospital Universitario de Móstoles

Tesorera:

**Consuelo García-Velasco García**

Hospital Universitario de Getafe

Secretario:

**Manuel Aliaga Benítez**

Hospital Universitario 12 de Octubre

Vicesecretario:

**Miguel Sordo González**

Hospital Universitario 12 de Octubre

Vocales:

**José Miguel Arce Obieta**

Hospital Fundación Jiménez Díaz

**Paloma González Cloute**

Hospital Severo Ochoa

**Carmen Gómez Hormigos**

Fundación Hospital Alcorcón

**Carlos M<sup>a</sup> Elvira Martínez**

Hospital Universitario Clínico San Carlos

**Emilio Úcar Corral**

Hospital Santa Cristina

**Ramón Romero Serrano**

Presidente de la SEDOM

### 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

Pontevedra

**M<sup>a</sup> Luisa Tamayo Canillas**

Hospital Universitario Central de Asturias

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

SEDOM



## XI Congreso Nacional de Documentación Médica

Madrid 25 y 26 de junio de 2009

### Información General

**Sede:**

Hospital Universitario Clínico San Carlos.  
Profesor Martín Lagos, s/n  
28040 Madrid

**Fechas:** 25 y 26 de Junio de 2009

**Página web del congreso:** [www.sedom2009.com](http://www.sedom2009.com)

### Cuotas de inscripción

Categorías	Hasta 20/05/09	Desde 21/05/09
Socios	250€	290€
No Socios	300€	340€

**La inscripción incluye:** coffee breaks, almuerzo día 25 de junio y cena de gala.

### Comunicaciones y Pósters

La organización plantea un programa abierto a la participación, a través de la presentación de Comunicaciones y Pósters, donde se podrán exponer los proyectos, estudios e investigaciones. La normativa para la presentación de las mismas se adjuntan en este programa preliminar.

### Premios

La organización del XI Congreso Nacional de Documentación Médica otorgará los siguientes premios:

- Premio a la mejor Comunicación Oral: dotación económica de 800 €
- Premio a la mejor Comunicación Póster: dotación económica de 500 €

No obstante y en función de las comunicaciones aceptadas, el jurado de los premios se reserva el derecho de dejar algún premio desierto u otorgar el mismo premio a dos o más comunicaciones.

Los premiados se comprometen a publicar sus comunicaciones en la revista de la SEDOM (Papeles Médicos), con las características y normas adecuadas a la revista y teniendo en cuenta los comentarios del Director de Papeles Médicos.

### Secretaría Técnica

Viajes El Corte Inglés S.A.  
Dpto. de Congresos, Convenciones e Incentivos  
Princesa 47, 4ª planta, 28008 Madrid  
Tel. +34 91 204 26 40 Fax:+34 91 559 74 11  
E-mail: [dccimad6@viajeseci.es](mailto:dccimad6@viajeseci.es)



## XI Congreso Nacional de Documentación Médica

Madrid 25 y 26 de junio de 2009

### NORMAS DE PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES

#### Normas generales:

- Las Comunicaciones serán Orales o en formato de Póster.
- Para poder presentar una Comunicación es imprescindible que al menos el ponente esté inscrito en el Congreso. El Comité Científico, se reserva el número máximo de Comunicaciones, que pueda presentar un mismo ponente.
- El plazo de recepción de resúmenes finaliza el día 3 de mayo de 2009.
- El Comité Científico se encargará de la valoración y selección de los trabajos, y comunicará la aceptación de los mismos antes del 16 de mayo de 2009.
- Los resúmenes se remitirán exclusivamente a través de la página web: [www.sedom2009.com](http://www.sedom2009.com), en su apartado correspondiente, no admitiéndose otro tipo de envío.
- Los resúmenes se presentarán en castellano, utilizando el formulario de la página web, ocupando un máximo de una hoja (A4) por una cara, equivalente a 350 palabras. Los trabajos llevarán el título de la comunicación en el encabezamiento, con tipología Arial a 12 ptos. y con distribución justificada.
- Todas las comunicaciones serán propiedad del XI Congreso Nacional de Documentación Médica y podrán ser utilizadas con fines científicos por la SEDOM.
- En la Comunicación deberá indicarse:
  - Formato: oral o póster
  - Título
  - Autores
  - Ponente de la Comunicación
  - Centro de trabajo
  - Provincia
  - Teléfono de contacto y móvil
  - E-mail

**Estos datos son imprescindibles para presentar la comunicación**

#### Normas sobre Comunicaciones Orales

- En el resumen se deberá indicar el nombre y apellidos de la persona que realizará la presentación de la comunicación oral.
- El resumen deberá estar estructurado de la siguiente manera: Introducción, Objetivos, Metodología, Resultados y conclusiones.
- El tiempo máximo de exposición oral será de 8 minutos. Existirá tiempo de discusión. El ponente podrá aportar para su presentación el archivo en formato ppt (M. Office Power Point 2003) y en soporte de CD o Pen-drive.
- El Comité Científico se reserva el derecho a reclamar información adicional sobre el resumen presentado, así como la conveniencia de su presentación como póster.

#### Normas sobre Comunicaciones Póster

- El resumen deberá estar estructurado de la siguiente manera: Introducción, Objetivos, Metodología, Resultados y conclusiones.
- En el resumen se deberá indicar el nombre y apellidos de la persona que realizará la defensa del póster.
- Las dimensiones del póster serán de 120 cm. de alto por 90 cm. De ancho.
- El tamaño mínimo de letra deberá ser legible a 2 m. de distancia.
- Los pósters deberán estar colocados en el espacio asignado, antes de las 09:00 h. del día 25 de junio de 2009.



## XI Congreso Nacional de Documentación Médica Madrid 25 y 26 de junio de 2009

### PROGRAMA

## Jueves 25 DE JUNIO

**08:30 h.** Acreditaciones y entrega de la documentación.

**09:15 h.** 1º MESA

Inauguración oficial.  
Conferencia inaugural.

**10:00 h.** CAFÉ PAUSA

**10:30 h.** 2º MESA

Historia Clínica Electrónica en el Sistema Nacional de Salud. Historia Clínica Única por Comunidad Autónoma.

Moderador: Carlos M<sup>a</sup> Elvira Martínez  
Hospital Universitario Clínico San Carlos

**12:30 h.** 3ª MESA

Sistemas de Clasificación de Pacientes, CMBD y Seguridad del Paciente.  
Moderador: Manuel Aliaga Benítez  
Hospital Universitario 12 de Octubre

**14:45 h.** ALMUERZO DE TRABAJO

**16:00 h.** 3ª MESA

Normativa sobre Plazos de Espera. Las Listas de Espera en la Unión Europea.  
Moderadora: Carmen Gómez Hormigos  
Fundación Hospital Alcorcón

**18:00 h.** CAFÉ PAUSA

**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 – Pedro Larumbe



## XI Congreso Nacional de Documentación Médica

Madrid 25 y 26 de junio de 2009

### PROGRAMA

## Viernes 26 DE JUNIO

**08:30 h. DEFENSA DE PÓSTERS**

Visita del jurado al área de postres.

**09:00 h. 5ª MESA**

Nuevas Líneas de Actuación de los SADOCS.

Moderadora: Pilar Rodríguez Manzano

Hospital de Móstoles

**11:00 h. CAFÉ PAUSA**

**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.



## 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 resuma 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.* 2<sup>nd</sup> 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.* 2<sup>nd</sup> 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.