



SEDOM Sociedad Española de Documentación Médica



XVIII Congreso Nacional
Documentación Médica

SEDOM

LIBRO DE ABSTRACTS



Valencia 23, 24 y 25 de octubre 2024

ISBN: 978-84-09-73544-0

Descargo de responsabilidad:

La Sociedad Española de Documentación Médica y Admisión (SEDOM)
no se hace responsable de las opiniones o puntos de vista de los autores, así como de la
originalidad del contenido aportado por los autores.

ÍNDICE

Comunicaciones Orales

Titulo	Página
OR0003 ALGORITMO PARA EVALUAR Y MEJORAR LA CALIDAD Y PRECISIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA	8
OR0004 LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PRIMARIA DESDE EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	9
OR0005 IMPLANTACIÓN DE UN REPOSITORIO DE DATOS CLÍNICOS EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU	10
OR0006 ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA DE NUEVOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE USUARIOS EN ATENCIÓN INTERMEDIA	11
OR0007 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SANITARIA EN LA HISTORIA CLÍNICA	12
OR0008 LA UCSI: UNIDAD COMODÍN PARA DISMINUIR LA PRESIÓN DE CAMAS DEL HOSPITAL CONVIRTIÉNDOSE EN UNIDAD DE TÉCNICAS Y UNIDAD PREINGRESOS. MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE PUESTOS DE LA UCSI	13
OR0010 AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS: UN CASO PRÁCTICO EN EL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA	14
OR0011 EVOLUCIÓN DIGITAL EN EL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA: EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE INTERCONSULTAS	15
OR0012 PROCESO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA CITA DIGITAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	16
OR0013 FORTALECIENDO EL VÍNCULO: POTENCIACIÓN DEL ALOJAMIENTO MADRE-HIJO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA	17
OR0014 GESTIÓN DE LOS GRDS INESPECÍFICOS EN EL HOSPITAL DR. PESET DE VALENCIA.	18

Titulo	Página
OR0015 USO CORRECTO DE ABREVIATURAS EN LA HISTORIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD	19
OR0016 ESTRATEGIA HOSPITALARIA PARA REDUCIR EL ABSENTISMO EN PRIMERAS CONSULTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	20
OR0017 OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL “PATOLOGÍA LUMBAR” A TRAVÉS DE METODOLOGÍA LEAN	21
OR0018 IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE	22
OR0019 ANÁLISIS SOBRE EL NIVEL DE MORTALIDAD ASIGNADO POR EL AGRUPADOR, EN CASOS DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD	23
OR0020 IMPLANTACIÓN DE UN PLAN FORMATIVO BÁSICO PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	24
OR0021 ESTUDIO DE CONCORDANCIA ENTRE LA CODIFICACIÓN AUTOMÁTICA POR PLN DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA CODIFICACIÓN Y LA CODIFICACIÓN MANUAL DE DIAGNÓSTICOS CIE-10 EN URGENCIAS HOSPITALARIAS	25
OR0022 MODELOS DE DATOS CLÍNICOS Y TERMINOLOGÍAS DE SALUD: FACILITANDO LA INTEROPERABILIDAD Y MEJORA EN LA ATENCIÓN MÉDICA	26

Comunicaciones Póster

Título	Página
EP0002 CICLO DE VIDA DEL DIAGNÓSTICO	28
EP0003 SOPORTE A LA CODIFICACIÓN AUTOMATIZADA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON SNOMED CT	29
EP0004 DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN REPOSITORIO DE DATOS CLÍNICOS	30
EP0005 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	30
EP0006 ANÁLISIS GRDS NO COMPENSABLES ANEXO I EN SIFCO WEB	31
EP0007 CESÁREAS DE BAJO RIESGO: ACCIÓN DE MEJORA	32
EP0008 PROPUESTA DE PLAN DE CONTINGENCIA FRENTE A LA CAÍDA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO (HIS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DE LLEIDA, GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	33
EP0009 EL REGISTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (RAE-CMBD) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (CAHU). NUESTRA APORTACIÓN AL BIG DATA EN SALUD	34
EP0010 MÁS DIAGNÓSTICOS MÁS COMPLEJIDAD	35
EP0011 SISTEMA DE GENERACIÓN DE INFORMES DE ALTA OFTALMOLÓGICA ASISTIDO USANDO INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA	36
EP0012 IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COLAS (SISCOL) E INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBULATORIA (SIA) EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VALENCIA DR. PESET	37
EP0013 REVISIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT EN EL PERÍODO PRENATAL, NEONATAL/PEDIÁTRICO Y EDAD ADULTA	38

Titulo	Página
EP0014 REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS EN URGENCIAS. ¿PERDEMOS INFORMACIÓN?	39
EP0015 CODIFICACIÓN DE RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN HUECO PÓPLITEO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLASTIA DE ROTACIÓN DE RODILLA	40
EP0016 OPTIMIZACIÓN DEL IUE (ÍNDICE DE UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS) ADECUANDO LA SEVERIDAD DE LOS CASOS POR GRD MEDIANTE EL USO DE LITERALES DIAGNÓSTICOS ESENCIALES	41
OR0009 CODIFICACIÓN CLÍNICA: ¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL SUSTITUIR AL CODIFICADOR HUMANO?	42



SEDOM Sociedad Española de Documentación Médica



COMUNICACIONES ORALES



OR0003

TITULO: ALGORITMO PARA EVALUAR Y MEJORAR LA CALIDAD Y PRECISIÓN DE LOS INFORMES DE ALTA HOSPITALARIA

Autor: Sandra Campos Martínez. Hospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona

OBJETIVOS

Presentar la creación de un algoritmo diseñado para evaluar la calidad de los informes de alta hospitalaria. Su objetivo es identificar y medir aspectos clave como la claridad, cohesión, precisión y adecuación de la información clínica. El sistema emplea técnicas de análisis de texto para detectar deficiencias, incoherencias y errores, proporcionando retroalimentación a los redactores. El fin último es mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes, garantizando una transmisión eficaz de la información clínica relevante en el momento del alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó los informes de alta médica del primer semestre de tres hospitales de Cataluña que pertenecen al Grupo Quirónsalud. Se trabaja sobre un total de 21405 registros. Se siguieron los siguientes pasos:

- 1-El proceso comienza con la carga de datos desde un archivo Excel que contiene los informes clínicos.
- 2-Los registros se ordenan por episodio y fecha en orden descendente, eliminando duplicados para conservar solo los datos más recientes.
- 3-Se han desarrollado funciones que permiten la identificación de acrónimos en campos clave, como evolución, anamnesis y diagnósticos principales, mediante el reconocimiento de secuencias de letras mayúsculas. Estos acrónimos son revisados para verificar si están aceptados por la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM).
- 4-Se limpian los textos eliminando signos de puntuación y se evalúan errores ortográficos utilizando un diccionario que incluye terminología médica en español.
- 5-Se cargan términos médicos desde un archivo CSV y se crean funciones para detectar y listar dichos términos en los textos. Estas funciones son fundamentales para evaluar la calidad de los informes.
- 6-Se cuenta el número de palabras y se verifica el cumplimiento de los campos obligatorios reflejados en el Boletín Oficial del Estado (B.O.E.).
- 7-Se redacta el informe.

RESULTADOS

El análisis de los informes reveló la presencia de acrónimos, errores ortográficos y la frecuencia de términos médicos relevantes en los textos. Se observó que muchos informes presentaban inconsistencias en el uso de la terminología médica, así como campos incompletos. La evaluación automatizada permitió identificar estas deficiencias de manera eficaz y rápida, proponiendo mejoras en la redacción de los informes. Además, la comparación con bases de datos médicas garantizó la precisión de los términos utilizados y su correcta aplicación en cada caso clínico.

CONCLUSIONES

- 1.El algoritmo desarrollado ha demostrado ser una herramienta útil para evaluar la calidad de los informes de alta hospitalaria, detectando incoherencias y proponiendo mejoras específicas.
- 2.El análisis automatizado de términos médicos y errores ortográficos permite una revisión más eficiente y precisa de los informes clínicos, lo que puede mejorar la calidad del servicio al paciente.
- 3.La implementación de este tipo de algoritmos es clave para optimizar la gestión de la información clínica y mejorar la comunicación entre el personal médico y los pacientes, asegurando una correcta transmisión de la información relevante en los informes de alta.

OR0004

TITULO: LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE PRIMARIA DESDE EL SERVICIO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Autor: Andrés Posada Carlos. AGS Campo de Gibraltar Este. Hospital de La Línea. Cádiz

Co-Autores: Jesús Moreno Montoro, Andrés Díaz Cano, Enrique Fraga Pérez
AGS Campo de Gibraltar Este. Hospital de La Línea. Cádiz

OBJETIVOS

Elaboración de un cuadro de mando integral desde el servicio de documentación clínica del Área de Gestión Sanitaria desde una cuádruple perspectiva de actividad asistencial, accesibilidad, consecución de objetivos de resultados de salud e información económica de los distintos centros de atención primaria (CAP) del distrito.

MATERIAL Y MÉTODO

El Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar Este (AGSCGE) dispone de un hospital comarcal y un distrito de atención primaria que cubre las zonas básicas de salud (ZBS) de La Línea con tres centros de salud; San Roque, con un centro de salud y 9 centros de atención primaria (CAP); y Jimena, con un centro de salud y 5 CAP. La elaboración del cuadro de mando integral se ha realizado con la ayuda de distintas fuentes de información como infoweb (sistema de información asistencial y contrato programa del Servicio Andaluz de Salud), el sistema de información de la provincia de Cádiz SPCAD, COANHyD Sistema de contabilidad analítica hospitalaria y de distrito, así como fuentes de información propias. La información se elabora a nivel de CAP. La periodicidad es mensual, remitiéndose a los directores de los centros de salud y coordinadores de cuidados, así como a la dirección asistencial del AGSCGE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Nuestro servicio de documentación médica ha conseguido en los últimos años integrar toda la información asistencial de las unidades hospitalarias mediante la elaboración de cuadros de mandos integrales a nivel asistencial, accesibilidad y consecución de objetivos, así como información económica de los capítulos I y II. Pero quedaba el reto de conseguir integrar también nuestro distrito de atención primaria que se alimentaba de información parcheada obtenida de fuentes de información descentralizadas y no coordinadas, con importante heterogeneidad entre los distintos centros de salud y fuentes de información incompletas y no validadas que provenían de un sistema mal alimentado y obsoleto. En los últimos tres años, se ha avanzado mucho en la centralización por parte del SAS de la información generada por atención primaria. Se ha realizado un gran esfuerzo desde la dirección del área, de los centros de salud y desde documentación clínica, para alimentar correctamente las historias clínicas de atención primaria en todo lo referente a resultados de salud relacionado con los objetivos del contrato programa y permitir así que la fuente de información sea fiable. Hemos seguido trabajando además con los responsables de COANHyD y así podemos presentar un cuadro de mando de atención primaria que integra las vertientes de accesibilidad, datos de asistencia, grado de consecución de los objetivos del contrato programa e información económica de los capítulos I y II. En definitiva, los servicios de documentación clínica, son unidades que por su posición dentro del sistema, se convierte en una herramienta imprescindible para gestionar toda la información generada, incluida la atención primaria, nivel de atención sanitaria más olvidada y que necesita de un servicio que gestione toda la información generada a este nivel, para poder elaborar un cuadro de mando integral que permita una mejor gestión orientada a accesibilidad y resultados de salud.

OR0005

TITULO: IMPLANTACIÓN DE UN REPOSITORIO DE DATOS CLÍNICOS EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Autor: Júlia Dolcet Roig. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Co-Autores: Maria Pilar Navarro Arranz, Marta Albacar Ingla, Gerardo - Diego Ontiveros Rodríguez, Nacho Nieto Garcia, Jose Antonio Garcia Garcia
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

OBJETIVOS

El proyecto de implantación del Repositorio de Datos Clínicos (RDC) se centra en consolidar la información clínica de los pacientes en un sistema centralizado y estructurado. El objetivo principal es mejorar la calidad, consistencia y accesibilidad de los datos clínicos a través de la normalización y estandarización de las variables clínicas, permitiendo una visión única y completa de la historia clínica del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto busca establecer un repositorio que agregue los datos clínicos de forma centralizada desde los distintos sistemas de información de la organización. Se implantará una herramienta de formularios para registrar y consultar estos datos, definiendo también la gobernanza de los mismos. Esto implica adaptar los sistemas de información existentes y adherir nuevos sistemas bajo un modelo uniforme de registro y consulta de variables clínicas.

El RDC tiene varios objetivos clave:

- Consolidación de información: unificar los datos clínicos en un único sistema centralizado.
- Registro estructurado y normalizado: registrar datos clínicos de manera estructurada y conforme a diccionarios normativos.
- Interoperabilidad y accesibilidad: facilitar la integración y el acceso a los datos entre diferentes sistemas, asegurando la interoperabilidad semántica.
- Soporte a la toma de decisiones: proporcionar herramientas para la toma de decisiones clínicas, como alarmas, recordatorios y gráficos.

El RDC permitirá a los profesionales del hospital acceder de manera integral a los datos históricos y comparables del paciente, mejorando la accesibilidad y el soporte a la toma de decisiones clínicas. Además, posibilitará una explotación granular de los datos para usos secundarios, como la investigación y docencia. La gobernanza del RDC se orienta a garantizar la integridad, precisión y consistencia de los datos, así como su visualización efectiva. Incluye la definición de políticas de acceso, roles y permisos para asegurar la privacidad y la seguridad de los datos. Además, se establece la necesidad de una difusión efectiva del RDC dentro de la organización, asegurando que todos los usuarios estén al tanto de su existencia y funcionalidades. El diseño de formularios y hojas de monitorización es fundamental para la recopilación y visualización de los datos clínicos. Se definen criterios claros para la inclusión de variables clínicas en el RDC, considerando su utilidad práctica y su capacidad de ser estructuradas y medidas objetivamente. La normalización de las variables y la creación de formularios personalizados son componentes clave para la operatividad del sistema. El proyecto incluye un marco de evaluación constante, estableciendo indicadores de calidad y rendimiento (KPI) para monitorizar la eficiencia y la calidad del RDC. Las políticas y procesos se revisarán con la colaboración de los usuarios para garantizar la mejora continua del repositorio.

Se implementarán sistemas de acceso regulados para controlar la consulta y registro de datos, cumpliendo con normativas y garantizando la seguridad mediante cifrado y certificaciones. Además, se promoverá la difusión del RDC para asegurar que los equipos clínicos estén informados y capacitados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Este proyecto representa un avance importante en la optimización de la gestión de datos clínicos, impulsando una atención más eficiente, segura y respaldada por información de alta calidad.

OR0006

TITULO: ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA DE NUEVOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE USUARIOS EN ATENCIÓN INTERMEDIA

Autor: María Amparo Gil Grangel. Hospital Santa Creu (Jesús-Tortosa). Tarragona

Co-Autores: Guillem Paluzie Àvila. Corporació de Salut del Maresme i la Selva

Marco Inzitari. Departament de Salut, Servei Català de la Salut

Emili Vela Vallespin. Servicio Catalán de la Salud

Francesc Riba Porquet. Hospital Santa Creu (Jesús-Tortosa)

Mireia Adell LLeixà. Hospital Santa Creu (Jesús-Tortosa)

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron:

Evaluar la efectividad y adaptabilidad del sistema de clasificación MACME en personas atendidas en una unidad de convalecencia de Atención Intermedia.

Asimismo, se analizaron diversas variables, como el estado funcional y cognitivo, la presencia de síndromes geriátricos, y los nuevos índices de casuística desarrollados por el Servicio Catalán de la Salud, zEstada y zMort, explorando su relación con los resultados hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio descriptivo de corte transversal se realizó en el Hospital Santa Creu (Tortosa -Tarragona) en un total de 42 personas atendidas en el servicio de convalecencia, dentro del marco de la Atención Intermedia, un modelo de transformación de la atención sociosanitaria.

Se analizaron los factores que influyen en los resultados clínicos considerando variables sociodemográficas (edad, el sexo y nivel de renta), y clínicas (diagnóstico principal, síndromes geriátricos, índice de Barthel y cuestionario Pfeiffer). También se evaluó la efectividad del sistema MACME, diseñado para clasificar a personas de edad avanzada hospitalizadas según su estado funcional, cognitivo y la presencia de síndromes geriátricos.

Además, se analizaron los índices de casuística zEstada y zMort desarrollados por el Servicio Catalán de la Salud, que ajustan la duración de la estancia hospitalaria y el riesgo de mortalidad en función de la complejidad clínica y el estado funcional.

Las variables se relacionaron con la duración de la estancia hospitalaria, la mortalidad a corto plazo y el destino al alta. Se empleó estadística descriptiva e inferencial, así como un análisis de regresión lineal, para identificar las variables que mostraban una asociación significativa con la duración de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se encontró una correlación positiva y moderadamente fuerte entre zMort y los días de estancia hospitalaria ($r=0,494$, $p=0,001$), así como entre el Índice Barthel y los días de estancia ($r=0,476$, $p=0,001$), sugiriendo que un mayor deterioro funcional podría asociarse a estancias más prolongadas.

El índice de clasificación MACME también mostró correlación con zEstada y el destino al alta ($p<0,05$).

Los resultados del análisis de regresión lineal indicaron que las variables zEstada y el índice de complejidad funcional de la escala Barthel tienen una asociación significativa con la duración de la estancia hospitalaria.

El Likelihood Ratio también sugirió una posible relación entre los síndromes geriátricos y la mortalidad a corto plazo ($p=0,048$), sugiriendo que un mayor número de síndromes geriátricos podría ser un factor relevante en la predicción de la mortalidad temprana.

Este estudio destaca la importancia de integrar variables multifactoriales como el estado funcional, cognitivo y la presencia de síndromes geriátricos en los sistemas de clasificación de Atención Intermedia. Los índices zEstada y zMort demostraron ser útiles para predecir la duración de la estancia y el riesgo de mortalidad, optimizando así la planificación y gestión de recursos en este entorno asistencial.

OR0007

TITULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SANITARIA EN LA HISTORIA CLÍNICA.

Autor: Maria Cinta Bel Salvadó. Clinica Terres de l'Ebre (Tortosa). Tarragona

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la información sanitaria que contiene la Historia Clínica (HC) actualmente en un hospital básico público.

A pesar de la importancia de la evaluación de la calidad de la HC en el entorno de registros sanitarios electrónicos, hay una falta de literatura sobre la calidad de los datos en estos sistemas. La mayoría de las investigaciones se centran en la implementación de estos sistemas electrónicos, pero no en la calidad de los datos registrados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo que implica analizar y describir las características de la información contenida en la HC. No se abarcaron todos los elementos de la HC.

Se realizó análisis del: contenido, legibilidad, integridad/exactitud, seguridad y privacidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una cantidad significativa de HC (31,34%) obtuvieron la valoración más alta. Esto indica que el grupo evaluado tuvo un muy buen desempeño general y refleja un alto nivel de competencia. La mayoría de HC (58,22%) obtuvieron una valoración buena, pero no excelente, lo que sugiere que hay margen de mejora.

El porcentaje de HC con valoraciones más bajas (10,45%), señala la necesidad de implementar estrategias de apoyo y desarrollo para disminuir el número de HC incluidos en este subgrupo (integrado por servicios identificados).

Los resultados muestran una distribución relativamente amplia de las valoraciones, lo que indica que la muestra de HC evaluada tiene diferentes niveles de cumplimiento. Resaltar la importancia de siempre mejorar la calidad, la claridad, la precisión y la seguridad de la información de las HC, lo que contribuirá a una atención sanitaria más efectiva y segura para los pacientes.

Se subraya el imperativo de llevar a cabo el análisis de calidad de los datos de salud de manera automatizada o a través de inteligencia artificial (IA).

Es necesario poner en práctica sistemas de validación automática para verificar la precisión de los datos ingresados, se hace necesario colaborar con los proveedores de tecnología (en este caso SAP Argos) para implementar soluciones que mejoren la calidad de los datos de forma continua y automática.

OR0008

TITULO: LA UCSI: UNIDAD COMODÍN PARA DISMINUIR LA PRESIÓN DE CAMAS DEL HOSPITAL CONVIRTIÉNDOSE EN UNIDAD DE TÉCNICAS Y UNIDAD PREINGRESOS. MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE PUESTOS DE LA UCSI.

Autor: Adelaida Pons Fuster. Departamento HAV-Lliria. Valencia

Co-Autores: Rosa de Ramon Frias, Víctor Avellón Juárez, Juan Vicente Felici Portolés, Blanca Eugenia Verdejo Sola, Amapro Giner Menendez_Valdés
Departamento HAV-Lliria. Valencia

OBJETIVOS

Los últimos años asistimos a situaciones de presión hospitalaria, sobre todo en épocas epidémicas que obligan a reevaluar circuitos de pacientes para liberar camas y poder absorber la presión de urgencias, acompañado de un aumento de la actividad programada de quirófanos.

La UCSI (unidad de Cirugía sin Ingreso) es unidad de acogida del paciente programado quirúrgico con programa CMA (cirugía mayor ambulatoria) que se ha tenido que readaptar para atender al paciente no quirúrgico.

El objetivo para las nuevas funciones de la UCSI ha sido mejorar el programa de "gestión de camas UCSI" y establecer los circuitos.

MATERIAL Y MÉTODO

En el Departamento Arnau de Vilanova-Lliria se diseñó un programa de "gestión de camas UCSI" que visualiza a las 08:00Hs los pacientes quirúrgicos con programa CMA. El programa necesitó de una nueva dimensión para que la enfermería de la unidad pudiera visualizar todos los pacientes no quirúrgicos que iba a recibir en su unidad.

Para los pacientes no quirúrgicos se habló con los servicios y se acordó que se citarían en una agenda y prestación determinada. De esta forma, informática programó para que los pacientes citados en esa agenda y para una prestación concreta de la técnica se visualizarán en el programa de "gestión de camas de la UCSI". Para las urgencias de trauma se diseñaron 2 agendas. En una agenda se citan los pacientes diferidos que van a intervenir el día siguiente y se van a ir casa y en la otra citan los pacientes que van a intervenir y requieren ingreso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La atomización de la UCSI desde el 1 de enero hasta el 31 de agosto ha ahorrado al hospital en total 52 días estancias y ha evitado la suspensión de pacientes las semanas que hay presión de camas con una media de 2 pacientes quirúrgicos lunes y martes; de 3,5 pacientes miércoles y jueves, y 1,5 pacientes los viernes. Se han realizado 15 paracentesis vía ambulatoria, evitando 15 estancias en el hospital, y 17 paracentesis con ingreso, que han ingresado tras la técnica. Y han empezado a realizarse punciones lumbares vía UCSI. Se han ubicado pacientes a los que se realiza radiología intervencionista con control en UCSI y que antes de mejorar el programa de "gestión de camas UCSI" se presentaban en esta unidad sin ningún tipo de registro en la UCSI, lo que ocasionaba sobreocupación.

La UCSI está asumiendo pacientes no quirúrgicos transformándose en unidad multifuncional que necesita reevaluar los circuitos, adaptar nuestro programa de "gestión de camas UCSI", y que necesita de la adaptación de la lista de trabajo en Orion Clinic (HCE de la Comunidad valenciana), ya que en la parte del bloque quirúrgico de OC las listas de trabajo son de los pacientes programados en una parte quirúrgica. Necesitamos un retrospectivo de tiempo más amplio para valorar mejor los resultados en ahorro de estancias. Con este programa la dirección de enfermería es concedora de la ocupación de la unidad en tiempo real.

OR0010

TITULO: AUTOMATIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS: UN CASO PRÁCTICO EN EL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Autor: Beatriz Atienza-Carbonell. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Co-Autores: Francisco Ojeda-Galdón, María Luisa España García, Isabel Castañ-Navarro.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

OBJETIVOS

Los sistemas de información hospitalaria (HIS) no corporativos dificultan la visualización y el análisis de indicadores clave para una gestión eficiente. El objetivo del presente proyecto fue desarrollar desde la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) una solución automatizada que permitiera una toma de decisiones más rápida y precisa en la gestión de consultas externas del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

MATERIAL Y MÉTODO

Se empleó la librería pandas del lenguaje de programación de código libre Python (versión 3.11) para crear un programa que integra y analiza datos provenientes de diversas fuentes. Esta herramienta permitió, por una parte, la unificación de datos al consolidar información dispersa en diferentes bases de datos. Por otro lado, posibilitó la automatización de cálculos, ya que generaba de manera automática indicadores como ocupación de agendas, citas realizadas según actividad (primera visita, visita sucesiva, visita telefónica y/o técnica) y citas totales realizadas por agenda de cada especialidad. Asimismo, permitió la visualización a través del desarrollo de cuadros de mando personalizados para una interpretación sencilla.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos demuestran la eficacia de la solución desarrollada, pues permite una toma de decisiones más ágil, así como una mayor precisión y una visualización más intuitiva. La actualización automática de los indicadores permite responder de manera inmediata a las demandas de gestión y permite reducir el error humano, garantizando la fiabilidad de los datos. Además, los cuadros de mando facilitan la comprensión de la información a todos los niveles del equipo de la UDCA, Dirección Médica y Gerencia.

Por tanto, la implementación de esta solución ha supuesto un avance significativo en la gestión de las consultas externas. La automatización del proceso analítico ha permitido optimizar recursos, ya que se ha reducido el tiempo de procesado de 3 horas por especialidad a escasos segundos, pudiendo dedicar más tiempo a tareas de valor añadido. Asimismo, ha permitido mejorar la calidad de la atención al tomar decisiones basadas en datos precisos y actualizados y facilitar la colaboración al compartir información a varios niveles de manera transparente y eficiente.

Se considera que el conocimiento de herramientas de programación en los profesionales médicos de documentación clínica y admisión puede ser de utilidad. Un aspecto muy positivo es que esta herramienta puede ser fácilmente adaptable a otros contextos hospitalarios, contribuyendo a una gestión más eficiente y basada en datos. En el futuro, se explorará la posibilidad de integrar nuevas fuentes de datos y desarrollar modelos predictivos para anticipar futuras demandas.

OR0011

TITULO: EVOLUCIÓN DIGITAL EN EL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA: EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE INTERCONSULTAS

Autor: Beatriz Atienza-Carbonell. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

Co-Autores: Francisco Ojeda-Galdón, Fernando Alfonso Rios, María Luisa España García, Isabel Castañ-Navarro.

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

OBJETIVOS

Hasta ahora, en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), las interconsultas entre especialidades se realizaban en papel y se cumplimentaban a mano. Por ello, se ha puesto en marcha un proyecto de transformación digital con el objetivo de implementar y gestionar las interconsultas de forma electrónica en el CHGUV. Se busca mejorar la eficiencia y la precisión en la gestión de las solicitudes de interconsulta, reducir errores tipográficos, evitar la pérdida de documentos y facilitar la inserción automática en listas de espera. Además, se pretende optimizar el manejo de consentimientos informados y la documentación asociada a las prestaciones y actividades médicas.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto de implementación de las interconsultas electrónicas se ha planificado en varias fases. Para su desarrollo, se ha utilizado, por una parte, el sistema de información sanitaria Pangea para la petición de la interconsulta y el gestor documental Táctica para la gestión de la misma.

Las fases del proyecto incluyen: diseño y planificación, proyecto piloto en 4 servicios clínicos del hospital, implantación en el resto de servicios clínicos, evaluación y acciones de mejora del circuito.

Los procesos digitalizados en el circuito son: 1) Petición de interconsulta electrónica: la solicitud de interconsulta se realiza electrónicamente y se imprime en una primera fase, para luego ser enviada automáticamente en la segunda fase; 2) Consentimientos informados digitalizados: se asocia la documentación necesaria a cada prestación o actividad, asegurando que los pacientes estén informados y den su consentimiento; 3) Buzones de gestión Táctica para valoración y citación: cada servicio dispone de un buzón específico para gestionar las interconsultas, permitiendo el envío a citación o rechazo y la visibilidad desde cualquier puesto.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Actualmente, el proyecto se encuentra en la fase de implantación y evaluación. A través de la implementación de las interconsultas electrónicas, se ha observado una mejora en la gestión de solicitudes, ya que la inserción automática en listas de espera y la eliminación de errores tipográficos mejoran la precisión y eficiencia del proceso. Asimismo, se ha asegurado la reducción de pérdidas de documentos, ya que la gestión electrónica evita la pérdida o extravío de los mismos, asegurando que todas las solicitudes sean procesadas adecuadamente. Además, el nuevo circuito permite la optimización del consentimiento informado al disponer de la posibilidad de asociar documentación digitalizada a las prestaciones, facilitando la obtención y gestión de los consentimientos informados.

Por último, se potencia la eficiencia en la valoración y citación debido a que la existencia de buzones específicos y la visibilidad desde cualquier puesto permiten una gestión más ágil y eficiente de las interconsultas.

En conclusión, la puesta en marcha en fases permite una transición gradual y controlada hacia un sistema completamente electrónico, reduciendo la dependencia de procesos manuales y mejorando la calidad del servicio ofrecido a los pacientes.

OR0012

TITULO: PROCESO PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA CITA DIGITAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: M^a José Toribio Vicente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Co-Autores: Palmira Jurado Macías, Marcelle Virginia Canto Porcella, Aura Piedad Silva Barajas, Salud Villatoro Ortiz, Daniel Toledo Bartolomé.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Implantar la notificación de cita por múltiples canales digitales en un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Inicialmente se estudió qué alternativas de comunicación digital existían, así como su viabilidad y disponibilidad en el centro, para informar a los pacientes de su cita, una vez que se eliminase la actual a través de correo postal.

Se celebraron reuniones entre los responsables de Admisión de las diferentes áreas, con la colaboración del servicio de Informática del centro. Se generaron varias alternativas mediante brainstorming y, tras valorar pros y contras de cada una de ellas, se optó por simultanear tres: notificación por SMS y correo postal, recordatorio por SMS, y posibilidad de consulta activa a través de la Tarjeta Sanitaria Virtual (TSV). Se decidió iniciar este proyecto con las citas del servicio de Obstetricia y la sección de Oncología de la mama, dado que son servicios del hospital que atienden a pacientes, en general, más familiarizadas con las nuevas tecnologías, y que requieren un número elevado de citas en un corto periodo de tiempo, por la propia naturaleza del proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se diseñó un cartel informativo digital que se mostraba junto a los mostradores de Admisión, para fomentar el uso de la TSV. Además, de forma proactiva, se comprobó en todas las usuarias que accedían al mostrador si disponían o conocían la posibilidad de tener la TSV en su teléfono móvil, además de asegurar que tanto la dirección de correo electrónico como el número de teléfono móvil estaban registrados y eran correctos. Respecto al envío de SMS recordatorios, se generan varios mensajes: el primero, al asignar la cita; el segundo, siempre que se haga reprogramación, especificando en el texto que es un cambio y que la cita original ya no existe; y, por último, un SMS recordatorio 48-72 horas antes de la cita. Para evitar interacciones con posibles reprogramaciones sucesivas que hubiera que realizar por ajuste de las citas, se han programado los SMS para que se envíen a primera hora de la mañana del día posterior al que se han efectuado las reprogramaciones, de modo que lo que se comunique al paciente sean las citas definitivas.

Se está trabajando en el envío automático de correo electrónico al generar una cita, con criterios similares a los de los SMS.

Conclusiones

Los sistemas de cita sin papel pretenden simplificar el acceso al sistema sanitario de los usuarios, permitiendo una mejor gestión de sus citas y su tiempo, reduciendo la posibilidad de error en la comunicación con los pacientes y generando una menor huella de carbono, al evitar el uso de papel y del transporte asociados al correo convencional.

OR0013

TITULO: FORTALECIENDO EL VÍNCULO: POTENCIACIÓN DEL ALOJAMIENTO MADRE-HIJO EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Autor: M^a José Toribio Vicente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Co-Autores: Aura Piedad Silva Barajas, Palmira Jurado Macías, Marcelle Virginia Canto Porcella, Nuria Mira Carballo, Daniel Toledo Bartolomé.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Los centros sanitarios deben promover el alojamiento conjunto madre-hijo para iniciar y mantener el contacto piel con piel y la lactancia materna, respetando los deseos de la madre. Esto es habitual en las áreas de puérperas, pero no en otras. Planteamos que este alojamiento conjunto sea extensible a todas las áreas en las que la madre pueda requerir asistencia.

Objetivos

Garantizar el alojamiento conjunto madre-hijo durante la mayor parte de la estancia hospitalaria, para fomentar el vínculo y lactancia materna, reduciendo el estrés y la ansiedad generados por la separación.

MATERIAL Y MÉTODO

A propósito de un caso remitido desde otra comunidad autónoma de una puérpera con complicaciones, que requería atención conjunta por parte de Obstetricia y Coloproctología, se planteó el ingreso convencional de la madre en Cirugía General, cursando un ingreso social en Neonatología para el bebé. Tras la intervención quirúrgica se objetivó un empeoramiento del estado psicológico de la madre, desencadenado por la separación. Por ello, se planteó la reagrupación familiar en una misma habitación. Para ello se dio el alta al recién nacido, se reorganizaron los ingresos para garantizar una habitación de uso individual en el servicio Cirugía General (con habitaciones dobles) y se trasladó todo el material necesario desde la planta de Obstetricia para el cuidado del bebé.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados

Se ha establecido un protocolo para el alojamiento conjunto siempre que el estado de la madre y del recién nacido lo permitan, considerando que el nuestro es un hospital multicéntrico con separación física entre la Maternidad y el resto del hospital. Para ello se requiere la plena colaboración de todos los profesionales implicados, desde el área de Admisión, que se encarga de localizar la ubicación óptima, reorganizar los ingresos de la unidad correspondiente para garantizar una habitación con las comodidades necesarias y gestionar el transporte sanitario entre centros, hasta las unidades de enfermería de Obstetricia y de destino, que dotan al recién nacido de todo el material necesario para su cuidado y colaboran con la unidad de enfermería no obstétrica en lo que pueda requerir. Por último, es fundamental contar con la presencia de un familiar que se haga cargo del recién nacido durante la recuperación de la madre.

Conclusiones

El alojamiento conjunto de la madre y recién nacido favorece el vínculo entre ambos, el mantenimiento de una lactancia adecuada y reduce la ansiedad por la separación. Se requiere del apoyo de personal especializado, especialmente si, por la patología de la madre, es necesario que esta sea ingresada en una unidad no obstétrica.

Es necesario elaborar documentos para protocolizar la atención en estos casos, accesibles a todos los profesionales del hospital, independientemente del área donde desarrollen su labor asistencial.

Garantizar estas condiciones requieren de un compromiso institucional y de la coordinación de todo el equipo, poniendo en el centro a la persona y su familia.

OR0014

TITULO: GESTIÓN DE LOS GRDS INESPECÍFICOS EN EL HOSPITAL DR. PESET DE VALENCIA.

Autor: Borja Alfonso Aguado Aranda. Hospital Doctor Peset. Valencia

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta comunicación, es explicar en qué consisten los GRDs inespecíficos (950-951-952- 955-956), el origen de los mismos, y su posible solución.

MATERIAL Y MÉTODO

Los GRDs 950, 951, 952, 955, 956, se conocen como GRDs inespecíficos. Se tratan de un sistema de alerta al realizar la explotación mensual de los GRDs. Se recomienda reducir estos GRDs al menor número posible, para mejorar la información, la calidad y la gestión económica de los centros sanitarios.

Por una parte, tenemos los GRDs 950-951-952:

950: Procedimiento extensivo no relacionado con el diagnóstico principal

951: Procedimiento moderadamente extensivo no relacionado con el diagnóstico principal.

952: Procedimiento no extensivo no relacionado con el diagnóstico principal.

Estos GRDs pueden deberse a un error en la codificación, o a otras circunstancias.

Una proporción considerable de los mismos, se debe a errores en la codificación, los cuales se pueden agrupar

en dos tipos:

1. Errores por automatismo.

2. Errores por imprecisiones en la codificación.

Estos GRDs no siempre se deben a un error en la codificación, ya que pueden darse también por tres circunstancias:

1. Procedimientos quirúrgicos que realmente no guardan relación con el diagnóstico principal.

2. Errores de la versión del GRD.

3. Procedimientos que generan una incongruencia en el agrupador.

Por otra parte, tenemos los GRDs 955 y 956:

- El GRD 955: Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.

Se trata de un GRD erróneo, que sucede cuando el diagnóstico principal seleccionado no es válido como diagnóstico de alta, ya que no puede ser diagnóstico principal según normativa CIE-10.

- El GRD 956: No agrupable.

Se trata de un GRD erróneo, que sucede cuando el diagnóstico principal es erróneo, o simplemente no se ha codificado, o se ha codificado más de un diagnóstico principal.

Ambos tienen un peso relativo de 0,00, por tanto no permiten el cálculo del coste del episodio hospitalario basado en GRD.

En nuestro hospital, para minimizar el número de estos GRDs inespecíficos, llevamos a cabo las siguientes acciones, al realizar la explotación de los GRDs mensuales:

- Una revisión por parte de un médico documentalista, de la codificación de los episodios agrupados en un GRD

inespecífico.

- La codificación de los diagnósticos principales y procedimientos no codificados.

- La recodificación de los diagnósticos y procedimientos, que están mal codificados, o codificados de manera imprecisa.

La corrección de la indización, si procede en algún caso.

- El análisis de los procedimientos que generan un incongruencia en el agrupador.

A su vez, para prevenir la aparición de estos GRDs inespecíficos, realizamos reuniones de trabajo del médico documentalista responsable con la unidad de codificación de nuestro hospital, de manera periódica, para comentar cuáles son los errores que están sucediendo en la casuística de nuestro hospital y cómo minimizarlos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Siguiendo la metodología descrita anteriormente, en nuestro hospital conseguimos reducir de manera significativa la proporción de estos GRDs inespecíficos. Durante el año 2024 (entre los meses de enero a julio), al realizar la explotación mensual del CMBD, teníamos en una primera descarga, entre un mínimo de 8 y un máximo de 15 GRDs inespecíficos, con una media de 11,7 por mes.

Tras realizar las acciones descritas anteriormente para la corrección, en la descarga definitiva del CMBD, tenemos entre un mínimo de 3 y un máximo de 8 GRDs inespecíficos, con una media de 5 por mes.

La reducción del número de GRDs inespecíficos, es variable mensualmente; con porcentajes que oscilan entre un mínimo del 46,66% (marzo 2024) y un máximo del 66,66% (abril 2024); siendo la media del 58.3% por mes.

Para concluir, afirmamos que reducir en la medida de lo posible el número de estos GRDs inespecíficos, es de utilidad, ya que permite mejorar la calidad de la información hospitalaria, así como la gestión económica, en términos de facturación y financiación.

OR0015

TITULO: USO CORRECTO DE ABREVIATURAS EN LA HISTORIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE GRAN COMPLEJIDAD

Autor: Marcelle Virginia Canto. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Co-Autores: Palmira Jurado Macías, Isabel Almendro Martínez, Aura Piedad Silva Barajas,

María José Toribio Vicente, Daniel Toledo Bartolomé.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBJETIVOS

Introducción: En la práctica clínica es frecuente el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o iniciales en la historia clínica electrónica (HCE), en la mayoría de los casos con la finalidad de agilizar la escritura. Sin embargo, su uso no está exento de riesgos. En el hospital se desarrolló en 2021 una instrucción técnica sobre el uso correcto de abreviaturas y funciones de la HCE, con la finalidad de minimizar el riesgo de errores por fallos en la comunicación entre los profesionales y con los propios pacientes.

Objetivos: Conocer el uso de abreviaturas, siglas, acrónimos o iniciales y de otras funciones de la HCE en la práctica clínica habitual del Hospital. Describir las abreviaturas no adecuadas utilizadas con mayor frecuencia y sus significados empleados. Actualizar la instrucción técnica sobre el uso correcto de abreviaturas a partir de los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODO

Material y método: Se realizó una auditoria de HCE mediante un estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron 80 episodio de hospitalización. La selección de la muestra se realizó mediante aleatorización desde la base de datos CMBD de todos los episodios de alta durante mayo de 2023.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados: Se evaluó el uso de abreviaturas no adecuadas en los principales apartados de la HCE y del informe de alta de medicina y enfermería. Los apartados con un mayor porcentaje de episodios con abreviaturas fueron el evolutivo de medicina y el de enfermería. En 4098 ocasiones se detectaron abreviaturas empleadas de manera no adecuada, un promedio global de 51 abreviaturas por episodio. Se detectaron 983 abreviaturas diferentes que no estaban admitidas o con significados diferentes a los permitidos según la instrucción técnica. Abreviaturas como "MVC", "CyO", "ABD", "FRCV" y "FEVI", se emplearon con mayor frecuencia y se utilizaron con un solo significado. Conclusiones: El uso de abreviaturas, siglas, acrónimos y/o iniciales es elevado tanto en la historia clínica como en el informe de alta, especialmente en los evolutivos. Se llegaron a emplear hasta 6 significados diferentes no admitidos para una misma abreviatura. Esto es un ejemplo del riesgo potencial de errores en la comunicación clínica, por lo que es necesario establecer estrategias entre el personal sanitario que fomenten el uso correcto de abreviaturas y la cumplimentación de los apartados de la HCE, incidiendo en su importancia y repercusión en la seguridad del paciente. Es de suma importancia tener actualizada una instrucción técnica, al alcance de todos los profesionales, donde se estandarice todas las abreviaturas, siglas, acrónimos o iniciales que se utilicen en el hospital, con un solo significado en común, para garantizar la coherencia en el uso y comprensión de la información contenida, facilitando a una lectura más fluida de la documentación clínica.

OR0016

TITULO: ESTRATEGIA HOSPITALARIA PARA REDUCIR EL ABSENTISMO EN PRIMERAS CONSULTAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor: Palmira Jurado Macías. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Co-Autores: Marcelle Virginia Canto, María José Toribio Vicente, Aura Piedad Silva Barajas, Roberto López Puerto, Daniel Toledo Bartolomé.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

El absentismo en primeras consultas genera ineficiencias en el sistema sanitario como consecuencia directa de la infrautilización de los recursos asignados tanto de personal como de locales de consulta. También contribuye a incrementar las listas de espera y afecta a la satisfacción de profesionales y usuarios. Valores por encima del 8% de absentismo justifica una intervención. Se detectó valores susceptibles de mejora en las primeras consultas de determinados servicios en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, antes-después, longitudinal.

Periodo de estudio: octubre 2022 – diciembre 2023.

Se seleccionaron los Servicios que habían tenido un mayor absentismo en los 9 meses anteriores y que además tenían pacientes demorados a más de 60 días.

Se llamó telefónicamente a los pacientes que tenían programada una primera consulta para confirmar asistencia, ofrecer el cambio o anulación de la misma la semana previa a la fecha de la cita. Variables del estudio: porcentaje de absentismo, nº de pacientes contactados, nº de huecos recuperados, nº de pacientes demorado >60 días, espera media para la primera cita, según servicio y la evolución en el periodo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se contactó con 74.242 pacientes. Alrededor de un 6% quisieron anular o reprogramar la cita. Se recuperaron 4554 huecos que se utilizaron para citar a pacientes priorizados y pacientes con mayor demora.

Se redujo el absentismo entre un 2,6% y un 6,5%. La reducción fue más acusada en los servicios en los que más tiempo se logró mantener el recordatorio de cita: Dermatología disminuyó de 17,4% a 12,0%, Digestivo de 14,9% a 8,9%, Vascular de 11,7% a 7,8% y Urología 15,4% a 10,8%.

Para conocer la actividad recuperada, se comparó el número de huecos recuperados mensualmente en cada servicio con la actividad estructural de una agenda tipo de primeras consultas. En Dermatología se calculó que se recuperaba la actividad de 4 agendas mensuales, en Digestivo 3, en Urología 3 y en Traumatología 3. También se redujo la espera media de los servicios intervenidos: Alergología de 59,7 a 39,2 días, Digestivo de 77,2 a 47,7 días, Dermatología de 41,9 a 38,7 días, Traumatología de 77,16 a 47,7 días. Durante el periodo de estudio disminuyó el número de pacientes demorados >60 días para una primera consulta: Dermatología de 2.378 a 456, Digestivo de 1.474 a 35, Traumatología de 1.588 a 340 y Alergología de 1.378 a 246.

CONCLUSIONES

El porcentaje de absentismo mejoró en aquellos servicios en los que se realizó el recordatorio de cita a través de llamada telefónica, siendo el impacto mayor en los servicios que se mantuvo periódicamente. Se ha mejorado la accesibilidad de los usuarios a la atención sanitaria, al ocupar los huecos recuperados con pacientes priorizados y demorados. Esto ha contribuido a una gestión más eficiente de Primeras Consultas y a la mejora de indicadores de listas de espera de consultas.

OR0017

TITULO: OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL “PATOLOGÍA LUMBAR” A TRAVÉS DE METODOLOGÍA LEAN

Autor: Palmira Jurado Macias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Co-Autores: Marcelle Virginia Canto Porcella, María Del Prado Simón Moreno, Aura Piedad Silva Barajas, María José Toribio Vicente, Daniel Toledo Bartolome. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Introducción: La patología lumbar es un problema creciente en la población, generando una elevada demanda asistencial y desafío en la gestión sanitaria. La complejidad del abordaje requiere una coordinación eficiente entre Servicios y una mejora en los procesos para optimizar los recursos y brindar una atención integral de calidad.

Objetivos: Ordenar el proceso asistencial de atención integral al paciente con patología lumbar.

Optimizar los circuitos de atención evitando la múltiple derivación entre servicios afines y disminuyendo los tiempos de espera en la atención global del proceso.

MATERIAL Y MÉTODO

Material y método: Taller multidisciplinar en el que se imparte formación sobre metodología LEAN a los profesionales participantes en el proceso asistencial del paciente con patología lumbar.

Se realizaron 3 grupos de trabajo conformados por un profesional de cada uno de los siguientes Servicios: Traumatología, Rehabilitación, Neurocirugía, Neurofisiología, Radiodiagnóstico, Admisión, Informática e Ingeniería. Cada grupo de trabajo se centró en el análisis de uno de los subprocesos: 1º Admisión y entrada, 2º Diagnóstico y Derivación y 3º Tratamiento, Alta y Salida.

Los profesionales de cada grupo de trabajo identificaron los flujos de valor y los diferentes tipos de desperdicio (D.O.W.N.T.I.M.E) que no añaden valor al proceso de atención del paciente con patología lumbar. Se realizaron mapas de flujo de valor (VSM) para analizar, diseñar y gestionar del proceso del dolor lumbar desde la primera asistencia del paciente hasta el alta. Los desperdicios detectados (Mudas, Muras y Muris) se clasificaron en una matriz de priorización según su impacto y el esfuerzo que supone para la organización corregirlos.

Se seleccionaron los desperdicios con mayor impacto y menor esfuerzo para realizar un análisis del problema a través de un diagrama de Ishikawa con el fin de detectar las causas raíz y dibujar la situación actual. Tras el análisis se visitó las áreas de atención a los pacientes y se propusieron soluciones: plan de acción, responsable, tiempo de realización y se representó creativamente el resultado esperado.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados: En el primer grupo identificó como principal desperdicio la falta de criterios homogénea en la derivación. La principal causa de ello se atribuye a la derivación por síntoma y no por diagnóstico, como solución se propuso la creación de un comité de patología lumbar y realizar una vía clínica donde se reflejen los criterios de derivación.

Entre los desperdicios identificados en el segundo grupo, destaca la existencia de diferentes criterios de abordaje de la patología lumbar según especialidad y especialista, esto es debido a falta de criterios homogéneos. Se propuso la realización de una vía clínica y de un triaje hospitalario con la figura de una enfermera gestora de casos.

El tercer grupo identificó como desperdicio, entre otros, una ubicación dispersa de los servicios implicados en el proceso al estar cada uno en una planta diferente. Como posible solución se propuso reubicar a servicios implicados en un espacio contiguo, de fácil comunicación y accesibilidad.

Conclusiones: La aplicación de la metodología LEAN con un equipo multidisciplinar favorece el diálogo entre profesionales y permite identificar áreas de mejora y grupos de trabajo efectivos. Esto evidenció que es posible desarrollar una solución común para todos los servicios implicados, mejorando la gestión integral de la patología lumbar.

OR0018

TITULO: IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Autor: Marcelle Virginia Canto. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Co-Autores: Palmira Jurado Macías, María del Prado Simón Moreno, María José Toribio Vicente, Aura Piedad Silva Barajas, Daniel Toledo Bartolomé.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Introducción: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica autoinmune desmielinizante de causa desconocida, una de las más comunes del sistema nervioso central. Es la segunda causa de discapacidad en el adulto joven, ocasionando importantes dificultades de movilidad y desplazamiento. El manejo clínico de la EM se basa en tratamientos para modificar el curso de la enfermedad, controlar brotes clínicos y tratamiento sintomático de complicaciones. El hospital está asociado con un centro de EM, institución de atención integral para personas con discapacidad física especializado en EM y otras enfermedades desmielinizantes, disponiendo de residencia, centro de día y servicio de tratamientos. La telemedicina se basa en proporcionar atención médica a distancia mediante el uso de tecnologías, como videollamadas, facilitando consultas, diagnósticos y seguimiento de pacientes sin necesidad de desplazamientos, mejorando su acceso a la salud.

Objetivos: Facilitar y mejorar la atención de pacientes atendidos en el centro de atención integral con discapacidad debido a EM. Aumentar la coordinación entre especialistas en enfermedades desmielinizantes y profesionales del Servicio de Neurología del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Material y método: Se realizaron múltiples reuniones entre especialistas implicados en el proceso, poniendo sobre la mesa la problemática y posibles soluciones para garantizar una atención más fluida de estos pacientes. Se llevó a cabo un análisis del circuito existente de petición de cita y respuesta por parte del servicio implicado, formulándose un protocolo para la atención de estos pacientes, así como el diseño de un circuito especial de citación y consulta según las necesidades de estos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados: Se identificaron a los pacientes susceptibles de aplicación del protocolo y posteriormente se clasificaron a los pacientes según su grado de discapacidad por la escala EDSS. A los pacientes con un grado menor o igual a 8 se les ofrece una consulta telemática con presencia del paciente, y a los pacientes con grado superior a 8 se le ofrece una consulta telemática médico a médico entre ambos especialistas. Se creó una agenda monográfica con 2 prestaciones específicas para cada uno de los tipos de consulta según la clasificación de los pacientes para registrar la actividad. Las consultas se realizan a través de una plataforma virtual de video llamada.

Conclusiones: La telemedicina es un servicio de atención médica que ofrece una serie de beneficios tanto para el paciente como los profesionales. Este tipo de servicio facilita una atención más accesible, permitiendo la adaptación a las necesidades básicas de los pacientes con discapacidad física, sobre todo a aquellos que presentan importantes limitaciones en la movilidad, mejorando significativamente su calidad de vida. El análisis y optimización de circuitos de atención a los pacientes es esencial para identificar y mejorar los flujos de trabajo, la comunicación y gestión de datos, garantizando que los pacientes reciban una atención oportuna y de calidad. La optimización de circuitos no solo incrementa la eficiencia del servicio, sino que también promueve una experiencia más satisfactoria para el paciente, reduciendo la ansiedad y el estrés asociados con los desplazamientos, y garantizando una atención más accesible, eficiente y centrada en el paciente.

OR0019

TITULO: ANÁLISIS SOBRE EL NIVEL DE MORTALIDAD ASIGNADO POR EL AGRUPADOR, EN CASOS DE HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Autor: María José Toribio Vicente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Co-Autores: Daniel Toledo Bartolome, Palmira Jurado Macias, Marcelle Virginia Canto Porcella, Alba Rapela Freire, Aura Piedad Silva Barajas.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Realizar un análisis descriptivo de la mortalidad, por hemorragia gastrointestinal, en nuestro hospital, identificando los diagnósticos que más influyen, en la agrupación final del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Siguiendo los criterios de inclusión, para el indicador de mortalidad por hemorragia gastrointestinal, indicados en el manual metodológico, del observatorio de resultados de la comunidad, se revisaron los episodios incluidos en el denominador, que corresponden con los casos dados de alta, con código de diagnóstico principal de hemorragia gastrointestinal, realizando una consulta de la codificación completa de cada episodio, y el resultado final de la agrupación de cada caso, en donde se le asigna un riesgo de mortalidad para cada diagnóstico, en el contexto del grupo relacionado por el diagnóstico (GRD), donde se agrupe dicho episodio. Se realizó un análisis descriptivo, de los resultados obtenidos desde el 2016 hasta el 2023, identificando los diagnósticos que influyeron en la agrupación de la mortalidad.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

Según el último informe publicado por el observatorio de resultados, la mortalidad por hemorragia gastrointestinal, en los hospitales de alta complejidad en nuestra comunidad, ha descendido en el 2022 a un 5.73%, frente al 6.6% del año 2021. En nuestro hospital, la mortalidad fue del 7.1% en el periodo 2021-2022, con una razón de mortalidad estandarizada de 0.94 (IC 0.67-1.27), entre los hospitales del mismo grupo de complejidad.

En nuestro centro, durante el periodo 2016 a 2023, se presentaron 159 casos de exitus por hemorragia gastrointestinal (6.9%), de los 2300 casos ingresados con este diagnóstico principal, se hizo un análisis del nivel de mortalidad asignado a cada diagnóstico, durante el proceso de agrupación, de todos los episodios del denominador, encontrando que los diagnósticos que aportaron mayor riesgo de mortalidad (3-4) fueron: Insuficiencia renal (34%), shock hipovolémico (14%), varices esofágicas (13%) otros tipos de shock (12%), insuficiencia respiratoria aguda (10%), trombosis de vena porta (9%), carcinoma de células hepáticas (7%), insuficiencia hepática (7%), insuficiencia cardiaca (5%).

CONCLUSIONES

La hemorragia originada en el tracto digestivo es una causa importante de ingresos hospitalarios, con una incidencia internacional estimada entre 30 – 150 casos por cada 100.000 habitantes al año y una mortalidad que oscila entre el 5-15%, siendo influenciada principalmente por la edad y la comorbilidad del paciente. En los casos analizados durante un periodo de 8 años, hemos encontrado una prevalencia de mortalidad, similar a la registrada en el grupo de hospitales de alta complejidad, y los diagnósticos que más influyeron en dicha mortalidad fueron la insuficiencia renal, respiratoria y cardiaca, además de las secuelas de hepatopatía crónica, concluyendo que si se toman acciones preventivas y de intervención temprana de estas patologías, se podría influir de forma positiva en la reducción de esta causa de mortalidad.

OR0020

TITULO: IMPLANTACIÓN DE UN PLAN FORMATIVO BÁSICO PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Autor: Palmira Jurado Macias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Co-Autores: María José Toribio Vicente, Marcelle Virginia Canto Porcella, María Del Prado Simón Moreno, Aura Piedad Silva Barajas, Daniel Toledo Bartolome.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

OBJETIVOS

Introducción: El personal administrativo de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC) desempeña funciones clave en la gestión de pacientes y en el manejo de la documentación clínica. Para acceder al puesto, no se requiere formación cualificada específica, si además se suma el constante recambio de personal, se pone de manifiesto la necesidad de formación estructurada y continuada de los profesionales para garantizar unos conocimientos básicos homogéneos.

Objetivos: Implantar un plan formativo acreditado para el personal administrativo del SADC de un hospital de tercer nivel que garantice unos conocimientos básicos y útiles. Formar al personal administrativo con criterios homogéneos.

MATERIAL Y MÉTODO

Material y método: Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar del SADC, y se designó un coordinador. El grupo de trabajo mantuvo reuniones periódicas para detectar las necesidades formativas del personal administrativo y estructurar el contenido del programa formativo.

El coordinador con ayuda del Servicio de Formación del centro consiguió financiación y la acreditación. La selección de los asistentes se realizó a través de los mandos intermedios del personal administrativo, priorizando el personal de nueva incorporación. El curso se planificó e impartió con carácter teórico-práctico. Al finalizar cada edición se distribuyó un cuestionario de satisfacción anonimizado para evaluar la percepción de los asistentes sobre una escala de 1 (valor más negativo) a 10 puntos (valor más positivo). El contenido del curso incluyó aspectos básicos que debe conocer todo el personal que trabaja en el SADC: estructura y organización del SADC, identificación y filiación de pacientes en la Historia Clínica Electrónica, aseguramiento (financiador y garante), Canalizaciones y derivaciones (Libre elección, segunda opinión, SIFCO), normativa sobre la gestión de agendas, gestión de citas, gestión de buzones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados: Se celebraron 5 ediciones del curso formativo en 2023 y 5 ediciones en el primer semestre de 2024.

Cada edición se celebró tuvo una duración de 5 horas.

En el año 2023 asistieron a la actividad formativa 60 profesionales, 12 alumnos por edición. La valoración media global fue de 8,66 puntos. La valoración global de los ponentes superó los 9 puntos.

Uno de los ítems más relevante de la encuesta a analizar fue "Utilidad para su trabajo habitual", dicho ítem obtuvo una puntuación media de 8,32 puntos. El ítem "respuesta a las expectativas previas" también obtuvo una puntuación media alta (8,61 puntos).

En el año 2024 asistieron a la actividad formativa 74 profesionales, se aumentó la ratio de alumnos por edición con respecto al año anterior debido al incremento en la demanda de inscripciones. La valoración global del curso fue de 8,96 puntos. La valoración global media del profesorado sobrepasó los 8,5 puntos. El ítem utilidad del curso para el trabajo habitual obtuvo de media 8,9 puntos.

Conclusiones: la implementación de un plan formativo es crucial para el correcto funcionamiento del SADC en su parte administrativa. La formación impartida ha permitido homogeneizar los conocimientos y habilidades de los profesionales. Las evaluaciones de los cursos muestran un alto grado de satisfacción tanto en el contenido como con los docentes, así como en la aplicabilidad al trabajo habitual lo que sugiere que se ha conseguido alcanzar los objetivos formativos propuestos.

OR0021

TITULO: ESTUDIO DE CONCORDANCIA ENTRE LA CODIFICACIÓN AUTOMÁTICA POR PLN DE UNA HERRAMIENTA DE AYUDA A LA CODIFICACIÓN Y LA CODIFICACIÓN MANUAL DE DIAGNÓSTICOS CIE-10 EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

Autor: Ignacio Bittini Latorre. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid

OBJETIVOS

Evaluar la concordancia entre la codificación automática de diagnósticos mediante una herramienta de procesamiento de lenguaje natural (PLN) y la codificación manual realizada por expertos en CIE-10, con el fin de determinar la precisión del método automatizado en el ámbito de urgencias hospitalarias y su viabilidad para optimizar procesos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de concordancia sobre la codificación de los informes de alta del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, comparando la codificación automática realizada por una aplicación integrada de ayuda a la codificación y codificación automática basada en procesamiento de lenguaje natural (PLN) con la codificación manual realizada por un equipo de expertos utilizando la clasificación CIE-10.

- 1.Muestra de estudio: Se seleccionaron 507 episodios clínicos del 08/06/2024, los cuales fueron codificados por ambos métodos.
- 2.Codificación manual: La codificación manual fue realizada por codificadores expertos y considerada como el estándar de referencia.
- 3.Codificación automática: La aplicación de PLN asignó códigos diagnósticos de manera automática a cada episodio.
- 4.Análisis de concordancia: Se compararon los códigos diagnósticos de ambos métodos. La concordancia se evaluó utilizando el porcentaje de coincidencia exacta entre el diagnóstico principal y los secundarios. Para la comparación, se utilizó la fórmula $=SI(K2=AB2;1;0)$ para el diagnóstico principal, y fórmulas análogas para los diagnósticos secundarios que permitían verificar coincidencias en cualquier posición.
- 5.Margen de error: El margen de error máximo admitido fue del 3.0% con un nivel de confianza del 97%.
- 6.Herramientas de análisis: Los datos fueron gestionados y analizados utilizando Microsoft Excel para calcular las concordancias y discrepancias entre ambos métodos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1.Concordancia global entre PLN y codificación manual:

De los 507 episodios codificados, la concordancia exacta entre la codificación automática realizada por PLN y la codificación manual en el diagnóstico principal fue del 87.04% (442 de 507 casos). En los diagnósticos secundarios, la concordancia alcanzó el 89.01%, mostrando que el PLN es capaz de identificar una proporción significativa de diagnósticos correctos.

2.Desglose por diagnóstico principal y secundarios:

-Para el diagnóstico principal, el 87% de los casos presentaron coincidencia exacta entre la codificación automática y la manual. Sin embargo, en el 13% de los casos restantes, se observaron discrepancias, algunas de las cuales afectaron a diagnósticos críticos.

-En cuanto a los diagnósticos secundarios, el sistema PLN tuvo un rendimiento ligeramente superior, con un 89% de coincidencias exactas, aunque la mayoría de las discordancias se observaron en diagnósticos que incluyen comorbilidades o múltiples diagnósticos secundarios

3.Impacto en la agrupación DRG:

Las diferencias en la codificación manual y automática afectaron la agrupación en Diagnosis-Related Groups (DRG) en aproximadamente un 10% de los episodios. En estos casos, pequeños errores en los códigos de diagnóstico condujeron a cambios en la agrupación DRG, lo que podría impactar en la facturación y la gestión de recursos hospitalarios.

4.Evaluación crítica de las discordancias:

Al evaluar la criticidad de las discrepancias, se observó que un 12% de los casos con discordancia implicaban

diagnósticos considerados clínicamente críticos (aquellos que podrían alterar el tratamiento o la gestión del paciente). Estos casos son áreas prioritarias para la mejora del algoritmo de PLN.

El desempeño del procesamiento de lenguaje natural (PLN): El PLN mostró una concordancia del 87% en el diagnóstico principal y un 89% en los diagnósticos secundarios en comparación con la codificación manual. Estos resultados indican un alto nivel de precisión en la codificación automática, aunque persisten áreas donde se pueden realizar mejoras, especialmente en diagnósticos más complejos o casos con múltiples comorbilidades..

Impacto de las discordancias: Las discrepancias observadas entre la codificación automática y manual afectaron no solo la precisión de los diagnósticos, sino también la agrupación en los Diagnosis-Related Groups (DRG). Un pequeño porcentaje de episodios mostró diferencias en su clasificación de DRG debido a errores en la codificación, lo que podría tener implicaciones económicas y de gestión hospitalaria.

Futuro del PLN en la codificación clínica: Con un nivel de concordancia del 87% para los diagnósticos principales y del 89% para los diagnósticos secundarios, el PLN demuestra un gran potencial para ser implementado en la práctica clínica. Sin embargo, la incorporación de un sistema híbrido en el que la primera fase de codificación sea automática y los codificadores humanos verifiquen los casos complejos podría optimizar aún más el proceso. El entrenamiento continuo del algoritmo en base a casos reales también contribuirá a una mejora sostenida en su precisión.

OR0022

TITULO: MODELOS DE DATOS CLÍNICOS Y TERMINOLOGÍAS DE SALUD: FACILITANDO LA INTEROPERABILIDAD Y MEJORA EN LA ATENCIÓN MÉDICA

Autor: Juan Martin Romero Sabariego. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid

OBJETIVOS

El desarrollo de sistemas de codificación y terminologías de salud es esencial para garantizar la interoperabilidad y el intercambio eficaz de información clínica entre diferentes actores del sistema sanitario. El uso de estándares como CIE-10, SNOMED CT y LOINC permite a las organizaciones sanitarias mejorar la calidad de los datos, reducir los errores y avanzar en la investigación médica. Este estudio analiza la estructura de estos sistemas y su papel en la gestión y normalización de la información de salud. Explorar la importancia de los sistemas de codificación y las terminologías clínicas para la interoperabilidad en salud, y cómo estos facilitan la comunicación y el análisis de datos clínicos. Evaluar el impacto de la estandarización en la mejora de la calidad asistencial y en la toma de decisiones clínicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis de Modelos de Datos Clínicos: Se analizan modelos de arquitectura dual como OpenEHR y la norma ISO 13606 para evaluar la gestión flexible y escalable de los datos de salud. Estudio de Terminologías Clínicas:

Se estudian SNOMED CT, LOINC y CIE-10 como ejemplos de terminologías que permiten representar con precisión los conceptos clínicos y asegurar la interoperabilidad. Interoperabilidad y Estandarización: Se evalúa la interoperabilidad a través de estándares como HL7 y CDA, examinando cómo se pueden integrar los datos clínicos de diferentes sistemas para mejorar la continuidad asistencial.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mejora en la Interoperabilidad: Los sistemas de codificación estandarizados, como CIE-10 y SNOMED CT, permiten compartir datos entre diferentes entidades médicas, mejorando así la calidad de la atención y la continuidad del cuidado del paciente. Reducción de Errores y Ambigüedades: El uso de terminologías estandarizadas disminuye la posibilidad de errores en los registros clínicos y facilita el análisis de grandes volúmenes de datos de manera precisa y coherente. Impacto en la Investigación y la Toma de Decisiones: Estos sistemas son fundamentales para el desarrollo de estudios clínicos y para tomar decisiones informadas basadas en datos estructurados y comparables.

El uso de modelos de datos clínicos avanzados y terminologías estandarizadas es clave para asegurar una gestión eficiente de la información en salud, facilitando la interoperabilidad y mejorando la calidad asistencial. La adopción de estándares internacionales como OpenEHR, ISO 13606, y terminologías clínicas como SNOMED CT y CIE-10, proporciona un marco robusto para la integración de datos clínicos, permitiendo la reutilización de información y fomentando la colaboración entre instituciones médicas

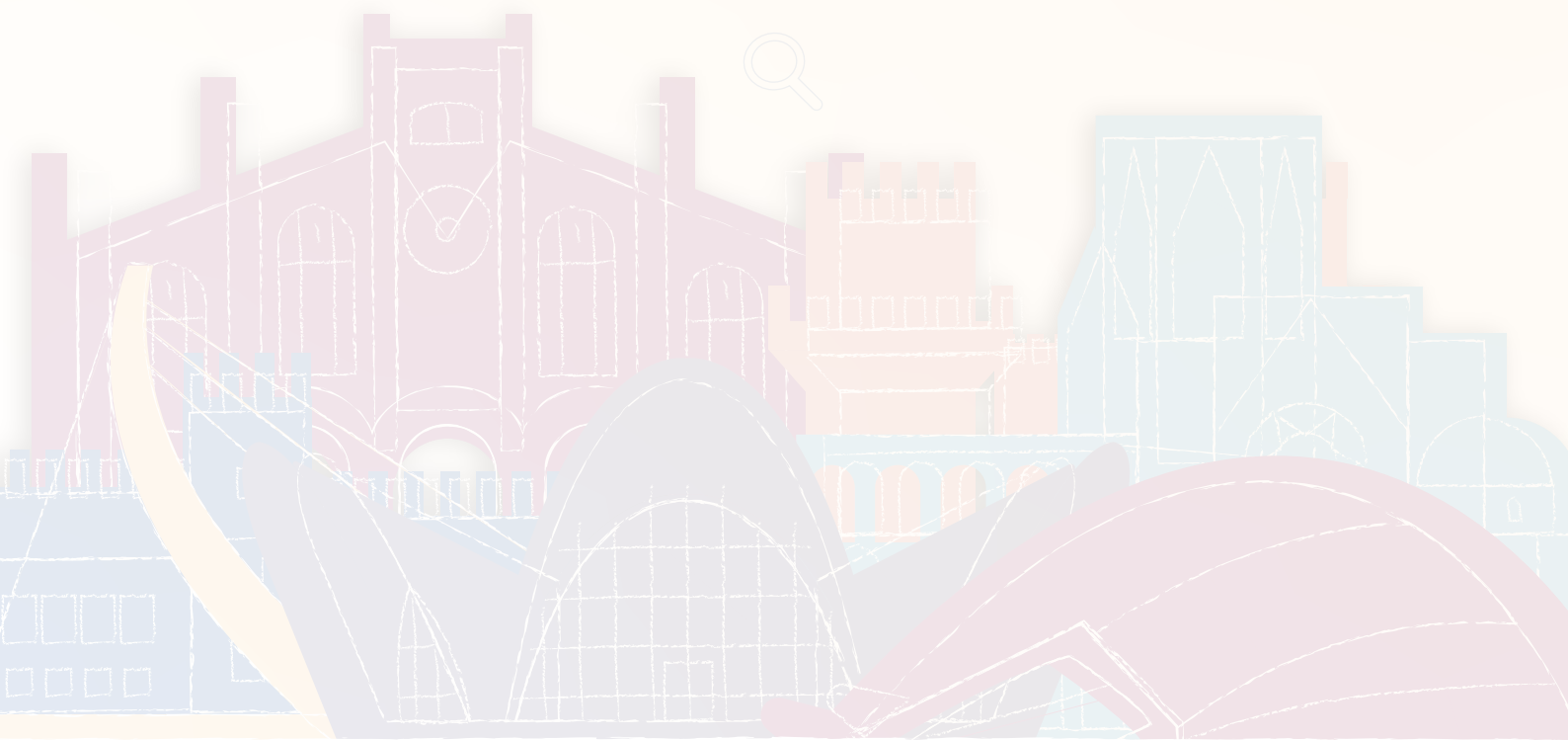


SEDOM

Sociedad
Española de
Documentación Médica



COMUNICACIONES PÓSTER



EP0002

TITULO: CICLO DE VIDA DEL DIAGNÓSTICO

Autor: Montserrat Moya Da silva. Hospital Clinic de Barcelona

Co-Autores: Sergio Vera Jiménez, Carla Mas Castillo, M^a Antònia Varez Pastrana, Ricardo Béjar Garrido, Sandra Peñarrubia Barambio.
Hospital Clínic de Barcelona

OBJETIVOS

Garantizar la fiabilidad, exhaustividad y la calidad de los datos volcados en el DATANEX facilitando la autonomía de los investigadores clínicos de nuestro hospital para gestionar de manera más eficiente la información que se puede extraer de éstos.

MATERIAL Y MÉTODO

Creación de un equipo multidisciplinario entre documentalistas y miembros de la dirección de sistemas de información (DSI) expertos en las áreas implicadas.

Elaboración de la trayectoria del diagnóstico mediante diagramas de flujo, detallando el proceso desde su recogida inicial en nuestro sistema HIS, su almacenaje en las tablas de SAP hasta llegar al destino final (agrupador, CMBDs, BO, DATANEX)

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El proyecto finalizó con la creación de cinco diagramas de flujo en los que se detalla la conexión de cada circuito con sus tablas de almacenaje en el SAP. Estos diagramas corresponden a los procesos de hospitalización, urgencias, ccee, lista de espera y diagnóstico al ingreso, en un hospital terciario como el nuestro.

Conclusiones:

La elaboración de los circuitos del diagnóstico clínico ha permitido:

1. Difundir a los profesionales de nuestro hospital terciario el conocimiento de la sistemática de la recogida, validación y almacenamiento de estos datos.
2. Mejorar la fiabilidad, exhaustividad y calidad de los diagnósticos presentes en nuestro sistema garantizando un correcto volcado en DATANEX.
3. Facilitar a los documentalistas clínicos el conocimiento sobre la representación del dato diagnóstico en las tablas de SAP.
4. Permitir a la DSI la selección de los datos clínicos validados en el proceso de traspaso a DATANEX para sus procesos de explotación.
5. Incrementar la colaboración entre los equipos de DC y DSI, lo que fomenta un entorno de aprendizaje continuo.
6. Los diagramas sirven no tan solo como guías visuales, sino que también estandarizan el proceso de manejo de diagnósticos, lo que contribuye a una mayor claridad y eficiencia en la gestión de la información clínica.

EP0003

TITULO: SOPORTE A LA CODIFICACIÓN AUTOMATIZADA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD CON SNOMED CT

Autor: Eva Cazorla Linares. Hospital Clínic De Barcelona

Co-Autores: Maria Antonia Várez Pastrana, Elisa Asensio Blasco, Sandra Peñarrubia Barambio. Hospital Clínic De Barcelona

OBJETIVOS

1. Mostrar la complejidad de codificar PS anotados en lenguaje natural..
2. Describir los circuitos de revisión, controles de calidad y codificación de los PS .
3. Asegurar la exhaustividad de la codificación de los PS.
4. Tratamiento de las expresiones no codificables.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han analizado un grupo de expresiones de diferentes especialidades del hospital anotadas en lenguaje natural tanto en castellano como en catalán durante el mes de junio del 2024.

Utilizando la herramienta Ccenterprise junto al servidor terminológico que tiene implementado hemos visualizado los códigos asignados a las expresiones.

Se han corregido y/o validado el código propuesto o codificado manualmente en caso de no tener una propuesta codificada de forma automática.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La herramienta automatizada codificó correctamente el 40% de las anotaciones revisadas. Las anotaciones restantes requirieron codificación manual debido diferentes motivos, como el uso de acrónimos, errores en las anotaciones, entre otros.

Las anotaciones no codificadas de forma automática fueron codificadas manualmente y validadas por expertos documentalistas. Estas expresiones se almacenan en la memoria de la herramienta para que, cuando se detecte una expresión ya codificada anteriormente, se codifique de forma automática.

Aquellas expresiones no codificables manualmente serán enviadas a la responsable del proyecto, y junto con un comité editorial decidirán que código asignar.

Disponer de herramientas de PNL, como la utilizada en nuestro centro, que son capaces de identificar entidades con significado clínico en las anotaciones clínicas y codificarlas mediante el uso de un lenguaje controlado, como sería SNOMED CT, facilita la recuperación de la información.

Contar con documentalistas especializadas resulta de gran ayuda para dar soporte a la herramienta y garantizar una alta calidad en la codificación de los PS.

Los controles exhaustivos de calidad son imprescindibles para el buen funcionamiento de la herramienta, que se pretende que codifique de forma autónoma con supervisión la totalidad de los PS a corto plazo.

La codificación de los PS con SNOMED CT ha requerido de la adquisición de grandes conocimientos de la ontología SNOMED CT por parte del personal de la unidad de Documentación clínica.

Para que los PS sean codificables, es muy importante que todo el personal asistencial que los anota en la HCE utilice expresiones correctas, evitando el uso de acrónimos, expresiones ambiguas, símbolos y demás grafismos que no aportan valor alguno.

EP0004**TÍTULO: DECÁLOGO DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN REPOSITORIO DE DATOS CLÍNICOS**

Autor: Júlia Dolcet Roig. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Co-Autores: Marta Albacar Ingla, Laia Jané Cabré, Maria Dolores Reyes Campos, Alícia Lindo Zapater, Cristina González Ramis.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

OBJETIVOS

La gestión eficiente de los datos clínicos es esencial para mejorar la calidad de la atención sanitaria y fomentar la investigación. Los repositorios de datos clínicos de los hospitales, como el que se quiere implementar en el Hospital de Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), son claves para recopilar, almacenar y analizar información sobre la salud de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo identifica buenas prácticas y retos en la implementación de repositorios, analiza las necesidades de información y flujos de datos del HSCSP y determina los requisitos funcionales y técnicos necesarios en base a la experiencia de centros referentes y en licitaciones públicas.

Mediante una revisión bibliográfica y el análisis de documentación interna, se presenta un marco integral para orientar a los responsables en el proceso de implementación del repositorio.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado de este trabajo es un decálogo donde se subraya la necesidad de establecer prácticas unificadas centradas en la integridad, seguridad e interoperabilidad de los datos para mejorar la asistencia sanitaria y la investigación clínica.

EP0005**TÍTULO: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA**

Autor: Marta Albacar. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Co-Autores: María Pilar Navarro Arranz. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

OBJETIVOS

La Historia clínica debería contener toda la información (ya sea de carácter clínico o social) relativa a un paciente. Frecuentemente la información contenida no se evalúa ni se contrasta. El objetivo de este proyecto es evaluar la información que proporciona la Historia clínica y elaborar un cuadro de mando que permita hacer seguimiento de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

El Hospital de la Santa Creu i Sant Pau dispone de una Comisión de Historias Clínicas que promueve, por un lado, un Manual de Uso de la Historia clínica que establece que información es esencial registrar en los cuatro grandes procesos en que se divide el hospital: atención ambulatoria, urgencias, hospitalización y quirúrgica, y por otro, un procedimiento de evaluación de la Historia clínica que las analiza tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Con este marco, se lleva a cabo la evaluación del contenido de las historias clínicas en el hospital.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El resultado es un cuadro de mando dónde para cada área permite saber cómo evoluciona la calidad de la información contenida en la historia clínica. Evaluar la información contenida en la historia clínica requiere un esfuerzo de revisión muy grande dónde los criterios de calidad frecuentemente son subjetivos y pueden tener un sesgo del evaluador.

Cuando esto ocurre, se pueden buscar indicadores indirectos que, aunque no cuantifiquen este juicio de valor, sí que pueden ayudar a entrever cuando no se está registrando de manera adecuada toda la información que debería constar.

EP0006

TITULO: ANALISIS GRDS NO COMPENSABLES ANEXO I EN SIFCO WEB

Autor: María Escribano. Hospital Universitario Getafe

Co-Autores: Consuelo García-Velasco García, María Isabel Hernández Ortego.
Hospital Universitario De Getafe

OBJETIVOS

Analizar las causas de las asistencias no compensadas en Hospitalización (Anexo I), con la finalidad de poder mejorar el indicador 8B del contrato programa 2024 (Objetivo 1.4):

“Calidad registro hospitalización SIFCO Hospitales con CSUR: total asistencias compensadas en Hospitalización (Anexo I y III) igual o superior al 60%”.

MATERIAL Y MÉTODO

El Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO), creado por la Ley 21/2001 tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español.

La cuantía del coste a financiar es en el caso de los procesos con hospitalización (Anexo I), la correspondiente al Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) resultante del proceso con ingreso hospitalario y son asistencias compensadas aquellas atenciones que están dentro de los GRDs listados por el Ministerio.

Se revisa las asistencias de hospitalización con fecha de finalización y con estado de atención registrada como ANEXO I en SIFCO-WEB del 2023. Se aplica los nuevos costes del Ministerio del 2024 versión 38 de los APR-GRD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las 24 asistencias registradas como ANEXO I, 17 (70,8%) fueron asistencias no compensables.

El 88,2% se agruparon en la Categoría Diagnóstica Mayor 8 (CDM Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo).

Los GRDs-APR 2 asignados fueron:

308 - Reparación de fractura de cadera y fémur

309 - Otras cirugías significativas sobre cadera y fémur

313 - Procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie

315 - Procedimientos sobre hombro, codo y antebrazo exc. sustitución de articulación

320 - Otros procedimientos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo

342 - Fractura o luxación excepto fémur, pelvis o espalda

351 - Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo

362 - Procedimientos de mastectomía

951 - Procedimiento moderadamente extensivo no relacionado con diag. Principal.

Nuestro hospital es “referente no reconocido oficialmente” para pacientes con Patologías de Fragilidad Ósea, fundamentalmente Osteogenesis Imperfecta. Nos viene pacientes de toda España tanto para tratamientos médicos en (HDD) de pediatría y adultos como con fracturas patológicas para su tratamiento en el servicio de Traumatología.

Trece de los casos (76,4%), fueron pacientes con antecedentes de osteogenesis imperfecta, que requieren múltiples ingresos por diversos motivos, fracturas patológicas, extracción de material de osteosíntesis, primera dosis de ácido zoledrónico iv..

Los otros cuatro casos, son atenciones en las que por el tipo de paciente y procedimiento podrían ser susceptibles de Cirugías Mayor Ambulante (CMA).

La facturación no liquidable aproximada por los GRD no compensables fue de 86752,15 euros.

CONCLUSIONES

• La mayoría de nuestros casos son pacientes con antecedentes de osteogenesis imperfecta, cuya patología y secuelas, si tuviésemos reconocido el CSUR y no “CSUR de hecho”, se registraría como Anexo III. Todos los GRDs se agrupan en compensables. Mejorando las asistencias compensables en 83,3% y la facturación no liquidable pasaría a ser de 9471,39.

• Las atenciones de CMA, se registrarían como Anexo IIb en cuyo caso los GRD si son compensables, reduciendo a un 62,5% la tasa de GRD no compensables.

EP0007

TITULO: CESÁREAS DE BAJO RIESGO: ACCIÓN DE MEJORA

Autor: María Escribano. Hospital Universitario Getafe

Co-Autores: Consuelo García-Velasco García, María Isabel Hernández Ortego.
Hospital Universitario De Getafe

OBJETIVOS

Mejorar y reducir la tasa de cesárea de bajo riesgo, dentro del compromiso de mejora continua del Servicio de Admisión en el marco del sistema de calidad ISO9001 (acreditado desde 2013).

MATERIAL Y MÉTODO

Las cesáreas de Bajo Riesgo es un indicador de efectividad clínica y seguridad del paciente del Observatorio de resultados del SERMAS.

Mide la adecuación de este procedimiento, excluye aquellos partos complicados con algún factor de riesgo en los que la cesárea estaría indicada por Presentación anormal del feto, Parto pretérmino, Muerte fetal y Gestación múltiple. A raíz del análisis de la metodología para el cálculo del indicador en 2022, se reportó un riesgo en nuestro proceso y se llevó a cabo una acción de mejora para reducir la tasa del indicador:

- Establecimos criterios con el servicio de Obstetricia en cuanto a la información de los informes de alta:
 - oEspecificar el motivo de indicación de la cesárea.
 - oReemplazar el término “nalgas”, si lo son, en lugar de “podálicas”.
 - oEvitar denominación de parto obstruido en las presentaciones de hombros, transversa, mal posición o presentación no especificada y prolapso brazo o mano.
- Se implementa en el HCIS listado de búsqueda por fecha de parto. Como fuente de datos la codificación de los episodios asistenciales y el monográfico de partos. Permite hacer búsquedas rápidas y filtrar por:
 - o Partos informados en el monográfico como cesárea no codificados como tal.
 - o Partos con códigos de bajo y alto riesgo.
 - o Partos podálicos.
 - o Partos obstruido presentaciones de hombros, transversa, mal posición, presentación no especificada y prolapso brazo o mano
- El servicio de obstetricia revisó todas las cesáreas de bajo riesgo y se modificó, el informe de alta.
- Se recodificaron los episodios modificados y los errores de codificación.
- Se envió al SERMAS (Subdirección General de Calidad y Asistencia) aquellos diagnósticos excluidos del cálculo del indicador que son indicación de cesárea electiva en nuestro centro y otros hospitales de la Comunidad de Madrid (placenta previa oclusiva, prolapso de cordón, tumor previo, vasa previa, desprendimiento ombros, rodillas mal posición fetal como causa de obstrucción). Con el objeto de sugerir que fueran incluidos como “partos de alto riesgo”.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La tasa de cesáreas de bajo riesgo, pasó de 21,94 % en 2021 al 19,65% en 2022, cifra que se aproxima a la registrada en los Hospitales del SERMAS 19,06%.

En el 2023 se mantiene la misma tendencia con una tasa del 19,9%.

Doce episodios fueron cesáreas electivas que a criterio del servicio de Obstetricia contraindican o desaconsejan un parto vaginal. Pasando a ser de 18,91% si se excluyen estos casos.

CONCLUSIONES

Establecer con el servicio de obstetricia criterios de mejora de la calidad de la información en los documentos de Obstetricia, junto con el control periódico de los partos por cesárea, nos ha permitido reducir y mantener la tasa de cesáreas de bajo riesgo en valores que se ajustan más a los datos SERMAS.

Excluir del indicador los episodios con cualquier código de cesáreas electiva para los obstetras, mejora de forma significativa el indicador.

EP0008

TITULO: PROPUESTA DE PLAN DE CONTINGENCIA FRENTE A LA CAÍDA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIO (HIS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARÍA DE LLEIDA, GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS

Autor: Josep Miquel Jové Charles. Gestió de Serveis Sanitaris GSS Lleida

OBJETIVOS

Creación Plan de Contingencia de las Tecnologías de la Información en el ámbito de los Sistemas de Información del Hospital Universitari Santa Maria, que debe centrarse en garantizar la continuidad operativa, asistencial y la recuperación rápida de los sistemas informáticos hospitalarios en caso de cualquier interrupción o desastre. Este plan es crucial para mantener la integridad y la disponibilidad de la información esencial para la atención sanitaria y la administración del hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Descripción Hosp Universitari Santa Maria de Lleida. Cartera de servicios HUSM, GSS.
2. Sistema de Información Hospitalario, HIS, del HUSM, GSS.
3. Historial Electrónico de Salud, HES, del HUSM, GSS.
4. Cambio de paradigma, incorporación del nuevo HES.
5. Infraestructura informática del HUSM, GSS.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RESULTADOS.

1. Incidentes que pueden causar la caída del HIS del HUSM, GSS.
2. Herramientas que ya disponemos en caso de caída del HIS del HUSM, GSS.
3. Herramientas necesarias, que no disponemos aún, en caso de caída del HIS del HUSM, GSS.
4. Medidas a adoptar en caso de contingencia.
5. Fases del Plan de Contingencia Caída HIS HUSM, GSS.
6. Actualización y revisión del Plan de Contingencia.
7. Plan de Formación de la Contingencia.

CONCLUSIONES

El Plan de Contingencia, para hacer frente a la caída del HIS del HUSM y GSS es un documento exhaustivo y detallado que proporciona una base sólida para la gestión de incidencias. La correcta implementación y la actualización constante del plan son esenciales para asegurar la continuidad operativa y la seguridad de los datos. Es fundamental que todos los actores involucrados en su ejecución y mantenimiento estén comprometidos y capacitados para responder de manera eficaz a cualquier contingencia. La integración de nuevas tecnologías y la adaptación a las amenazas emergentes son desafíos continuos que deben ser abordados para mantener la resiliencia del sistema de información hospitalaria.

EP0009

TITULO: EL REGISTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA CON JUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (RAE-CMBD) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CABUEÑES (CAHU). NUESTRA APORTACIÓN AL BIG DATA EN SALUD

Autor: María Aránzazu Pisano Blanco. Hospital Universitario Cabueñes. Asturias

Co-Autores: Carmen Sara Galán Solar, Amalia Marcos Velasco, Begoña Laborda Álvarez, Jesús Ángel Muñiz Molina, Sofía López Fernández. Hospital Universitario Cabueñes. Asturias

OBJETIVOS

Desde su instauración obligatoria el año 1992, el CMBD y su última versión en 2015 (RAE-CMBD) constituye una importante fuente de recogida y explotación de datos sanitarios al registrar tanto datos del paciente, tipo de atención prestada, así como la información clínica generada, siendo clave la codificación de diagnósticos y procedimientos.

El objetivo de este estudio, es poner de relieve el volumen de información clínica disponible en nuestro hospital, con los episodios registrados entre 2000-2023 y la variedad de usos para los que se ha utilizado entre 2019-2023.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.

Fuentes de datos:

- 1-Herramienta DECISYS-APR (SIGESA) como repositorio de datos del CMBD: número de episodios, diagnósticos y procedimientos registrados, para cada tipo de actividad descrito en el RAE-CMBD.
- 2-Registro de solicitudes de Información Clínica del CAHU: para categorización y recuento de motivos de solicitud.
- 3- Otros usos periódicos estandarizados del RAE-CMBD.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1-Número de episodios RAE- CMBD: 990.127; Diagnósticos: 31036.170; Procedimientos: 979.272.

2-Registro de solicitudes: Total: 148; Investigación: 49; Evaluación-Calidad.: 39; Publicación: 35; Docencia: 17; Gestión:8.

3-Envío anual del RAE- CMBD a Ministerio de Sanidad, Encuesta INE (anual), Pactos con Servicios y Contrato de Gestión del Hospital (cuatrimestral), participación anual en proyectos de benchmarking:

TOP20, MRS, BSH, MAPBM; Pilotaje en uso de IA en la gestión de servicios asistenciales (AMALFY).

Conclusiones:

Además de su uso para envío de información institucional, y dado el carácter universitario de nuestro hospital, es de destacar que el RAE-CMBD constituye una fuente imprescindible para las actividades académicas e investigación, así como para la participación en proyectos de mejora, optimización y gestión de recursos.

Múltiples estudios reconocen el valor del RAE-CMBD como una de las principales fuentes de explotación de datos, que junto con otras fuentes y la aplicación de técnicas y modelos de análisis para datos o big data en salud, pueden contribuir a la mejora de la calidad asistencial.

A la espera de la implantación de estas técnicas de tratamiento de datos, que podrían dar respuesta a cuestiones más complejas y que ya se nos están planteando actualmente, consideramos que el uso del RAE-CMBD en nuestro entorno goza de buena salud y se valora positivamente como una fuente de datos fiable.

EP0010

TITULO: MÁS DIAGNÓSTICOS MÁS COMPLEJIDAD

Autor: Èugenia Sarsanedas Castellanos. Hospital del Mar. Barcelona
Co-Autores: Javier Rovira Fontanals, Teresa Morillo Peleato, Oliver Pereña Aguilera,
Touria Louah Khattabi, Tania Barcelo Grau.
Hospital del Mar. Barcelona

OBJETIVOS

Cuando en el registro del CMBD se enviaban cuatro diagnósticos se habían hecho estudios a menudo acerca de cuántos diagnósticos eran razonables, para contemplar adecuadamente la complejidad de los pacientes de un hospital de agudos de alta complejidad.

Más tarde se aumentó el número de diagnósticos de este registro a 10 y actualmente se informan 15 diagnósticos.

¿Es suficiente? ¿Hacen falta más diagnósticos para reflejar la complejidad de todos los pacientes? Nuestro objetivo es averiguar si registrando más de 15 diagnósticos se traduce en más complejidad

MATERIAL Y MÉTODO

Se extrae el CMBD de agudos del año 2023 agrupado utilizando el lametrics - Data y el mismo año agrupado con todos los diagnósticos codificados que son todos los que hayamos codificado, que son más de los que tiene el registro actual del CMBD, utilizando el Ashoindex, herramienta de codificación.

Se utiliza el APGRD v38.0.

Nos queremos centrar en los cambios que podría haber en la inclusión de más diagnósticos, por lo tanto, se excluyen los registros de más de 20 procedimientos para evitar confusiones, puesto que los procedimientos también influyen en la agrupación.

Comparamos los GRD y calculamos el peso medio para los mismos registros con 15 diagnósticos y con todos los diagnósticos codificados en nuestra base de datos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Excluyendo 20 registros con más de 20 procedimientos codificados, nos quedan 36604 registros. De éstos, 204 (0.56% del total de las altas) agrupan diferente.

Entre los que agrupan diferente, hay 11 (5,39% de los diferentes) que van a un GRD diferente i los restantes (193, el 94.61% de los diferentes) tienen una severidad diferente.

El peso medio de los registros con todos los diagnósticos es de 0.9717 y el de los registros del CMBD con 15 diagnósticos es de 0.9727.

La mayoría de los casos con GRD diferente y también gran parte de los que tienen la severidad diferente son registros modificados y/o validados a posteriori.

En algunos registros el cambio de severidad se debe a una priorización distinta de los diagnósticos.

No se ha encontrado ningún caso donde algún diagnóstico codificado más allá del 15º sea significativo.

Conclusiones

•No parece que la diferencia de complejidad se deba a la codificación de más diagnósticos, sino a una validación posterior que no se ha reflejado en el registro del CMBD.

•Es importante priorizar los diagnósticos más relevantes. El orden de los diagnósticos es relevante en registros de más de 15 diagnósticos.

•Cuando hay distintas aplicaciones la sincronización entre la misma información en una y otra es importante para no tener inconsistencias.

EP0011

TITULO: SISTEMA DE GENERACIÓN DE INFORMES DE ALTA OFTALMOLÓGICA ASISTIDO USANDO INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Autor: Ana Maria torres sanchez. Ribera Salud. Valencia

OBJETIVOS

Contexto

La cirugía de cataratas (facoemulsificación) es un procedimiento muy frecuente en los centros sanitarios. Los profesionales, durante la atención al paciente, recogen en la historia clínica toda la información del proceso asistencial, alguna de forma estructurada y otra en texto libre. Para optimizar el tiempo que los médicos dedican a la elaboración del informe de alta, se busca generar un borrador de dicho informe tras el proceso quirúrgico basándose en la información previa ya contenida en la historia, que además mejore la calidad de la información que recibe el paciente y facilite la codificación del episodio asistencial. El médico validará o corregirá el resultado del borrador propuesto, garantizando que la información se ajusta a la situación del paciente y los acontecimientos.

Objetivos:

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la calidad y precisión de los informes de alta oftalmológica mediante el uso de inteligencia artificial generativa. Los objetivos específicos incluyen:

- Optimización del proceso de redacción de los informes médicos de alta, reduciendo el tiempo de preparación para el personal médico.
- Incrementar la precisión y coherencia de la información entregada a los pacientes.
- Mejorar la experiencia del paciente, garantizando que los informes sean claros, comprensibles y completos.
- Mejorar la codificación de los episodios, incluyendo de manera extensiva las comorbilidades que presentan los pacientes.
- Facilitar la toma de decisiones basadas en datos mediante la generación de informes estandarizados y adaptados a cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

- Inteligencia Artificial Generativa (IA-G): Utilización de un modelo de lenguaje basado en IA-G, capaz de generar informes médicos adaptados a los casos clínicos de cada paciente de forma automatizada y personalizada.
- Datos Utilizados: Historias clínicas electrónicas de pacientes que se han sometido a cirugía de cataratas.
- Proceso de Entrenamiento del Modelo: El sistema fue entrenado definiendo una lógica de negocio para, a partir de los datos de entrada, generar el correspondiente informe de salida. Se obtuvieron los ficheros con los datos y se realizó la correspondencia entre los campos de entrada y el informe de alta a generar.
- Validación del Sistema: Se realizó un análisis comparativo entre los informes generados por el sistema y los informes tradicionales elaborados manualmente, valorando a parte de la calidad de los informes, la especificidad de los diagnósticos, variación del número de diagnósticos por informe, así como la presencia de siglas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Reducción en el tiempo de generación de informes: El uso de IA redujo significativamente el tiempo de preparación de los informes.
- Mejora en la calidad de los informes: Los informes generados automáticamente fueron más precisos y consistentes, aumentando el número de antecedentes descritos, así como mejorando la especificidad de los diagnósticos.

Ejemplo:

Informe generado manualmente Informe generado automáticamente

Diagnósticos

Catarata no especificada Catarata nuclear senil. Historia personal de neoplasia. Estado de colostomía

Procedimientos

Facoemulsificación con lente intraocular Facoemulsificación con lente intraocular

- Mejora en la experiencia del paciente: Los informes generados por IA están redactados en un lenguaje accesible, sin tecnicismos ni siglas, lo que facilita la comprensión del tratamiento y las indicaciones postoperatorias por parte de los pacientes.

EP0012

TITULO: IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE COLAS (SISCOL) E INTEGRACIÓN CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBULATORIA (SIA) EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE VALENCIA DR. PESET

Autor: Cristina Haya Fernández. Hospital Dr. Peset. Valencia

Co-Autores: Noelia Ruíz García. Centro de informática de la Conselleria de Sanitat

Gema Gil Herranz, Borja Alfonso Aguado Aranda, David Del Monte Delgado, Ramon Carlos Romero Serrano.

Hospital Dr. Peset. Valencia

OBJETIVOS

Implantar SISCOL en los mostradores de los centros de atención primaria para permitir la llamada de los pacientes en espera y gestionar los diferentes trámites. Integrar SIA con SISCOL para gestionar la llamada a los pacientes con cita en SIA para la consultas de centros.

MATERIAL Y MÉTODO

Se requiere que los profesionales de los centros manejen las aplicaciones corporativas SISCOL Y SIA. Y que el centro disponga de la infraestructura que permita al paciente obtener el tique de cita previa o de trámite de mostrador y ser avisado de su turno.

Se forma al personal del centro en las aplicación SISCOL y su integración con SIA. Se Implantan 2 circuitos en los centros:

- atención a trámites de mostrador: el paciente seleccionará en el punto de información automatizado (PIM) ubicado en la entrada del centro el trámite que desea realizar y obtendrá un tique con la fecha y hora de llegada y su turno, que visualizará en la pantalla cuando se realice su llamada desde el mostrador.
- pacientes con cita previa en el día: el paciente se identificará en el PIM de la entrada y recogerá el tique con la información de su cita, de la sala de espera donde debe dirigirse y de su turno, que visualizará en la pantalla de la sala de espera cuando se Realice la llamada por parte del profesional. El profesional gestiona electrónicamente desde SIA la llamada al paciente. Una vez el profesional finaliza esta consulta el paciente en el PIM puede imprimir el justificante de asistencia de la misma y validar la siguiente cita, si tuviese más de una cita para ese día en el centro.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES**Resultados**

En junio de 2024 empieza la implantación de SISCOL y su integración con SIA en los centros de atención primaria del departamento de salud de valencia Dr. Peset.

se ha implantado SISCOL e integrado con SIA en 4 centros de salud y un consultorio auxiliar. lo que supone Un 36% de implantación en centros de salud y un 10% en consultorios auxiliares.

El departamento de salud de valencia dr. peset atiende a una población de 292.209 habitantes. el 41% de esta población tiene implantado en su centro de atención primaria SISCOL e integrado con SIA.

actualmente están dotando de la infraestructura necesaria al resto de los centros de atención primaria para poder continuar y finalizar la implantación de este proyecto.

Conclusiones

SISCOL permite gestionar al mostrador de los centros de atención primaria la llamada a los pacientes en espera y establecer diferentes colas para los distintos trámites que realizan disminuyendo los tiempos de espera. la integración de SISCOL con SIA:

- Facilita al paciente citado en SIA la información relativa a su cita y la sala de espera donde debe acudir desde el punto de información automatizado evitando la cola del mostrador.
- Permite al profesional que trabaja con SIA conocer la llegada del paciente al centro y gestionar su llamada de forma electrónica desde la lista de trabajo del profesional o desde la historia del paciente evitando desplazamientos y aumentando el tiempo disponible para la consulta.
- Posibilita la llamada anónima de los pacientes registrados en SIA.
- Permite al paciente obtener el justificante de asistencia a la consulta desde el PIM evitando la cola del mostrador.

EP0013

TITULO: REVISIÓN DE LA CODIFICACIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT EN EL PERIODO PRENATAL, NEONATAL/PEDIÁTRICO Y EDAD ADULTA

Autor: Sandra Sancho Albiach. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

Co-Autores: Natalia del Pilar Roig Maeso, María Lucía Álvarez Llorens, Juan Miguel Lara Rodríguez.

Hospital Universitari i Politècnic la Fe. València

OBJETIVOS

•Unificación de criterios de codificación de la tetralogía de Fallot, tanto en los códigos CIE-10-ES como en los literales de diagnóstico, estableciendo un literal de diagnóstico estándar para suplir la inespecificidad del código O35.BXX0 Atención materna por (sospecha de) otra anomalía o daño fetales, anomalías cardíacas fetales, no aplicable o no especificado.

•Actualización de conocimientos sobre esta enfermedad.

•Mejora de la calidad de la codificación de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda en el Sistema de Información Hospitalario (IRIS) de los episodios de hospitalización por tetralogía de Fallot actual o resuelta, de los servicios: Obstetricia, Neonatología, Cardiología Infantil, Cirugía Vascular Infantil, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, identificándolos por código CIE-10 o por literal diagnóstico, en los años 2022 y 2023.

Revisión de la historia clínica y valoración de la codificación de cada uno de los casos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de València la sección de Cardiología Pediátrica es centro de referencia para cardiopatías congénitas en edad infantil de la Comunitat Valenciana y la Unidad de Cardiopatías Congénitas del Adulto fue designada en 2017 como Unidad de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR).

Identificamos en el periodo prenatal 8 casos (6 hombres, 2 mujeres, 2 del departamento de salud La Fe, 6 de otros departamentos), 34 en periodo neonatal/infantil (16 hombres, 18 mujeres, 2 del departamento de salud La Fe, 32 de otros departamentos) y 17 casos en la edad adulta (11 hombres, 6 mujeres, 1 del departamento La Fe, el resto de otros departamentos).

Estandarización de codificación de la tetralogía de Fallot con los siguientes códigos CIE-10-ES y literales de diagnóstico:

Periodo prenatal

•O35.8XX_ Tetralogía de Fallot en feto CIE-10-ES 2022

•O35.BXX_ Tetralogía de Fallot en feto CIE-10-ES 2024

Periodo neonatal y pediátrico

•Q21.3 Tetralogía de Fallot

Edad adulta

•Z87.74 HP Tetralogía de Fallot intervenida

•Patologías cardíacas referidas como post Fallot:

I37.0 Estenosis pulmonar post Fallot

I37.1 Insuficiencia pulmonar post Fallot

I37.2 Estenosis e insuficiencia pulmonar post Fallot

•Q21.3 Tetralogía de Fallot

La revisión realizada mejoró la calidad de la codificación de esta patología, estableciendo literales para la codificación de estos casos, al identificar episodios que no se ajustaban a la norma de codificación, sin que ello supusiera pérdida de información para los servicios. Identificamos la necesidad de valorar con precisión los antecedentes personales del paciente.

Por otra parte, ayudó a afianzar conocimientos sobre esta patología en las codificadoras de las áreas estudiadas, al identificar con más precisión alteraciones como insuficiencia pulmonar o dilatación de ventrículo derecho cuyo posible origen podría ser una tetralogía de Fallot; esto cobró especial importancia en pacientes procedentes de otros países o sin seguimiento previo en nuestro centro.

Es necesaria la codificación exhaustiva de esta patología para una correcta recuperación de la información, ya que en nuestro centro es tratada por unidades de referencia autonómica y estatal con evaluación periódica de su actividad y elaboración continua de indicadores.

EP0014

TITULO: REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS EN URGENCIAS. ¿PERDEMOS INFORMACIÓN?

Autor: Maria Raurich Segui. Parc Taulí Sabadell. Barcelona

Co-Autores: Sandra Blanco Ávila, Susana Marin Duran, Marta Navarro Vilasaró, Isidro Soley Martínez.

Parc Tauli Sabadell. Barcelona

OBJETIVOS

El registro de diagnósticos de las asistencias en urgencias en el Parc Taulí Sabadell se realiza en el formulario del informe de alta médico, utilizando un diccionario de sinónimos en CIE-10-MC/PCS propio, adaptado a la nomenclatura médica. Numerosos estudios, trabajos y estadísticas se derivan de este registro. En el presente estudio, se revisa la calidad del registro con el objetivo de identificar pacientes VIH positivos, en el marco del proyecto "Detección de oportunidades perdidas para el diagnóstico de infección por VIH en el Parc Taulí Sabadell", según los objetivos de ONUSIDA, que tiene como objetivo detectar pacientes con enfermedades relacionadas con infección VIH que aún no han sido diagnosticados.

MATERIAL Y MÉTODO

Basándonos en el registro de pacientes VIH positivos de consultas externas del Servicio de Infecciosas, y con el propósito, para este estudio, de encontrar casos no detectados, se analizan 442.426 registros de asistencias en urgencias del Parc Taulí Sabadell correspondientes a los años 2021, 2022 y 2023 con pacientes con diagnóstico de VIH positivo y que el Servicio de Infecciosas no tiene detectados. Además, se verifica si los 996 pacientes registrados por el Servicio de Infecciosas, que, si han tenido asistencia en urgencias, tienen la patología VIH registrada en los diagnósticos de los informes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De las asistencias en urgencias estudiadas, 131.928 (2021), 157.942 (2022) y 152.556 (2023), se identificaron 411 (2021), 558 (2022) y 590 (2023) asistencias de pacientes presentes en el registro del Servicio de Infecciosas de VIH. De estos casos, solo 16 (3,89%) (2021), 22 (3,94%) (2022) y 12 (2,03%) (2023) asistencias tienen el diagnóstico de VIH (B20-R75-Z21) registrado en el formulario de urgencias. Además, se constató que 4 (2021), 10 (2022) y 4 (2023) pacientes corresponden a pacientes que el Servicio de Infecciosas no tiene detectados en su base de datos.

El registro de diagnósticos de las asistencias en urgencias del Parc Taulí Sabadell, realizado por personal asistencial, evidencia una insuficiencia en el registro de patologías crónicas importantes, como el diagnóstico de VIH.

Para garantizar un registro exhaustivo que refleje tanto la patología aguda como la crónica del paciente, es fundamental que el registro de diagnósticos y procedimientos sea supervisado por personal formado y cualificado en la indexación y codificación de diagnósticos y procedimientos.

El registro de la infección por VIH puede ayudar en evitar errores de prescripción que puedan ocasionar interacciones medicamentosas.

EP0015

TITULO: CODIFICACIÓN DE RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE NERVI PERIFERICO EN HUECO POPLITEO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLASTIA DE ROTACIÓN DE RODILLA

Autor: Sonia Bueicheku Agredano. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València

Co-Autores: Mónica Rey Solana, Juan Lara Rodriguez.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València

OBJETIVOS

Exponer la codificación de un caso complejo de amputación de miembro inferior con reconstrucción autóloga inmediata por la reciente creación de la Unidad de cirugía ortopédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Estandarizar la codificación de episodios similares.

Afianzar conocimientos sobre patología compleja traumatológica y de cirugía plástica que tienen como resultado una amputación.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión pormenorizada del episodio de hospitalización de un paciente con tumor maligno de vaina nerviosa periférica en hueso poplíteo izquierdo.

Revisión bibliográfica casos similares

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Paciente que ingresa para extirpación del tumor y reconstrucción con una plastia de rotación de rodilla.

En el protocolo quirúrgico se describe:

“Procedimiento:

Resección segmentaria de rodilla y reconstrucción con plastia de rotación libre.

Técnica:

Marcaje de referencias para amputación a nivel proximal de muslo (al menos 7 cm proximal a tumor y abordaje previo). Resección segmentaria de rodilla (osteotomía de fémur a 29 cm de interlínea). Reconstrucción de rodilla mediante plastia de rotación libre de pie y tobillo. Fijación de fémur a tibia con placa postero-lateral Synthes, tornillos proximales y distales”.

Codificación:

Amputación a nivel proximal de muslo:

Amputación muslo izquierdo alta

0Y6D0Z1

Resección segmentaria de rodilla:

Amputación pierna izquierda baja

0Y6J0Z3

Reconstrucción de rodilla mediante plastia de rotación libre de pie y tobillo con placa Synthes

Reimplantación pierna izquierda baja

0YMJ0ZZ

La plastia de rotación es un procedimiento quirúrgico funcional para pacientes con tumores malignos que comprometen la articulación de la rodilla, deformidades congénitas de las extremidades e implantes protésicos infectados. El hueso afectado se reseca y la tibia se gira 180 grados para formar una articulación de la rodilla funcional. La finalidad de este tipo de intervención es mejorar la calidad de vida, establecer un alto rendimiento funcional con la colocación de una prótesis.

Supuso un reto codificar este tipo de intervención debido a su complejidad. Realizamos una revisión bibliográfica encontrando limitados casos similares.

Para la búsqueda del código de procedimiento correcto en CIE-10-es y ajustado a las normas de codificación, nos reunimos un equipo de varios profesionales de la Unidad de documentación clínica y pactamos los códigos idóneos. Gracias a la puesta en común del equipo codificador, se han afianzado conocimientos sobre patología compleja y su posterior traducción de las técnicas quirúrgicas a los códigos de procedimiento más adecuados.

EP0016

TITULO: OPTIMIZACIÓN DEL IUE (ÍNDICE DE UTILIZACIÓN DE ESTANCIAS) ADECUANDO LA SEVERIDAD DE LOS CASOS POR GRD MEDIANTE EL USO DE LITERALES DIAGNÓSTICOS ESENCIALES

Autor: Francisco Javier Delgado Alés. Hospital de la Axarquía. Málaga

Co-Autores: Ana María Escobar Corral. Hospital de Antequera. Málaga

OBJETIVOS

Al observar el elevado IUE (Índice de Utilización de Estancias) del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Axarquía en 2022, y teniendo como objetivo su optimización, nos propusimos reducirlo ajustando el grado real de Severidad de cada caso dentro de su GRD. Se exportó la metodología al Hospital de Antequera de forma paralela.

MATERIAL Y MÉTODO

Nos basamos en un análisis de todos las altas por GRD, de entre los 5 GRD más frecuentes de Medicina Interna (Insuficiencia Cardíaca, Accidente Cerebro-Vascular Agudo, Neumonía, EPOC y Sepsis, priorizando por los GRD de mayor consumo de estancias (por eso se empezó por EPOC).

A través de la herramienta de análisis y explotación de los GRD (IAmetrics DATA en la Axarquía y Decisys en Antequera), se analizaron los diagnósticos que aparecían en cada GRD por nivel de Severidad, intentando identificar aquellos que eran esenciales para el cambio de nivel de Severidad. Se hicieron pruebas para comprobarlo, y una vez identificados se realizaron Sesiones Clínicas por GRD con el Servicio de Medicina Interna para mostrarles cómo la precisión en el literal diagnóstico que escribían en el Informe de Alta de la Historia Clínica modificaba de forma positiva el IUE, al situar al paciente en el grado de severidad correcto que le correspondía.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con el fin de simplificar las influencias e interrelaciones entre diagnósticos, intentamos decirles qué diagnósticos concretos eran determinantes para estar en un nivel de severidad u otro. Tomando como ejemplo el GRD de EPOC, los literales diagnósticos se centraron en la infección y en el grado de insuficiencia respiratoria; y los resultados fueron:

- Nivel de severidad 1 (menor): infección aguda del tracto respiratorio inferior (no especificada como neumonía, y sin mención de insuficiencia respiratoria)
 - Nivel de severidad 2 (moderado): neumonía, o insuficiencia respiratoria crónica
 - Nivel de severidad 3 (mayor): insuficiencia respiratoria aguda no especificada o especificada con hipoxia (la aguda sobre crónica se incluye también)
 - Nivel de severidad 4 (extremo): insuficiencia respiratoria aguda (o aguda sobre crónica) especificada con hipercapnia
- Tras las Sesiones Clínicas formativas, se analizó el impacto en el IUE del Servicio de Medicina Interna al año siguiente, y en el caso concreto del Hospital de la Axarquía se pasó de un IUE de 1,09 a 0.94, disminuyendo la tasa de outliers por GRD, lo que habla de una buena adecuación de la información reflejada junto a una buena codificación de cada episodio.

La interrelación activa desarrollada entre Documentación Clínica y el Servicio de Medicina Interna se tradujo en una mejor valoración de la labor realizada en nuestro Servicio, una participación activa de los clínicos, así como en una mejoría en los objetivos del Servicio de Medicina Interna. Otros Servicios Clínicos ya han manifestado interés en hacer lo mismo con nosotros.

Para la búsqueda del código de procedimiento correcto en CIE-10-es y ajustado a las normas de codificación, nos reunimos un equipo de varios profesionales de la Unidad de documentación clínica y pactamos los códigos idóneos. Gracias a la puesta en común del equipo codificador, se han afianzado conocimientos sobre patología compleja y su posterior traducción de las técnicas quirúrgicas a los códigos de procedimiento más adecuados.

OR0009

TÍTULO: TÍTULO: CODIFICACIÓN CLÍNICA: ¿PUEDE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL SUSTITUIR AL CODIFICADOR HUMANO?

Autor: Isabel Castañ Navarro. Consorcio Hospital General Universitario de València
Co-Autores: Francisco Ojeda Galdón, Ylenia Grau Mompó, María Luisa España García, Beatriz Atienza Carbonell.
Consorcio Hospital General Universitario de València

OBJETIVOS

La codificación clínica es esencial hoy en día por varias razones. Facilita el acceso y manejo de grandes volúmenes de datos, cruciales para la toma de decisiones en la gestión sanitaria. La creciente implementación de programas de codificación automática plantea el debate sobre la necesidad de los codificadores humanos.

Este proyecto tiene como objetivo comparar la codificación manual del diagnóstico principal realizada por codificadores con la codificación automática mediante herramientas de inteligencia artificial, para evaluar si la inteligencia artificial puede reemplazar el trabajo humano.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la codificación manual, se utilizó el sistema Codeclinic 3M-CES, diseñado para facilitar la codificación clínica en hospitales, transformando descripciones detalladas de enfermedades y procedimientos en códigos alfanuméricos estandarizados, como los de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Para la codificación automática, se empleó el modelo de inteligencia artificial ChatGPT 4 a través del sistema CoPilot. Se utilizó el siguiente prompt: "Eres un experto en codificación médica CIE-10 en español. Voy a introducir entre comillas varios casos clínicos de pacientes con su hoja operatoria y para cada uno de ellos debes decirme el código CIE-10 del diagnóstico principal con la máxima precisión posible. Repetirás la operación cada vez que introduzca el texto."

Se seleccionaron y anonimizaron 25 episodios al azar, utilizando un sistema de doble ciego desde la base de datos del Conjunto Mínimo de Bases de Datos (CMBD) de 2024 del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Estos episodios se introdujeron en CoPilot para obtener la codificación automática.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Para la codificación manual, se utilizó el sistema Codeclinic 3M-CES, diseñado para del total de 25 casos, en 10 de ellos era necesario interpretar adecuadamente el contexto del caso para aplicar la normativa en la codificación de estos (casos difíciles). En los restantes 15 casos, su lectura era más sencilla y bastaba con el literal del caso (casos fáciles).

La herramienta de codificación automática codificó adecuadamente el diagnóstico principal en un 30% de los casos difíciles, comparado con un 67% de los casos fáciles.

Los resultados obtenidos indican que la lectura detallada de los episodios asistenciales puede modificar la selección del diagnóstico principal. Asimismo, se observa que la herramienta de codificación automática no distingue entre signos y síntomas y las patologías que lo provocan.

Además, no identifica las complicaciones como diagnóstico principal ni identifica correctamente la localización anatómica a no ser que se nombre literalmente.

Se concluye que el papel del codificador clínico sigue siendo imprescindible para realizar y supervisar una codificación de calidad.



SEDOM

Sociedad
Española de
Documentación Médica



Valencia 23, 24 y 25 de octubre 2024