

APP para la codificación con CIM-9-MC y CIE-10-ES

Autores: Raurich Seguí, M.¹; Calvet Canaleta, A.²; Rovira Barberà, M.³; Hernandez Cortés, A.⁴; Marin Duran, S.⁵

Palabras clave

APP, CIM-9-MC, CIM-10-ES, diccionario.

Introducción

La irrupción de la eHealth a nivel mundial es ya una realidad. Las aplicaciones informáticas para dispositivos móviles y la utilización de las diseñadas para médicos, hospitales, educación médica y pacientes, ya están en nuestros centros y se utilizan en la práctica médica diaria. Las APP nos permiten transformar un dispositivo móvil en un otoscopio o registrar constantes vitales o un ECG.

El registro de la actividad médica realizada mediante CIE-9-MC es un procedimiento imprescindible en el acto médico y próximamente con la incorporación de la CIE-10-ES se prevé un cambio no fácil y del que se necesitaran mecanismos de ayuda para su utilización.

La presente comunicación mostrará el procedimiento de obtención de los datos, los procesos que los transforman y formatean para su visualización, los indicadores y listados obtenidos, así como el control de la distribución de éstos entre sus destinatarios.

Objetivos

Creación de una APP para terminales móviles de ayuda a la codificación con CIE-9-MC y el mapeo con CIE-10-ES, desarrollada por el **equipo de informática del "Institut Català de la Salut (ICS)"**, donde se facilita la búsqueda no sólo de los códigos de la clasificación oficial, sino también a un diccionario, desarrollado por Documentación Clínica del Hospital Sabadell, que lo ha adaptado al lenguaje médico de la práctica diaria y que las dos clasificaciones oficiales no contemplan. Como por ejemplo: acrónimos (Síndrome de Alstrom y Síndrome de Haddad por los cuales no existe ningún código), sinónimos (metástasis...) y siglas (ACxFA, IAM).

²Direcció de Sistemes d'Informació, Institut Català de la Salut,

^{1,5}Documentación Clínica. Parc Taulí Sabadell. Hospital Universitari,

³TicSalut.Departament de Salut Generalitat de Catalunya,

⁴Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Metodología

Para el desarrollo de la aplicación se ha utilizado el framework Phonegap basado en JavaScript y que permite crear aplicaciones para dispositivos móviles utilizando HTML5 y CSS3.

El resultado es una APP para sistemas IOS y Android, pudiendo hacerla extensible a otros sistemas operativos para móviles como BlackBerry, Windows Phone y Symbian.

Resultados

Se presenta la APP CIM9-MC/map 10 mòvil. La búsqueda se puede realizar por código o por descripción: genérico o sinónimo, diagnósticos, procedimientos, códigos V y códigos E, en CIE-9-MC con la equivalencia en CIE-10-ES.

Conclusiones

Las APPs se están desarrollando a una gran velocidad y pueden y son, realmente una ayuda útil i próxima en la práctica clínica.

Una APPs que incorpore el lenguaje real utilizado en la práctica médica puede facilitar el uso de la nueva clasificación CIE 10 ES.

Validez de distintas definiciones de tasa de retornos a Urgencias Hospitalarias como indicador de calidad asistencial

Autores: Jiménez Puente, Alberto; Martínez Reina, Alfonso; Lara Blancquer, Antonio; Del Río Mata, José; Arjona Huertas, José Luis; Mora Ordóñez, Begoña

Palabras clave

Retornos a urgencias; Urgencias Hospitalarias; Indicadores asistenciales; Calidad asistencial.

Objetivos

En los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) se ha propuesto utilizar la tasa de Retornos a Urgencias (RU) como indicador de calidad. Nos planteamos conocer la capacidad de distintas definiciones de RU para detectar problemas de calidad en la urgencia previa.

Material y métodos

Previamente se había realizado un estudio con auditoría de historias clínicas, que permitió conocer las causas de RU en 72 horas en tres áreas hospitalarias limítrofes del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se definieron como RU potencialmente evitables aquellos atribuidos a un error en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico. Se identificaron variables incluidas en las bases de datos de uso rutinario asociadas a la evitabilidad de los RU y se calcularon la sensibilidad y especificidad de diferentes definiciones de tasa de RU basadas en dichas variables en la detección de situaciones potencialmente evitables, teniendo en cuenta que la definición más amplia: RU en 72 horas, presenta una sensibilidad del 100% y especificidad 0%.

Resultados

Se compararon las características de 65 RU atribuidas a errores en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico (7,3% del total), frente a 830 RU atribuidos a otras causas y considerados "no evitables". Los potencialmente evitables fueron más frecuentes entre los RU seguidos del ingreso en hospitalización (22,1% frente a 4,7%, $p < 0,0001$), entre los RU de gravedad I-II (17,2% frente a 4,4%, $p < 0,0001$) y en aquellos RU con mayor nivel de gravedad que la urgencia previa (12,4% frente a 5,6%, $p < 0,001$). Las definiciones basadas en 2 o 3 de dichas variables

Agencia Sanitaria Costa del Sol

alcanzaron sensibilidades y especificidades superiores al 65% en la detección de situaciones potencialmente evitables.

Conclusiones

La tasa bruta de RU en 72 horas no se puede considerar un indicador válido de la calidad de la asistencia en SUH pues sólo una pequeña proporción de ellos se relaciona con problemas en la asistencia de la urgencia previa, pero apuntamos a que podrían serlo algunas definiciones específicas, que incluyan el nivel de gravedad del RU, su incremento respecto a la urgencia previa o el destino del alta del RU.

Proyecto de Investigación con ayuda de la Consejería Salud Junta de Andalucía (PI 176/2013)

El médico documentalista como proveedor de información asistencial para dirección gerente, dirección médica y jefaturas de servicio

Autores: J. Duch Samper, R. Saborit Oliver, A. Bellés Calvo, P. Sánchez Manchón, J. Pérez Aragón, M. Sánchez Fernández de Sevilla

Palabras clave

indicadores, información, soporte, gestión, udca, documentación médica

Resumen

La dirección gerente de un hospital, así como sus jefaturas de servicio, necesitan estar periódicamente informadas de todo aquello que a nivel asistencial ocurre bajo sus direcciones, con objeto de ver facilitada su toma de decisiones.

Entre otras muchas obligaciones del médico documentalista se encuentra, desde nuestro punto de vista, una fundamental que es la de proveer de toda esa información a las partes interesadas, actuando no sólo reactiva sino también proactivamente ante cualquier necesidad detectada en ese sentido. Así por ejemplo, cualquier nueva propuesta de información gestada por gerencia, por cualquier servicio o por la propia UDCA (siempre con el beneplácito de la dirección gerente) pasa a engrosar la lista de indicadores gráficos y/o listados habituales para el resto de actores de este escenario, siempre que la sensibilidad de la información así lo permita.

De nuestro buen hacer en el desarrollo de esta parcela funcional dependerá un mayor grado de reconocimiento y respeto hacia nuestro trabajo, que

Hospital de Vinaroz

deviene en mayor complicidad y colaboración por parte del resto de servicios cuando somos nosotros los que necesitamos de los otros actores para conseguir algunos de nuestros objetivos.

Al convencimiento de lo expuesto anteriormente se debe que una importante tarea abordada por la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital de Vinarós, haya sido el desarrollo de herramientas y procedimientos que nos permiten elaborar con rapidez y eficacia un número cada vez mayor de indicadores y listados elaborados con periodicidad mensual, que tras su generación semiautomática, son distribuidos entre los distintos estamentos referenciados. A cada cual los de su propia responsabilidad junto a los comunes de interés global.

La presente comunicación mostrará el procedimiento de obtención de los datos, los procesos que los transforman y formatean para su visualización, los indicadores y listados obtenidos, así como el control de la distribución de éstos entre sus destinatarios.

Gestión de pacientes: integración y ordenación de los Centros Hospitalarios

Autores: Salazar Hidalgo, María Dolores, Ramírez García, Marina Asunción, Berral Serrano, Laura María

Palabras clave

Pacientes, Diraya, información.

CDP Greguerías

Objetivos

La Gestión de Pacientes surge como instrumento orientado a la integración y ordenación de la realidad cotidiana, dispersa y fragmentada, en que se mueve los distintos centros hospitalarios, con el doble propósito de atender al paciente, coordinando la satisfacción de sus necesidades asistenciales y mejorando la eficiencia del centro hospitalario. Precisa de una estructura con una gran organización definida y altamente especializada, al frente de la cual se ubican los profesionales sanitarios que definimos como especialistas en gestión e información.

Metodología

Nos basamos en la información que el sistema sanitario público andaluz utiliza como soporte de la información y gestión de la atención sanitaria en su red regional de salud, englobando los años desde el año 1999 hasta el 2010 DIRAYA: CITACIÓN, Receta XXI e INTERS@S integra toda la información de cada ciudadano, con independencia del profesional o ámbito asistencial que la genere, en una historia de salud única, disponible donde, y cuando sea precisa para su atención.

Resultados

Según los datos referentes al balance socioeconómico, destacamos unos beneficios netos significativos a partir del 2007 tras la implantación de Diraya. Incluyen una reducción de más del 15% de las visitas de pacientes que reciben su primera prescripción de atención a través de Receta XXI; una disminución del número de visitas a atención especializada del 10%; una reducción de los costes de soporte de la información al crear una base de datos centralizada y una citación más eficiente a través de Salud Responde.

Conclusión

A partir del año 2007, una vez que los beneficios acumulados netos comienzan a ser positivos, se observan márgenes de beneficio cada vez mayores, confirmando la sostenibilidad económica de Diraya a largo plazo. En 2010, la ratio beneficio/coste acumulado se sitúa en 1,77 lo que significa que por cada 100 euros de costes se han generado 277€ de beneficios socioeconómicos.

Eliminación en un 80% del soporte papel

Autores: Rosa Andolz Perelló, Luis Bardajil Iglesias, Luz Casanova Valle, Victoria García Aparicio, Joaquín Lorente Carmona, M^a Jesús Torres Francin

Palabras clave

Eliminación papel

Hospital Vall d'Hebrón

Introducción

Para conseguir una agilidad en el registro de los datos y explotación de la información, una de las prioridades en el sector hospitalario es la eliminación del papel.

Objetivo

Conseguir reducir el 80% los archivos paralelos, los documentos y consumibles con la intención de eliminar el soporte papel del hospital.

El módulo de seguimiento se crea de forma individualizada y se configura según el requerimiento de cada profesional. Se retroalimenta de SAP, con un solo clic, alimenta la base de datos. Esto permite eliminar la "sábana" documento manuscrito de registro de información. El módulo permite escanear la documentación necesaria, como la información de los donantes de trasplantes sin infringir la ley.

Método

La plataforma para lograr este objetivo es la Comisión de Documentación y de Historias Clínicas, responsable de detectar la existencia de la documentación en soporte papel. Trasladar la documentación asistencial ubicada en áreas no adecuadas para la custodia, con el objetivo de proteger la confidencialidad del paciente cumpliendo con la Ley de la LOPD.

Resultados

La Comisión ha realizado en el 2014 la custodia de tres archivos paralelos de diferentes unidades, diversos ensayos y protocolos. Destrucción confidencial de documentación y placas RX de centros de asistencia primaria. Se ha digitalizado monográficos ubicados en unidades e historias de un centro asistencia primaria en un módulo de seguimiento.

Líneas de actuación:

1. Archivos de documentación médica (información trasplantes, consentimientos informados, monográficos, ensayos clínicos cerrados)
2. Archivos de documentación duplicada (hojas operatorias, informes de alta)
3. Documentos sueltos que llegan al archivo considerados como incrementales para digitalizar (70% digitalización, 20% destrucción y 10% revisión para la incorporación a SAP)
4. Detección del consumible generados en la imprenta para uso en soporte papel.

Conclusiones

Las acciones realizadas por la Comisión han permitido avanzar en un 40% en la eliminación del papel y han permitido concienciar a los profesionales en el cambio de soporte como herramienta de futuro.

Ejemplo práctico:

En un archivo paralelo con un contenido de documentos de valor primario se ha propuesto un módulo de seguimiento como herramienta de futuro, eliminando la continuidad del papel.

Desarrollo estratégico en el Servicio de Admisión y Documentación (SAD) del Hospital Universitario Donostia (HUD)

Autores: Núñez, A.; Baylin, E.; Alvarez de Eulate, C.

Palabras clave

Estrategia, Admisión, Misión

Hospital Universitario Donostia

Objetivo

Análisis estratégico del SAD del HUD para la obtención de un Plan Estratégico con participación de los profesionales.

Material y metodología

Se constituyen:

- Equipo coordinador: 8 personas, responsables de las Áreas del Servicio
- Grupo participativo: 30 personas de todos los niveles funcionales
- Grupo externo: 12 personas de los grupos de interés

Se despliega la metodología por fases:

- Introducción, Evolución del Servicio
- Actualización Mapa de procesos y Revisión Misión/Visión/Valores
- Análisis del entorno
- Identificación de los grupos de interés (GI) y clasificación según Matriz PODER/INTERES
- Aplicación de la metodología de Grupo focal, para conocer las necesidades y expectativas de los GI
- Definición de Líneas y Objetivos
- Generación de acciones - metodología "matriz CAME"
- Definición del Plan de acciones, responsables y calendario.
- Seguimiento periódico del plan estratégico obtenido

Resultados y conclusiones

MISIÓN

Para contribuir a la misión del HUD desde el SADC establecemos el vínculo entre las necesidades y expectativas de la población y los recursos sanitarios y sociosanitarios disponibles:

- Valorando las necesidades de cada paciente y asignándole el recurso adecuado en cada momento garantizando la continuidad asistencial
- Organizando los circuitos administrativos de los procesos asistenciales y dando apoyo a los servicios clínicos para el cumplimiento de sus objetivos
- Facilitando y procesando la información y la documentación clínica necesaria para la atención global de la persona

VISIÓN

El SADC quiere ser reconocido como un equipo transdisciplinar, facilitador y referente para todas las personas: profesionales, pacientes, asociaciones y otros grupos de interés, mediante una actitud proactiva en el día a día del HUD

VALORES

Vocación de servicio público, centrado en la atención a las personas
 Profesionalidad: trabajando con rigor y honestidad, compartiendo experiencia y conocimiento y evitando duplicidades
 Proactividad, colaborando con los servicios clínicos para la consecución de los objetivos conjuntos
 Transparencia: que permita asegurar la equidad
 Compañerismo, trabajando en la confianza
 Responsabilidad Social

MAPA DE PROCESOS, procesos operativos: Gestión de pacientes, Gestión documental y Asesoramiento en gestión

LINEAS ESTRATEGICAS: Personas, Atención Global, Gestión Ética, Profesionales e Innovación Organizativa que se despliegan en 19 Objetivos y 56 Acciones

Complejo Hospitalario Granada. Un hospital sin papel

Autores: P. Ruiz Díaz, F. Olgozo Moreno, E. Casado Diaz, A. Tristán Fernández, F. Morente Romero, L. Martínez Rosario

Palabras clave

Convergencia, Digitalización, Historia Digital, Eliminación papel, Sistema de Información.

Complejo Hospitalario Granada

Objetivos

Se describe el proyecto en la convergencia de dos centros, un hospital de especialidades y uno regional. Uno de los centros ya está completamente digitalizado. El otro centro comienza en mayo a digitalizar.

Se creó una estación complementaria a DIRAYA que a través de un visor permitía ver toda la documentación histórica digitalizada. Este visor tiene ámbito provincial. Permite usar en formato electrónico, los documentos que DIRAYA no contempla. Estos documentos se consensuaron con todas las unidades.

Material y metodología

El material es los documentos del grupo de trabajo. La metodología, descriptiva.

En 2013 se creó el grupo de trabajo, constituido por Médicos y administrativos de Documentación de ambos centros. En la actualidad, también personal de la empresa de digitalización.

Se digitaliza toda la documentación a excepción de la que ya existiera en formato digital o no fuera constitutiva de la historia. Cumplirían las normas de interoperabilidad.

El método de trabajo se desarrolló en las fases:

- Primero estado de situación de los archivos en ambos centros
- Segundo fomento del uso de la historia digital, no generar papel
- Tercero protocolo de digitalización
- Cuarto unificación de los Sistemas de Información y de las historias
- Quinto Digitalización y control de calidad
- Sexto eliminación del papel

Se unifican los sistemas de información de ambos centros y sus historias, garantizando la seguridad de la identificación de pacientes y no reenumerar el papel.

Se digitaliza e indexa la documentación en la Historia Digital. Se desarrolla el protocolo de control de calidad del proceso.

Paralelo a todas las fases, comunicación y formación a todas las unidades y profesionales de ambos centros.

Consulta a la Asesoría Jurídica del SAS y Agencia de Protección de Datos para garantizar la seguridad jurídica de la eliminación del papel una vez digitalizado.

Resultados y conclusiones

El objetivo principal era crear una única Historia Digital y un único Archivo Digital para el Complejo.

El Archivo e Historia digital únicos mejora la accesibilidad y continuidad asistencial de los ciudadanos y facilita el trabajo del profesional garantizando la seguridad de la información, eliminando papel.

Se hicieron sesiones de formación a todos los profesionales sobre la Historia Digital (DIRAYA). Fomentando su uso correcto.

Gestión de Camas de Hospitalización desde tu móvil

Autores: Recio Morales Salvador, Chups Rodríguez Ana María, Irala Pérez Fco. Javier

Objetivos

Diseñar una aplicación para dispositivos móviles sobre estado de ocupación de camas, para facilitar la toma de decisiones en la gestión del acceso a la Hospitalización de pacientes.

Material y metodología

Se ha diseñado una aplicación para dispositivos móviles (Android y IOS), con acceso a los datos que origina el Software de Gestión de Atención Hospitalaria (Diraya).

El uso de datos se realiza mediante servicio web, visible desde dispositivos móviles, sin detrimento de la seguridad como punto de vulnerabilidad. Únicamente accesible desde equipos corporativos.

El Servicio Web se desarrolló sobre protocolo estándar de mensajería XML llamada Simple Object Access Protocol. La app desglosa la información proporcionada para cada consulta en forma XML antes mostrarla al usuario.

La mayoría de pantallas contienen datos y requieren una o varias llamadas al Servicio Web. El proceso de conexión se ejecuta de forma asíncrona, con tiempos de espera que dependen de la velocidad de conexión del dispositivo utilizado. Cada terminal accede mediante la app al Servicio Web que cuenta con 24 consultas sobre la base de datos.

No muestra información de pacientes, evitando cualquier interferencia con la Ley Orgánica de Protección de Datos.

El perfil de usuarios del sistema se ha orientado a responsables de admisión, supervisores, jefaturas de guardia, jefaturas de servicio, U.G.C. y Directivos.

Se creó un grupo de trabajo interdisciplinar con objetivo de adecuar la aplicación a las necesidades de los usuarios.

Área de Gestión Sanitaria de Osuna,
Hospital de la Merced

Resultados

A través de un dispositivo móvil, se tiene información inmediata de: Estado de camas, altas previstas, preingresos, pacientes ectópicos, pacientes de larga duración, ubicaciones por modalidad asistencial (Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico, Hospital de Día Médico), disponibilidad por Servicio, U.G.C., controles de enfermería, planta, diferenciadas por sexo/edad y pacientes ectópicos del servicio y de otros servicios.

El aplicativo permite seleccionar la información según Hospital, servicio clínico, U.G.C. y controles de enfermería/plantas.

Conclusiones

De forma inmediata, mediante un dispositivo móvil, tenemos una visión del estado de ocupación del Hospital, de disponibilidad de camas y la previsión de altas, que nos ayuda a la toma de decisiones y gestión de ingresos procedentes de Urgencias, evitando demoras innecesarias de pacientes.

Digitalización de la Historia Clínica en un Hospital de nivel IV

Autores: Fco. Javier Irala Pérez, Encarnación Hidalgo Molero, Inmaculada Ferrete Gordillo, José Manuel Galván Puerta, Ana M. Chups Rodríguez, Salvador Recio Morales.

Palabras clave

Digitalización, Historias Clínicas, Archivo de Historias Clínicas.

Objetivos

Sustituir el soporte papel de Historias Clínicas mediante la digitalización y creación de un repositorio digital con integración en Estación Clínica de Diraya.

Facilitar el acceso a la documentación clínica, evitando errores de archivado y custodia, con medidas adecuadas de protección y seguridad de la información clínica.

Material y metodología

Disponíamos de 167.00 historias clínicas (HC) activas. Desde la Comisión de Historias Clínicas, consensado con Servicios Clínicos y apoyo de la Unidad de Archivo y Documentación Clínica, se seleccionó documentación a expurgar, a digitalizar y documentos residuales.

El servicio de Digitalización se contrató por Concurso Provincial (P.A. 47/2011) para los Hospitales de Sevilla, con especificaciones técnicas para clasificación, manipulación, digitalización, carga en repositorio de informes digitalizados de índices y datos e integración en el sistema de información corporativo.

Se utilizaron escáner de alto rendimiento A3 a dos caras. Se realizaron pruebas de digitalización, estimación de rendimientos, personal y tiempos, de procesos de preparación, expurgo, clasificación, indexación y revisión. Se optó por digitalizar toda la documentación, indexándola por carpetas de Consultas Externas y Servicio y episodios de Hospitalización.

La información digitalizada se incorpora a la historia del usuario, integrándose vía ESB, mensajería HL7 a través los perfiles definidos por la Oficina Técnica de Interoperabilidad de la Subdirección de Tecnología de Información de Servicio Andaluz de Salud.

Área de Gestión Sanitaria de Osuna,
Hospital de la Merced

La HC una vez digitalizada pasa a estado Pasivo Digital, se envía a Custodia y desaparece del circuito de préstamo.

Resultados

La estimación inicial de digitalización fue: 55 HC persona/día, 22.2 documentos por historia, y tiempo aproximado de 7,5 meses. Se emplearon 20 personas en turnos (Mañana y tarde). Comienzo del proceso en septiembre de 2014 y finalización en mayo de 2015.

Las imágenes son accesibles en el Visor de Historias Clínicas Digitalizadas a través de la Estación Clínica de Diraya.

Las incidencias sobre la documentación han sido escasas.

Conclusiones

- Se han digitalizado las Historias Clínicas Activas del Hospital en tiempo y forma estimado.
- La documentación de las Historias Clínicas esta accesible para los usuarios de la Estación Clínica Diraya de forma inmediata y con garantías de control de acceso y seguridad.

Eliminación del soporte papel en la Historia Clínica del Departamento de Salud Valencia-Dr. Peset

Autores: Del Monte Delgado, David; Romero Serrano, Ramón C.; Palau Muñoz, Pilar; Gil Herranz, Gema; Haya Fernández, Cristina

Objetivo

- Realizar un análisis de la documentación clínica de atención especDepartamento de Salud Valencia-Doctor Peset.
- Elaborar un proyecto para eliminar el formato papel y completar su totalidelectrónico.
- Digitalizar toda la documentación del archivo papel del Hospital Dr. Peset

Material

- Historia clínica en formato papel.
- Historia de salud electrónica (HSE)
- Historia clínica electrónica (HCE) Orión-Clinic.
- Sistema de gestión de historias clínicas digitalizadas Papiro.

Método

1- Análisis de la documentación en formato papel existente.

Estos documentos se clasificaron en varios grupos: Documentos que ya tienen una replica directa en la HCE de Orión-Clinic.

- Documentos que son susceptibles de ser incluidos en Orión-Clinic a corto plazo sin ninguna modificación en la aplicación.
- Documentos que desaparecen debido a la integración entre el Sistema de Información
- Ambulatoria en atención primaria y Orión-Clinic.
- Documentos que son susceptibles de ser incluidos en Orión-Clinic a medio plazo.
- Documentos que no son susceptibles de ser incluidos en Orión-Clinic a corto o medio plazo.

2- Plan estratégico para conseguir la retirada definitiva del papel

- Modificación de circuitos existentes no realizando nuevas aperturas de dossier.
- Digitalización de todas las Historias Clínicas en formato papel.
- Digitalización de la "documentación suelta".
- Digitalización de las diferentes colecciones documentales existentes en el archivo de custodia externa.

Hospital Dr. Peset Valencia

Resultados

- No se sirven historias papel.
- Se han digitalizado 2.181.773 documentos a fecha marzo 2015.
- Transformación paulatina del Archivo en un centro de tratamiento documental.

Conclusiones

- Disponer de una HCE totalmente implantada en la organización hace posible afrontar el reto de la desaparición definitiva del papel.
- Digitalizar e indizar de una forma rápida y eficaz toda aquella documentación que no pueda ser registrada en la HCE .
- Dejar de servir progresivamente, por parte del archivo la casi práctica totalidad de dossiers, mejora la eficiencia y reutilización del personal.
- La digitalización así mismo del archivo pasivo, ubicado en instalaciones fuera del hospital, permitirá un ahorro económico a medio plazo.

Normalización del circuito prequirúrgico en la Historia Clínica Electrónica Orion-Clinic

Autores: Palau Muñoz, Pilar; Gil Herranz, Gema; Haya Fernández, Cristina; Villanueva Zamora, Emilio

Introducción

El Hospital Universitario Dr. Peset es uno de los centros piloto en la impHCE corporativa Orión-Clinic.

Hospital Dr. Peset Valencia

Objetivo

Crear en la historia clínica electrónica de Orión-Clinic un módulo que incluya la inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica (LEQ) con la petición de protocolos de solicitud de exploraciones complementarias e interconsultas, que del estudio preoperatorio.

- Protocolo 3: Pruebas de laboratorio, interconsulta al servicio de anestesia, electrocardiograma y exploración radiológica.

Material y método

- Historia clínica electrónica Orión-Clinic.
- El médico entra en el módulo de inclusión en lista de espera de Orion-Clinic, y debe rellenar unos campos obligatorios:
 - Diagnostico de inclusión.
 - Procedimiento de inclusión.
 - Prioridad.
 - Tipo de programa.
 - Servicio.
 - Tipo de anestesia.

Resultados

Inclusión del paciente en la lista de espera quirúrgica desde Orion-Clinic con la posibilidad de solicitar mediante protocolos únicos todas las peticiones necesarias antes del acto quirúrgico.

Conclusiones

- Mejora y ahorro de tiempo del profesional en la solicitud de peticiones prequirúrgicas.
- Todas las exploraciones y sus resultados quedan en la HCE
- Se pueden asociar a la inclusión exploraciones previas evitando la repetición de las mismas, y por lo tanto mejorando la eficiencia del sistema.
- Se evita la petición de exploraciones no indicadas, al estar normalizadas mediante protocolos.
- Actualización de la LEQ con el informe preanestésico de apto o no apto.

Posteriormente accede a una pestaña de "últimas pruebas del paciente" y desde aquí puede:

- Ver la fecha de las últimas pruebas de laboratorio, del último electrocardiograma, de las últimas imágenes radiológicas y de la última valoración preanestésica.
- Asociar alguna de dichas pruebas a la inclusión de forma que no tengan que repetirse.
- Solicitar nuevas pruebas tanto de forma independiente como formando parte de protocolos.

Los protocolos que contiene el módulo son los siguientes, con la posibilidad de ampliarse según las necesidades de los servicios:

- Protocolo 1: Pruebas de laboratorio.
- Protocolo 2: Pruebas de laboratorio, interconsulta al servicio de anestesia y electrocardiograma.

Discordancias evidenciadas entre el Real Decreto 81/2014 de Asistencia Sanitaria Transfronteriza y el Real Decreto 1207/2006 sobre Fondo de Cohesión de las Comunidades Autónomas

Autores: García Sanguino, A.; Ramos Martín-Vegue, A.J.; Cruz-Bermúdez, J.L.; Albarracín Serra, A.; Codesido López, M.

Palabras clave

Asistencia transfronteriza, SIFCO, Fondo de Cohesión, asistencia sanitaria, derechos de los pacientes.

Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda

Material y método

Se analizan y se comparan el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación; y el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

3. Sin embargo, el Fondo de Cohesión permite, una vez autorizada la asistencia, mayor equidad en el acceso a la misma ya que no requiere el pago inicial por parte del paciente. Mientras que la Directiva Europea beneficia a los estratos sociales más privilegiados porque conlleva la anticipación del pago de la asistencia por parte del paciente, aunque posteriormente sea reembolsada.

Resultados y conclusiones

1. Actualmente, en el Estado Español, no todos los ciudadanos puede elegir centro sanitario en sus Comunidades Autónomas con cargo a los fondos públicos, lo que sí contempla la Asistencia Transfronteriza. De igual forma, esta Directiva Europea permite la elección entre centro público o privado, derecho no otorgado a los ciudadanos españoles por el Fondo de Cohesión.
2. Las Comunidades Autónomas, a través del fondo de Cohesión, en la práctica no suelen autorizar que sus ciudadanos sean atendidos fuera de su comunidad en todas las prestaciones de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, autorizando, con carácter general, solo aquellas de las que carece. Sin embargo, la Directiva Europea solo deniega la autorización en caso de prestaciones no incluidas en la cartera común y en las complementarias; o si la atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional en un plazo que sea médicamente justificable.

Convergencia del Modelo Público Privado con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADOC)

Autores: Romero Campillos, A.; Barquilla Montejo, E.; Castillo Muñoz D.; Delgado Díaz D.; García Fernández R.; Luján Torres M. J.

Palabras clave

Modelo Público Privado, Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Modelo de gestión, FPI, Explotación de servicios no sanitarios, Empresa Concesionaria.

Introducción

Con la implantación de nuevos modelos de gestión público privados, la estructura y funcionamiento de los SADOC se han visto alterados, al depender su personal no sanitario de una Empresa Concesionaria con autonomía de gestión.

El Hospital Universitario del Tajo fue inaugurado en 2008 en Aranjuez (Madrid) bajo el modelo FPI, en el cual la construcción y explotación de servicios no sanitarios corresponden a una Empresa Concesionaria durante 30 años. La Comunidad de Madrid creó este modelo de acuerdo a unos Pliegos controlados por una Unidad de control (UTC).

Objetivos

Analizar los puntos de convergencia del Modelo FPI con un servicio de Admisión y Documentación Clínica.

Realizar una retrospectiva de experiencia con el modelo, a nivel de departamento.

Metodología

Se han analizado las actas de las reuniones del SADOC, así como las directrices generadas con los múltiples cambios de Dirección de la Concesionaria desde 2008.

Se han analizado las 385 penalizaciones a los administrativos de la Concesionaria desde 2008.

Resultados

Tras varios años de experiencia, la mayoría de los problemas no estaban descritos en los pliegos. Todas las penalizaciones económicas son debidas a servicios no recibidos o niveles de calidad mínimos. Ha sido necesario aclarar funciones en actas independientes a las comisiones mixtas.

Hospital Universitario del Tajo

Se realizan de media 5 amonestaciones económicas mensuales con gran repercusión en el ambiente laboral y sensación de bicefalia .

La subcontrata fue cesada por la Concesionaria ante la carencia de proveedores de administrativos especializados.

Conclusiones

La principal ventaja del modelo es la falta de cómputo de deuda pública a efectos de normativa europea (SEC 95).

Este modelo exige mayor motivación y compromiso que uno tradicional y requiere consenso escrito para poder alcanzar objetivos de satisfacción.

El FPI exige mayor volumen de organización con estándares de calidad e implicación del personal.

La UTC debe posicionarse en cada penalización y generar cambios de actitud, no sólo penalizaciones económicas.

Debe trabajarse bajo una política de no penalizaciones, para favorecer el ambiente laboral.

La Empresa Pública debe mantener siempre el control y la responsabilidad del SADOC, sin asumir riesgos que puedan influir en la satisfacción del paciente o del trabajador.

Proceso de certificación en ISO 9001 de una Unidad de Documentación Clínica y Admisión

Autores: Romero Serrano, Ramón C., Del Monte Delgado, David, Arasa Gastaldo, Esther; Sevilla Romero, Rosa; Ruiz Mañez, Ismael

Objetivo

La UDCA del Hospital Doctor Peset disponía de un procedimiento de gestión de calidad basado en el sistema de acreditación del Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS). Esta acreditación se consiguió en 2008 y posteriormente en 2012. Con la desaparición del mencionado Instituto, se decidió preparar a la Unidad para certificarse según la norma ISO 9001:2008, norma de reconocimiento internacional.

Material y método

En la Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Departamento de salud Valencia-Dr. Peset, existe desde hace años una cultura de gestión de la calidad, pero aun así la propia normativa ISO, obligaba a ser más riguroso con los temas documentales y de registro.

La implantación ha consistido en cuatro fases:

- 1.- Diagnóstico de situación
- 2.- Desarrollo de documentación
- 3.- Implantación
- 4.- Auditorías internas y externas

La fase más laboriosa fue la del desarrollo documental, que supuso la Elaboración/Actualización de la siguiente documentación:

- Manual de Calidad.
- Procedimientos Generales.
- Procedimientos, instrucciones de trabajo y protocolos específicos.

La siguiente fase consistió en la implantación del Sistema de la Calidad, conforme a la norma UNE-EN-ISO 9001:2008.

La auditoría interna es un requisito previo a la certificación y tiene como objeto comprobar el funcionamiento del sistema en el conjunto de la Unidad.

Tras la realización de la auditoría interna y subsanar las desviaciones detectadas durante la misma, se procedió a contactar con la Entidad de Certifica-

Hospital Dr. Peset Valencia

ción con el fin de obtener la certificación de calidad según norma ISO 9001:2008 mediante la auditoría externa.

Resultados

Obtención del certificado por parte de la UDCA del Hospital Doctor Peset según la norma ISO 9901:2008.

Conclusiones

La certificación ISO 9001 de una Unidad de Documentación Clínica y Admisión es posible mediante este método.

El trabajo continuado sobre políticas de calidad favorece la adaptación a diversas metodologías de certificación y acreditación

El clima laboral, que se estima tiene un impacto directo del 30% en el resultado, se ve favorecido por las actividades participativas y grupales desarrolladas. Este modelo exige mayor motivación y compromiso que uno tradicional y requiere consenso escrito para poder alcanzar objetivos de satisfacción.

El FPI exige mayor volumen de organización con estándares de calidad e implicación del personal.

La UTC debe posicionarse en cada penalización y generar cambios de actitud, no sólo penalizaciones económicas.

Debe trabajarse bajo una política de no penalizaciones, para favorecer el ambiente laboral.

La Empresa Pública debe mantener siempre el control y la responsabilidad del SADO, sin asumir riesgos que puedan influir en la satisfacción del paciente o del trabajador.

Herramientas imprescindibles en el Sistema de Información para una gestión de camas eficiente en tiempos de crisis

Autores: García Fernández, R.; Castillo Muñoz, D.; Delgado Días, D.; Romero Campillos, A.

Palabras clave

Sistemas de información, Ocupación de camas, Gestión de camas, Índice de ocupación, Organización eficiente, Crisis.

Introducción

Uno de los recursos hospitalarios más importantes es la cama. En tiempos de crisis este recurso se hace todavía más valioso debido al coste económico que lleva implícito, generando la necesidad de una gestión eficiente.

Cuando la ocupación de cama hospitalaria sobrepasa el 85%, la sensación de crisis o colapso hace que los sistemas de información de gestión de camas sean fundamentales.

El Hospital Universitario del Tajo en Aranjuez (Madrid), ha desarrollado herramientas imprescindibles para la gestión de sus 98 camas.

Objetivos

Desarrollar y perfeccionar herramientas eficientes en la gestión de camas.

Realizar un análisis retrospectivo de los indicadores de gestión de camas del hospital.

Material y Metodología

El sistema de Información de gestión de camas del hospital se implanta progresivamente desde su inauguración en 2008, incorporando las siguientes herramientas:

- Historia Clínica Electrónica con herramientas útiles como la prealta. Reunión de Mesa de Camas adaptada (mínimo 2 semanales).
- Criterios Direccionales rigurosos de asignación de cama por prioridades.
- Sistema de comunicación centralizado con enfermería y servicios médicos para la gestión de la "cama caliente".
- Cuadro de Mando de cama "on line" con necesidades totales y disponibilidad.

Hospital Universitario del Tajo

Se ha realizado un análisis exhaustivo de la ocupación de camas, junto con otros indicadores desde 2009 a 2014, teniendo en cuenta que el número de camas ha sido el mismo.

Resultados

Se relaciona el aumento progresivo de la población y actividad con un aumento del índice de ocupación anual (de 83,8% a 88,3%), manteniendo en 2014 una estancia media depurada del 5,6 con un índice de sustitución de 1,4 y un índice de rotación de 4,1.

Se objetiva que en los tres últimos años la ocupación de camas ha sido próxima al 90%, a excepción del período estival.

Conclusiones

Adaptar y perfeccionar las herramientas comunicativas de gestión de camas, favorece el análisis y la toma de decisiones en tiempo real.

Un sistema de información de gestión de camas eficiente, permite mantener índices de ocupación por encima del 85% dentro del marco de seguridad del paciente, gracias a la implicación y buena comunicación del personal.

Gestión propia versus subcontratación en la codificación de los episodios de hospitalización. Impacto de la implementación de la Historia Clínica Electrónica.

Autores: JL. Bernal¹; A. Moreno²; MJ. Gallego²; L. Mancha²; C. González²; MM. López²

Palabras clave

Codificación de las altas, Historia Clínica Electrónica.

Introducción

La Historia Clínica (HC) está sometida en hospitales de todo el mundo a procesos de informatización, que implican la sustitución escalonada del formato convencional, manuscrito sobre papel, por un repositorio electrónico de datos relativos al estado de salud del paciente, almacenados en formato estandarizado e independiente del sistema utilizado.

En este contexto, se ha estudiado el impacto de la informatización de la HC sobre la codificación de los episodios de hospitalización y si la subcontratación durante parte del periodo analizado de un porcentaje significativo de las altas ha condicionado dicho impacto.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (N=202.995; enero 2010 - septiembre 2014), contrastando mediante Análisis de la Varianza (ANOVA) la igualdad de las medias de códigos de diagnósticos y procedimientos por episodio (variable dependiente) registradas antes, durante y después de la informatización de la HC (primeros semestres de 2010, 2012 y 2014, respectivamente), así como, durante el periodo en que estuvo vigente la subcontratación (diciembre 2011-agosto 2013), por personal propio (54,96% de las altas) y de la empresa subcontratada (45,04%).

¹ Servicio de Análisis de la Información para la Gestión Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre.

² Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Para ajustar las diferencias de edad, peso medio y comorbilidad, se ha estimado un modelo de regresión lineal múltiple (RLM), utilizando todas las altas (estándar de referencia), y se ha calculado la Diferencia Ajustada por Riesgo (DAR = número observado de códigos – número esperado), sobre la que se ha contrastado mediante ANOVA la hipótesis inicial. Además, se han calculado las diferencias de codificación por casuística y funcionamiento.

Resultados

La media bruta de códigos por episodio (10,5) es mayor en el periodo post-informatización que en el de implementación (9,78) y, en éste, mayor que en el previo (9,35). Las DAR (0,16; -0,13, -0,23, respectivamente, $p < 0,01$) obtenidas del ajuste de RLM ($R^2 = 0,63$) y las diferencias ajustadas por funcionamiento (0,22; -0,14, -0,23) confirman estos resultados. Sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas en las altas codificadas con medios propios y subcontratados ($p > 0,5$)

Conclusiones

El número medio de códigos de diagnósticos y procedimientos por alta aumenta con la informatización de la HC; pero no cambia según quién los haya codificado.

Plan de formación CIE 10 MC adaptado a un Hospital de nivel IV

Autores: Inmaculada Ferrete Gordillo, Encarnación Hidalgo Molero, Fco. Javier Irala

Palabras clave

CIE-10, formación.

Objetivos

Elaborar un plan de formación en codificación con CIE-10 adaptada a la casuística de nuestro hospital, para facilitar el cambio de clasificación para el año 2016.

Material y métodos

Se utilizó CMBD Hospitalización, Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) y Hospital de Día Médico (HDM) 2013-2014 codificado con CIE9-MC 9ª revisión, 8ª edición – Enero 2012 y CIE9-MC 9ª revisión, 9ª edición – Enero 2014. Se utilizaron las variables de diagnóstico / procedimientos principal y secundarios.

Se revisó normativa 2015 CIE10ES Diagnósticos V2, notas de codificación, Manual de Referencia CIE-10-ES Procedimientos V3 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y AHA Coding Clinic for ICD-10-CM and ICD-10-PCS (3T 2013 y 4T 2014). Equipo de trabajo: Médico documentalista y Técnicos en Documentación Sanitaria.

Se codificó mediante la eCIE-Maps – CIE-10-MC y eCIE-Maps CIE-10-PCS.

Resultados

En el Hospital se codifican una media anual 2.892 diagnósticos diferentes. De diagnósticos principales se seleccionaron 72 (50.0% del total), el 67.8% correspondían a Hospitalización, 26.1% a HDQ y 6.1% a HDM. De diagnósticos secundarios se seleccionaron 362 (50.0%), 72.6% de Hospitalización, 25.1% de HDQ y 2.4% de HDM.

Hospital de la Merced, Osuna

De procedimientos se codifican una media anual de 735 diferentes. De procedimientos principales se seleccionaron 24 (70.0%), 18.7% de Hospitalización, 58.9% de HDQ y 22.3% de HDM. De procedimientos secundarios se seleccionaron 50 (70.5%), 22.9% Hospitalización, 54.1% de HDQ y 23.0% de HDM. Se realizan tres seminarios semanales de 1 hora de duración. Se codifican diagnósticos y procedimientos más frecuentes por cada uno de los integrantes. Se revisa, corrige y consensúa la codificación. Una vez finalizada esta fase se comenzará con la codificación de informes de alta.

Conclusiones

La selección de 72 diagnósticos principales y 362 diagnósticos secundarios con CIE-10-ES Diagnóstico permite la codificación del 50% de la casuística del hospital.

La selección de 24 procedimientos principales y 50 procedimientos secundarios con CIE-10-ES Procedimientos permite la codificación del 70% de la casuística del hospital.

La adaptación del sistema de formación a la casuística del centro, facilita y agiliza el proceso formación y cambio a la CIE-10-ES Diagnósticos y Procedimientos.

Impacto de la CIE-10 en la agrupación de pacientes

Autores: Caballero Lopez Fando I.; De Miguel Bohoyo P.; De Vicente Oliva M.; Manera Bassa J.; Rivas Flores FJ.; Gomez Delgado A.

Palabras clave

Casística, Clasificación pacientes, AP-GRD, APR-GRD, IR-GRD, Case Mix.

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Objetivos

Debido a la entrada en vigor de la CIE-10 los AP-GRD deberán ser sustituidos por un nuevo Sistema de Clasificación. Las alternativas que se presentan como más factibles son los APR-GRD y los IR-GRD, siendo el primero el que ha sido elegido.

El objetivo que se plantea es mostrar cómo ambos sistemas, que facilitan una información bastante similar tanto en cobertura de casos como en agrupación e identificación de las patologías tratadas debido al diferente eje de su algoritmo, más que excluyentes son complementarios.

Material y metodología

Dentro de un proyecto de investigación de 3 años, se agrupan las altas (75.859) del quinquenio 2009-2013 del Hospital Universitario de Fuenlabrada con los tres sistemas de clasificación de pacientes (AP-GRD, IR-GRD y APR-GRD).

El trabajo realizado tiene una doble vertiente, pues por un lado y mediante un análisis de correspondencias múltiples se ha estudiado la correlación de la información obtenida de los APR-GRD y los IR-GRD y, por otro, a través de la concordancia de las Categorías Diagnósticas Mayores de uno y otro sistema, se han identificado casos concretos que han sido objeto de análisis detallado.

Resultados y Conclusiones

El primer resultado obtenido del análisis de correlaciones múltiples es que, pese a la diferencia de enfoque del algoritmo de agrupación, ambos sistemas identifican las mismas patologías y grupos de pacientes con diferencias mínimas en la varianza de la información. El segundo resultado es que la información obtenida de ambos sistemas se complementa para dar a conocer de forma más precisa la casuística atendida, por lo que la propuesta sería usar ambos de forma rutinaria.

Hemos iniciado la continuidad de estos trabajos de investigación para identificar los factores predictivos de las complicaciones de los pacientes.

Medición del tiempo de codificación con CIE-10

Autores: Laraño Díaz, M^a Carmen; González Fresneda, Amparo; Casado Fernández, Eloisa; Ruiz Días, Pilar

Palabras clave

CIE 10, tiempo, codificación.

Objetivos

Conocer el tiempo medio de ejecución de la codificación con CIE 10 comparado con CIE 9.

Objetivo secundario: estimar los recursos de información y humanos necesarios para realizar una correcta codificación en tiempo y forma.

Material y metodología

Muestra aleatoria de Informes de alta de hospitalización del HUSC del primer trimestre de 2015.

CIE 10 electrónica del MSSSI Manuales de formación en CIE 10.

Normas oficiales de codificación Sistema de Información DIRAYA.

Recursos web de consultas médicas

Seleccionamos 40 informes de alta con diferente complejidad.

Repartimos homogéneamente entre 4 codificadores, que ya han realizado formación en CIE 10.

Hemos codificado cada episodio tanto con CIE 9 como con CIE 10, cronometrando el tiempo total de codificación del episodio con cada clasificación.

Diseñamos una plantilla de recogida de datos donde consta: Codificador, Número de informe, Número de diagnósticos, Número de procedimientos, Tiempo de ejecución total, en CIE 9 y en CIE 10, Número de consultas que realiza el codificador para asignar cada diagnóstico y procedimiento y Número de revisiones.

Calculamos el tiempo total y tiempos medios empleados con CIE 9 y con CIE 10.

Hospital San Cecilio

Resultados y Conclusiones

Cumplimentamos las 40 plantillas, calculamos los tiempos de codificación empleados, obteniéndose un tiempo total para diagnósticos con CIE 9: **165.5**, con CIE 10: **327.4**; tiempo medio para diagnósticos con CIE 9: **16.6** minutos; con CIE 10: **32.7** minutos. Tiempo total de procedimientos con CIE 9: 72.2 minutos; con CIE 10: **263.4** minutos

Tiempo medio de procedimientos con CIE 9: **7.2**; con CIE 10: **26.3**.

Concluimos que con CIE 10 aumenta el tiempo de codificación con relación a CIE 9 en un 60%, por ello estimamos que es necesario un incremento necesario del personal codificador.

Destacamos:

El número de consultas y revisiones, de diagnósticos y procedimientos que hubo que realizar con CIE 10, lo que contribuyó decisivamente a aumentar los tiempos de codificación.

El significativo aumento del tiempo total y medio empleados en codificar.

La necesidad de contemplar un periodo de entrenamiento en la planificación de ésta tarea para el próximo año.

Claves para la codificación de la Sección D Radioterapia con CIE-10-ES Procedimientos

Autores: Velasco Jiménez, J.; Ramos Martín-Vegue, A.J.; García Sanguino, A. ; Cruz-Bermúdez, J.L. ; Albarracín Serra, A.; Codesido López, M.

Palabras clave

CIE10, CIE-10-ES, CIE-10-PCS, PCS, ICD-10-PCS, radioterapia, codificación procedimientos, secciones complementarias.

Objetivo

Establecer un conjunto básico de claves que faciliten la codificación de la Sección D Radioterapia (D00-DWY) mediante CIE-10-ES PROCEDIMIENTOS.

Material y metodología

Se analizan el Manual de Referencia CIE-10-ES Procedimientos (borrador 2015) y CIE-10-ES Procedimientos (versión preliminar 2014) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, traducción del original *ICD-10-PCS Reference Manual and ICD-10-PCS Coding Guidelines* y del *ICD-10-Procedure Coding System (ICD-10-PCS) CMS.gov. Centers for Medicare and Medicaid Services*, respectivamente.

Resultados y Conclusiones

1. La 1ª posición corresponde a la letra D.
2. La 2ª posición se denomina Sistema Orgánico y todo el organismo se agrupa en 15 grandes sistemas. Se ha creado un Sistema solo para la mama (M), separándolo de la piel (H), que compartían sección en la Médico-Quirúrgica, y un gran sistema musculoesquelético (P) que agrupa los sistemas J a S de la sección 0.
3. La 3ª posición determina la Modalidad de Tratamiento: radioterapia externa (0), braquiterapia (1), radiocirugía estereotáxica (2) y otra radiación (3).
4. La 4ª posición establece la Localización Anatómica.

Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda

5. La 5ª posición detalla el Calificador de Modalidad y expresa las distintas formas en que se usa las altas dosis de energía requeridas para dañar al material genético de las células tumorales impidiendo su división.
6. La 6ª posición determina el isótopo que se usado exclusivamente para la Braquiterapia. Actualmente en España se usa Iridio-192, Yodo-125 y Paladio-103, y generalmente a alta dosis (5ª posición= 9). Para esta modalidad de tratamiento la 7ª posición es siempre Z.
7. La 7ª posición es un calificador que solo se usa para determinar la Radioterapia Externa intraoperatoria.

De forma resumida podemos establecer que para codificar Radioterapia Externa, una vez establecido el sistema orgánico y la localización anatómica, hay que conocer si es intraoperatoria: 5ª posición= 3; 6ª posición=Z y 7ª posición=0. Si no es intraoperatoria, se determinará la energía según los Mev: 5ª posición= 0, 1, 2; siendo siempre la 6ª y 7ª posición=Z. Para codificar la Radiocirugía Estereotáxica, una vez establecido el sistema orgánico y la localización anatómica, hay que conocer el Calificador de Modalidad de 5ª posición: fotones, partículas o Rayos Gamma. La 6ª y 7ª posición siempre son Z.

Definición de subconjuntos en SNOMED CT

Autores: Giménez, Vicente Miguel, Maldonado, José Alberto, Robles, Montserrat

Palabras clave

Interoperabilidad semántica, SNOMED CT, enlace terminológico, modelos de información, arquetipos.

ITACA, Universitat Politècnica de València

Objetivo

Desarrollar un motor de ejecución para el nuevo lenguaje (*SNOMED CT Expression Constraint Specification Language*) propuesto por la IHTSDO para la definición de subconjuntos en SNOMED CT. Este lenguaje está diseñado para enlazar las terminologías con modelos de información clínica tales como formularios o mensajes electrónicos.

Hemos desarrollado un motor de ejecución para este lenguaje, disponible en versión beta vía web en <http://diebosto2.pc.upv.es:8080/SnomedQuery/>.

El motor incluye un validador sintáctico, un validador semántico basado en el modelo de conceptos de SNOMED CT y un evaluador de expresiones. A pesar del gran tamaño de SNOMED CT, más de 300000 conceptos y más de un millón y medio de relaciones, los tiempos de respuesta son prometedores. En el futuro se prevé incluir el motor en la plataforma de normalización LinkEHR para la edición avanzada de modelos de información de historia clínica expresados como arquetipos.

Material y metodología

Las expresiones del lenguaje se construyen básicamente haciendo uso de operadores de restricción, que permiten navegar por la jerarquía de especialización de SNOMED CT (ascendentes, descendientes), junto con operadores booleanos (AND, OR, NOT) y operadores sobre conjuntos como la conjunción, disyunción y exclusión. Además permite hacer referencia a cualquier subconjunto ya definido previamente. Partiendo de la especificación del lenguaje hemos desarrollado un motor de ejecución implementado en JAVA y, sobre Neo4J, una base de datos orientada a grafos.

Resultados y Conclusiones

Los modelos de información clínica (arquetipos, plantillas, modelos de referencia) deben enlazarse con terminología clínica para poder definir exactamente su significado y contenido. Por un lado, las terminologías permiten definir el significado de las estructuras de información contenidas en los modelos de información clínica, por ejemplo para especificar que un campo es el diagnóstico principal o la medida de la glucosa en sangre. Por otro lado, en numerosos casos debemos restringir el conjunto de códigos (subconjuntos) que un campo puede contener, por ejemplo especificar que el posible conjunto de diagnósticos principales debe ser un tipo de diabetes mellitus. SNOMED CT Expression Constraint Specification Language permite especificar ambos tipos de enlaces.

Auditoría de la codificación del proceso asistencial integrado cáncer de cervix

Autores: María Rosana López Fernández, María Luisa Martín Correa, Inmaculada Orihuela González, María Mercedes López Torné, Catalina Ramos Rivas, Fernando Antonio Zafra Vaca.

Palabras clave

Cancer de cervix, CIN II, CIN III, Codificación.

Hospital de Motril-AGS Sur de Granada

Objetivo

El objetivo principal de nuestro estudio ha sido analizar todos los casos que forman parte dentro del Proceso Asistencia Integrado de Cáncer de Cervix y comparar el diagnóstico del informe de alta con el diagnóstico final de anatomía patológica, así como la auditoría de la codificación.

Material y método

Se realiza un estudio retrospectivo en el que se analizan el total de episodios de CIN I, CIN II, CIN III y neoplasias malignas de cervix de pacientes ingresadas en el año 2014 en el Hospital de Motril - AGS Sur de Granada.

Se recogen datos de los pacientes de los que hemos analizado el diagnóstico en el informe de alta, el diagnóstico en la hoja de anatomía patológica, y si está bien o mal codificada comparada con el informe de alta.

Resultados

Se encontraron 33 casos que cumplieran estos criterios.

- Diagnóstico en informe de alta: CIN I (0) CIN II (11) CIN III (18) Neoplasia maligna de Cervix uterino (4)
- Diagnóstico en informe anatomopatológico: CIN I (3) CIN II (6) CIN III (14) Neoplasia maligna de Cervix uterino (5).

Encontramos discrepancia en 5 casos entre el informe de alta y la anatomía, ya que el resultado anatomopatológico ha sido ausencia de neoplasia.

De las 33 historias analizadas 25 estaban bien codificadas, y 8 tenían errores en su codificación.

Conclusiones

Observamos que existen bastantes diferencias entre los diagnósticos de los informes de alta y los diagnósticos del informe de anatomía patológica.

En los informes de anatomía patológica aparecen tres casos de CIN I que no aparecían en los diagnósticos de los informes de alta.

Las ausencias de neoplasia son debido a que dos eran ampliación de bordes, una era una disociación cito-colposcopia y tres eran debido a que en la biopsia previa se quitaron esas células malignas. Hacemos hincapié en la importancia de codificar las neoplasias con la confirmación del informe anatomopatológico, especialmente en las patologías objeto de este estudio.

Hemos observado que la mayoría de los errores de codificación eran derivados de la hoja quirúrgica, ya que el diagnóstico era distinto al del informe de alta.

Definir un “Episodio Documental” es clave para clasificar documentación escaneada en Historias Clínicas electrónicas activas.

Autores: JL Bilbao, C. Peredo Fraguas, A. Lobato García, Eloísa Canga, F. Rojo Roldan, M. Gómez Gutiérrez

Palabras clave

Episodio documental, documentación escaneada, digitalización.

Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"

Objetivos

- Mejorar la usabilidad para los clínicos de las historias clínicas electrónicas que contienen documentación escaneada.
- Digitalizar, mediante escaneo, 4 millones de documentos combinando imágenes de diferentes orígenes (analógico, digital) en el mismo episodio documental.

Material y metodología

Desde hace más de 10 años compartimos un modelo de Historia clínica mixta, con documentos de origen analógico y documentos de origen digital. Para estos últimos usamos visualizadores documentales y el conjunto de documentos están agrupados por carpetas, episodios y tipo de documento. La historia clínica tradicional en papel tiene una ordenación clásica episódica y cronológica.

Estamos en la fase de sustitución definitiva del archivo tradicional, que empezó a funcionar como archivo único en 1974, con 400000 historias activas (ya se han digitalizado en los últimos 15 años 150000 pasivas de pacientes fallecidos).

Se ha diseñado un procedimiento de digitalización que asegure una correcta ordenación y clasificación de los documentos que permita a los clínicos una consulta de la información intuitiva y lo más próxima posible al procedimiento habitual en soporte papel.

Fases del proyecto:

1ª Taxonomía documental, categorías realizadas en relación con la función significativa del documento.

2ª Identificación de los documentos a conservar.

- Aspectos legales
- Aspectos de calidad, conservación y estado.

3ª Redefinir los episodios del SIH (Sistema Información del Hospital) en lógica documental, con criterios diferentes para cada tipo de episodio ingreso, consulta, Hospital de día, etc

4ª Clasificar y ordenar los documentos en base a los episodios documentales redefinidos.

5ª Diseño de la fase de producción.

6ª Diseño del control de calidad de todo el proceso.

Conclusiones

La escasa usabilidad de las historias escaneadas puede permitirse en historias pasivas, el reto de mantener historias activas que surgen de diferentes niveles de digitalización nos obliga a redefinir conceptos. Los episodios documentales permitirán clasificar, integrar y ordenar documentos de origen analógico, escaneados, con aquellos que se produjeron en el mismo episodio asistencial y de origen digitales.

Estratificación de pacientes crónicos mediante información sanitaria oficial

Autores: De Miguel, Pablo; Caballero, Isabel ; Rivas, Francisco J. ; Manera, Jaime ; De Vicente, M^º Auxiliadora; Gómez, Ángel

Palabras clave

Agrupador poblacional, morbilidad, cronicidad.

Objetivos

Demostrar como la información de carácter oficial es suficiente para lograr una adecuada identificación de los pacientes crónicos.

Material y metodología

La población a estudio comprende las poblaciones de Fuenlabrada, Humanes y Moraleja. Población asignada 225.000 habitantes. Área compuesta por hospital general y 8 centros de salud. Los datos corresponden al año 2012.

En primer lugar se establecieron todas las fuentes de información disponibles. Se han obtenido datos de atención primaria, hospitalización, CMA, consultas externas, urgencias, HDM y farmacia de atención especializada con la estructura y lenguaje necesario (CIE-9) para ser procesada. También se incluye información poblacional. Edad, sexo, centro de salud, médico de primaria. La información se procesa con el agrupador poblacional 3M™ Clinical Risk Grouping Software.

Durante el periodo de estudio fueron codificados en la primera agrupación 5.351.679 contactos de 197.589 pacientes, de estos únicamente pertenecían al área de Fuenlabrada 186.298 de los que se obtiene su CRG. En la segunda agrupación se han incluido 3.399.891 contactos pertenecientes 174.433 pacientes, 164.498 de los cuales pertenecen al área de Fuenlabrada y se obtiene su CRG.

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Resultados y conclusiones

Se obtiene y compara el perfil de enfermedades presente en la población de Fuenlabrada usando por una parte la información disponible de forma rutinaria por ser de obligado cumplimiento (oficial) como la totalidad de la información disponible.

El porcentaje de pacientes crónicos que obtiene la información oficial es de 22,9% mientras que toda la información llega hasta el 27,6%. Este resultado permite conocer los pacientes susceptibles de ser incluidos en los programas de atención a pacientes crónicos. Se concluye que el uso de información exclusivamente oficial nos lleva a estratificaciones de crónicos aceptables. Estamos trabajando en un nuevo diseño que nos permita identificar a los pacientes en riesgo de empeorar su cuadro de forma que se pueda planificar actuaciones de mayor eficiencia.

Efecto e impacto de la implantación de DIRAYA en la gestión quirúrgica

Autores: Fernando Antonio Zafra Baca, M^a Mercedes López Torné, Catalina Rivas Ramos, María Benavides Vera, Adolfinia Alcalde Burgos, Josefa Rodríguez Solera

Palabras clave

Cuantitativo experimental, DIRAYA, registros quirúrgicos, AGD, sistemas de información.

AGS Sur de Granada

Objetivos

- Analizar el impacto de la implantación de DIRAYA Hospitalización en los sistemas de información.
- Identificar en los diferentes sistemas de información del AGS Sur de Granada, a los pacientes intervenidos durante el primer trimestre de 2015, de las patologías de neoplasias de colon (Servicio de Cirugía General) y osteoartritis de rodilla y cadera (Servicio de Traumatología).
- Comparar entre los dos grupos la evolución de la información en la gestión quirúrgica.

Material y metodología

Se realizó un diseño cuantitativo experimental, de los denominados "post", que se caracteriza por no disponer de ninguna medición de la preintervención, ya que se asume que ambos grupos son perfectamente equivalentes antes de la intervención y, por lo tanto, los dos estarían sujetos al mismo grado de cambio inducido por factores externos al programa. De este modo, cualquier diferencia entre ellos en el resultado postintervención representaría el efecto de la intervención.

Para analizar el impacto de DIRAYA, se compararán cuatro listados quirúrgicos para cada uno de los grupos señalados anteriormente, los cuales son: parte quirúrgico, listado de intervenciones realizadas y listado de gestión quirúrgica dentro de la aplicación DIRAYA y el listado de bajas en la aplicación de la gestión de la demanda (AGD).

En los materiales utilizados para este estudio, se utilizó el paquete estadístico R- Comander.

Resultados

- Neoplasias de colon (grupo cirugía), porcentajes de registros incompletos de pacientes según listado:

• Parte quirúrgico -->	12,5%
• Intervenciones realizadas -->	20,83%
• Gestión quirúrgica -->	4,16%
• AGD -->	4,16%

- Osteoartritis de rodilla y cadera (grupo trauma), porcentajes de registros incompletos de pacientes según listado:

• Parte quirúrgico -->	5,26%
• Intervenciones realizadas -->	40,78%
• Gestión quirúrgica -->	2,63%
• AGD -->	2,63%

Conclusiones

- Se está perdiendo parte de información quirúrgica, dependiendo del listado de estudio.
- Siendo el listado de intervenciones realizadas, el que acumula mayor porcentaje de error, aunque este porcentaje es prácticamente más del doble en traumatología debido a que no se cierran las hojas quirúrgicas.
- El listado más fiable de DIRAYA y con menor error es el de gestión quirúrgica, que coincide con las bajas AGD.

Cumplimentación de las Historias Clínicas de Urgencias en Centro de Salud Rural

Autores: Cadena Mora, Juliana Lysette; Amat Hernández, Isabel; Moreno Ruiz, Pedro; Sanchez García, Mariano; Rojas Sanchez; Ana, Gea Lázaro, Lourdes

Objetivos

Conocer el grado de cumplimentación de las historias clínicas de urgencias en un centro de salud rural, donde no hay administrativo, ni celador-conductor en horario de urgencias.

Materiales

Estudio observacional, descriptivo. Historias clínicas de urgencias en formato de papel de un centro de salud rural. Se recogieron datos teniendo en cuenta los criterios de calidad de consenso de sociedades científicas, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG, SEPEH Y FAECAP. Datos administrativos, Número de Filiación o DNI. Tipo o lugar de asistencia. Completo 4 ítems. Incompleto 3 o menos. Antecedentes personales. Tratamiento actual. Examen físico. Plan de actuación: tratamiento a seguir. Destino al alta. Identificación facultativo.

Resultados

Datos de 272 historias. Al 100% faltaba algún dato administrativo. El 79,86 % de datos de filiación no recogidos. Los antecedentes personales del paciente, enfermedades y tratamiento no están presentes en un 84,53%. El motivo de consulta sí está presente en un 92,44%. La exploración física está ausente en el 27,34%. No se realizan pruebas complementarias (e.c.g., tira de orina) en un 99,28%. El tratamiento de urgencias solo lo recibe un 41.27%. El juicio clínico está ausente en el 4,68%. El plan de actuación solo está completo en el 27.70%. Facultativo se identifica correctamente en el 25,53%.

Hospital General Básico de Baza

Conclusiones

- Es muy deficiente la cumplimentación de las historias clínicas en formato de papel.
- Los datos de filiación no aparecen recogidos de forma completa en más del 75 %.
- El motivo de consulta y el juicio clínico está recogido en un su mayoría
- El examen físico sólo se recoge en una cuarta parte.
- La identificación del facultativo no está bien o es ilegible en 75 % de los casos.
- Casi nunca realizamos pruebas complementarias en domicilio, o no las registramos.
- Debemos mejorar la cumplimentación de las historias clínicas cuando atendemos a los pacientes en su domicilio, teniendo cuidado en los datos administrativos y clínicos, ya que es un parámetro de calidad y habla de la delicadeza, la dedicación y el esmero con el que realizamos nuestro trabajo.

El Sistema de Información de un Hospital: nuevo camino en la mejora de su disponibilidad y transparencia

Autores: Sañudo García,S*.; Paniagua Tejo,T*.; Jiménez González,J.J.**; Hernández Sánchez A.B.*** Briz Fraile,M.J.*

Palabras clave

Sistema de información hospitalario. Transparencia informativa. Disponibilidad de la información clínico-asistencial. Open Data.

Introducción

El Sistema de Información Hospitalario (SIH) del Hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid, no disponía de una forma eficaz de transmisión de la información a los usuarios que tradicionalmente la venían recibiendo.

Además la entrada en vigor en 2013 de la ley de transparencia, y los modelos de open data, impulsaron esta necesidad, lo que unido a constitución de un Área sanitaria integrada, la Gestión por Procesos y el inicio de las Unidades e Gestión Clínica, demostraron que el SIH del hospital se estaba quedando obsoleto.

Objetivos

- Rediseño y actualización del Sistema de información del hospital en sus contenidos.
- Actualización del soporte del Sistema de información del hospital.
- Adaptación del SIH a la Ley de Transparencia.

Material y método

La Unidad de Estadística Asistencial del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) del hospital, impulso el proceso de rediseño del SIH. Comenzó con el equipo directivo, que lo validó y aceptó la estrategia de cambio planteada por el SADC. Se realizaron reuniones con los diferentes usuarios y se analizaron sus necesidades. Se incorporó el nuevo SIH en la página Web del centro, con acceso restringido mediante la plataforma Liferay Portal, en su versión community.

*Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

** Servicio de TIC.

*** Unidad de Comunicación.

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Resultados

El SIH del Hospital Universitario del Río Hortega, elaborado por el SADC, se estructura en tres bloques de contenidos: Sistema de información para la Comisión de Dirección, Sistema de información para los 39 Servicios Clínicos y Sistema de Información Pública. En ellos los conjuntos de datos, se categorizan en bloques temáticos, con catálogos presentados en índices. Se realizó también la gestión de permisos de acceso.

Conclusiones

El rediseño y actualización del SIH del hospital, supuso para el SADC un reforzamiento de su papel.

El cambio en el soporte del SIH y de su diseño, utilizando la página Web, ha sido fundamental para conseguir los objetivos propuestos, suponiendo una solución tecnológica y comunicativa eficaz con un coste mínimo.

En nuestra experiencia, constatamos como con los actuales requerimientos de transparencia, el SADC tiene un papel importante en el diseño de nuevos caminos para los Sistemas de Información clínico-asistenciales.

Evaluación del cumplimiento y cierre de la Historia Clínica Digital (DAH) según criterios del contrato programa

Autores: Peña Taveras, M.C; Martínez Cirre, M.C; Fernández Valdivia, A.; Martínez Tapias, J.; Ferrer Luque, J.B; Ruiz Díaz, M.P

Palabras clave

Historia clínica. Gestión Clínica. Control de calidad. Objetivos. Estudios de Evaluación.

Complejo Hospitalario Universitario de Granada

Objetivo

Comprobar grado de cumplimentación y cierre de los documentos de la historia digital (DAE) de los episodios de alta de hospitalización, en el porcentaje previsto en los objetivos del Contrato Programa (CP): Hoja de anamnesis (HA)>75%. Informe de Alta (IA) >75%. Hoja de Valoración de Enfermería (HVE)>75%. Informe de Alta de Enfermería (IAE) >75%. Hoja Quirúrgica (HQ).

HA mejor en servicios médicos. Destacando Cardiología (100%), Medicina Interna (100%) y digestivo (100%). En cambio, los servicios quirúrgicos no la rellenan y/o no la cierran, destacando Traumatología (100%), Neurocirugía (100%) y Cirugía general (100%).

IAE en Medicina Interna, Digestivo y Cardiología. Deficiente en Traumatología, CPediátrica y Neurocirugía.

Material y metodología

Altas CMBD de Hospitalización Octubre 2013. Muestreo Aleatorio y estratificado. Error: 5%. Confianza: 95%. Proporción: 50%. Población: 2.771 altas. Tamaño muestral: 340. Distribución estrato: por servicio, ponderado por número de altas. Se consultó el árbol desplegable de cada episodio de la historia digital DAE de la muestra, comprobándose "cumplimentación y cierre" de los HA, IA, HVE, IAE, HQ según procedimiento DAE y criterios del CP.

HQ es menos cumplimentada y cerrada en Traumatología, y más en Urología y CGeneral. En 110 altas no procedía y en 39 casos de los en que procedía la HQ no estaba cumplimentada y cerrada.

Cumplimentación y cierre según CP: HA cumplimentada y cerrada 30%, no cumple CP. IA el 93,8%, si cumple. HVE el 76,2%, si cumple. IAE 72%, no cumple. HQ (HQ+Preingreso) 59% no cumple CP.

Resultados y conclusiones

IA estaba cumplimentado y cerrado 319(93,8%) episodios y 21(6,2%) no (6M y 15Q). Destacan 21(6,2%) episodios contienen el IA, aunque no cerrados cuatro meses después del alta.

Recomendamos una estrategia de abordaje eficaz del problema, con sesiones informativas y formativas en las distintas unidades clínicas.

VIE estaba cumplimentada y cerrada en 259 episodios (76%), y no en 81 episodios (23 M y 58 Q). Hay 246 episodios (72,4%) con IAE. Faltando en el 90 (27 M y 63 Q) de los 340 procesos (26,5%). VIE es cumplimentada y cerrada más en Obstetricia, CGeneral, Neumología. Y menos en Traumatología, Neurocirugía y CPediátrica.

CLARA: Desarrollo de un Analizador del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) basado en una herramienta de business intelligence

Autores: Encarna Cámara Cascales¹, Oscar Valcuende Mantilla¹, Reinhard Wallmann¹, Fernando Rojo Roldan², Susana Gómez-Ullate Rasines¹, Luis Ansorena Pool¹

Palabras clave

CMBD, CIE, GRD, Data-Visualización, Indicadores, Estadística.

Objetivo

Desarrollo de una plataforma informática que a) permite la incorporación histórica y continua del registro de CMBD con su GRD asignado de toda la comunidad autónoma de Cantabria, b) realiza automáticamente el tratamiento estadístico del CMBD y c) sea accesible desde un entorno web y d) rápido y fácil de utilizar.

Material y metodología

Para el desarrollo de la herramienta se eligió la tecnología Qlikview. Se inició el trabajo en septiembre del 2013 siguiendo los siguientes fases en un tiempo de 3 meses: 1. Análisis de la estructura del CMBD; 2. Análisis del cálculo de los principales indicadores requeridos; 3. Realización del Script de compilación del CMBD; 4. Diseño y Maquetación de la interfaz gráfica para el usuario; 5. Establecimiento de la carga continua y validación de los datos; 6. Puesta en producción en un servidor central facilitando un acceso en entorno web y desktop; 7. Configuración y Perfilación de usuarios.

Resultados y conclusiones

Se ha conseguido importar un total de 1.487.999 casos, correspondientes a la hospitalización, actividad de hospital de día y cirugía ambulatoria y la hospitalización domiciliaria. Los casos representan la actividad asistencial realizada en los 3 hospitales públicos de Cantabria: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital Comarcal de Sierrallana y Hospital Comarcal de Laredo desde el año 2000 hasta el año 2015.

¹Subdirección de Desarrollo y Cálida. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. Santander. España

²Servicio de Admisión y Documentación Clínica, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Los principales módulos de los que dispone la plataforma son: Validación, Filtro administrativo, Filtro clínico, Módulo de Exportación de los datos y módulos de explotación y exportación de datos específicos como los POAs, Reingresos, Exportación para el Ministerio, Exportación para miCMBD.

Los principales indicadores y contajes que realiza CLARA son: N° Altas, Altas inliers, Estancia media, Estancia media inliers, Peso medio codificado, % Codificación, N° Altas IQ, EM Pre-quirúrgica, N° Altas codificadas, Tasa de Mortalidad, Media diagnósticos, Media procedimientos, Edad media, EMAF – Estancia media norma, IEMA - Bruta, Altas hombres, Altas mujeres. Todos los indicadores son ajustables por los principales variables categóricas, como Centro, Servicio, Categoría mayor diagnóstica, etc. Conclusión: Se ha desarrollado una herramienta que permite eficientemente el análisis y tratamiento estadístico del CMBD. Su uso es sencillo, intuitivo y muy rápido.

Acreditación del nivel 7 del Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) como herramienta de mejora de la calidad, seguridad y eficiencia asistencial en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Autores: Cruz- Bermúdez, J.L.; Albarracín Serra, A.; Leal López, J. ; García Sanguino, A; Ramos Martín-Vegue, A.J; Codesido López, M

Palabras clave

EMRAM, nivel 7, HIMSS, calidad, seguridad, eficiencia, HCE, TIC.

Objetivo

Definir y ejecutar un plan de proyectos TIC orientado a la consecución del nivel 7 de EMRAM, definido internacionalmente por HIMSS (*Healthcare Information and Management Systems Society*), para la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia asistencial.

Material y metodología

Se parte de las recomendaciones obtenidas en la acreditación del nivel 6 de EMRAM en octubre de 2013 y de la definición de aspectos a cumplir para la consecución del nivel 7, incluyendo aspectos como:

1. Incremento del nivel de utilización de los sistemas de información.
2. Hospital 100% sin papeles en sus procesos asistenciales.
3. Explotación de la información de gestión y clínica.
4. Intercambio de información clínica entre instituciones.
5. Recuperación ante desastres TIC y desarrollo de planes de continuidad de negocio.

Se elabora un plan de 80 proyectos en 4 programas de actuación, para su inicio en noviembre de 2013 y su finalización durante 2015. Se constituyen más de 20 grupos de trabajo y comités con implicación de más de 100 profesionales, incluyendo la realización de seguimientos con el Comité de Dirección del Hospital.

Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda

Resultados y conclusiones

Entre los 80 proyectos ejecutados y en ejecución, destacan:

1. Implantación de un sistema de administración segura de toda la medicación a pie de cama basado en movilidad y lectura de códigos de barras (BCMA). Se estima estadísticamente que este sistema implantado en hemoderivados permitirá evitar en los próximos 5 años 10 reacciones adversas graves y 1 muerte.
2. Eliminación completa del papel como soporte del proceso asistencial en el ámbito de Urgencias, mejorando la seguridad del paciente y la comunicación de los profesionales a través del sistema.
3. Estructuración y normativa de uso de la Historia Clínica Electrónica (HCE) para mejorar la usabilidad, la calidad y la seguridad del paciente. Se realizan renombrados masivos de procesos asistenciales y la definición e incorporación de procesos clínicos integrados y etiquetas diagnósticas en la HCE.
4. Definición de una arquitectura de sistemas para la explotación de la información clínica y el soporte a la toma de decisiones, basada tanto en la integración de datos estructurados como en el análisis del texto libre para el soporte a la codificación.

Estrategia hospitalaria de mejora en los indicadores del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Autores: Albarracín Serra, A.; Cruz-Bermúdez, J.L.; Leal López, J.; García Sanguino, A.; Ramos Martín-Vegue, A.J.; Codesido López, M

Palabras clave

Indicadores clínicos, CMBD, mortalidad, complicaciones, reingresos, seguridad del paciente.

Objetivo

El Observatorio de Resultados proporciona información sobre la asistencia sanitaria prestada en los hospitales del SERMAS mediante una serie de indicadores clínicos relevantes.

Estos indicadores analizan la efectividad, seguridad y eficiencia del proceso de hospitalización utilizando, entre otros, los indicadores de calidad y de seguridad hospitalarios desarrollados por la AHRQ y que están basados en la información contenida en el CMBD.

El objetivo de esta estrategia consiste en establecer una metodología de análisis interno de los indicadores del Observatorio obtenidos a partir del CMBD y que incluye la difusión de los resultados entre los gestores y profesionales sanitarios, el análisis detallado de los indicadores más relevantes para detectar potenciales problemas de calidad y la puesta en marcha de cambios organizativos para mejorar los resultados del hospital.

Material y metodología

1. Sesión anual de presentación de los resultados obtenidos por el hospital en comparación con el resto de hospitales.
2. Sesiones individuales de presentación en los servicios.
3. Monitorización mensual de los resultados en los indicadores que están basados en el CMBD.
4. Revisión periódica de historias clínicas en las sesiones de morbilidad hospitalaria y de los servicios.

Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda

5. Revisión de historias clínicas en aquellos indicadores en que el resultado del hospital es peor que el de la media de hospitales.
6. Establecimiento de propuestas de mejora.

Resultados y conclusiones

1. Los resultados obtenidos por el hospital en el periodo 2012-2013 son estadísticamente similares a los de la media de Madrid en la mayoría de los indicadores.
2. Durante el año 2014 se han presentado en sesiones estos resultados, se han analizado mensualmente los resultados obtenidos en los indicadores y se han propuesto actuaciones en determinados indicadores.
3. Las estrategias basadas en la difusión de los resultados con la implicación de directivos y profesionales permiten la identificación de áreas de mejora y la puesta en marcha de actuaciones que aumenten la calidad de la atención prestada a los pacientes.
4. La información del Observatorio constituye una herramienta que facilita al usuario ejercer su derecho a la libre elección sanitaria, proporcionando un mayor conocimiento de los centros asistenciales a los que puede acudir.

Un problema sanitario ante las enfermedades raras: los medicamentos huérfanos

Autores: Toledo Agua, Silvia; Cerezo Luque, Montserrat; Toledo Agua, María José

Palabras clave

Medicamento Huérfano; Enfermedades Raras; Coste Sanitario; Calidad; Comercialización.

Objetivo

Dentro del marco de la Unión Europea se entiende por "Medicamento Huérfano" aquel producto destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de una afección que ponga en peligro la vida o conlleve una incapacidad grave y crónica que no afecte a más de 5 personas/10.000.

Los medicamentos huérfanos pueden ahorrar a los sistemas sanitarios el coste de hospitalizar de por vida a enfermos crónicos, lo que resulta imprescindible sumar los días de asistencia hospitalaria. Con todo ello los objetivos principales son:

- Calidad de vida para el paciente.
- Difundir los conocimientos sobre las enfermedades raras y los medicamentos huérfanos para sensibilizar a la sociedad.
- Ahorro en el coste sanitario

Material y metodología

Hemos realizado un trabajo descriptivo, utilizando datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicaciones realizadas por el SAS, recogiendo datos de Orphanet que es un portal de información de referencia en enfermedades raras y medicamentos huérfanos y con ellos hemos realizado un análisis del problema que existe y su repercusión; además de los datos económicos que hemos recogido de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Resultados y conclusiones

El coste de los medicamentos huérfanos representa casi el 1% de los presupuestos farmacéuticos de la mayoría de los países de la UE. En nuestro país en los últimos cinco años, se han comercializado 57 medicamentos huérfanos, lo que supone el 83% de los autorizados por la Comisión Europea. De los medicamentos huérfanos comercializados hasta la fecha en España, destacan los destinados a oncología y endocrinología/metabolismo. En este segundo apartado se incluye el tratamiento de las metabopatías congénitas, enfermedades raras de origen genético sin tratamiento hasta ahora, por lo que estos fármacos constituyen una innovación terapéutica de primera magnitud.

Distribución geográfica del cáncer en el Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva

Autores: Fco Javier Delgado Alés¹; Susana Curiel Camacho¹; Miguel Porras Povedano²; Concepción Lombardo Martínez³

Palabras clave

Registro de Cáncer, CMBD, distribución geográfica.

Objetivo

Analizar la distribución del cáncer entre las distintas zonas geográficas básicas del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.

Material y metodología

A partir del análisis retrospectivo de los datos del CMBD del Hospital de Riotinto (entre los años 1996 y 2014) y para una base poblacional media anual de 73.753 según datos del INE, se realiza un estudio descriptivo de los principales tipos de cáncer por sexo en las cuatro zonas geográficas bien diferenciadas del Área Sanitaria Norte de Huelva (1. Cortegana-Cumbres Mayores; 2. Sierra de Aracena; 3. Valverde-Calañas y 4. Cuenca Minera). Tienen una población similar (entre 16.000 y 19.000) e ingresos hospitalarios proporcionales.

Resultados y conclusiones

1. La distribución por sexo del cáncer es del 59% en hombres frente al 41% de mujeres.
2. La edad media del primer ingreso por cáncer es muy similar (69,6 años en hombres y 67,6 años en mujeres).
3. En la cuenca minera se produce el mayor porcentaje de casos respecto a la población de su zona, siendo en ambos sexos hasta el doble que la de la Sierra de Aracena.

¹Unidad de Documentación Clínica del Hospital de Riotinto

²UGC Medicina Preventiva del AGS Norte de Huelva

³Atención a la Ciudadanía del Hospital de Riotinto

4. Destaca en todas el cáncer de vejiga como el más frecuente en hombres (>20% -valor más elevado que la media nacional o europea-). Le siguen el de pulmón (15,87%), colorrectal (13,87%) y próstata (12,25%), con pequeñas variaciones en el orden entre las zonas.
5. En mujeres los valores entre las zonas son similares, siendo los más frecuentes el de mama (33%), el colorrectal (15,75%) y útero y cérvix (9%).
6. Los datos anteriores reflejan también la edad media tan elevada que tiene el área, y apenas refleja tendencias actuales de incidencia como cáncer de pulmón en mujeres jóvenes.

Análisis de la atención de los pacientes “sin permiso de residencia” en un Hospital General, utilizando IR-GRD

Autores: Rivas Flores, F.J; Gómez Delgado, A; de Miguel Bohoyo, P; Caballero López-Fando; Gómez Ibañez, Y; Navalón Cebrián. R

Palabras clave

Pacientes sin permiso de residencia. IR-GRD. Justicia asistencial. Coste asistencial. Frecuentación hospitalaria.

Justificación

El RD de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Sanitario modifica las condiciones de acceso a la asistencia sanitaria de determinados colectivos entre los que se encuentran los ciudadanos sin permiso de residencia (SPR). Se analiza el impacto de este cambio en un hospital de agudos en una población con alta presencia de población inmigrante.

Objetivo

Establecer la frecuentación, patología y severidad de los pacientes extranjeros sin permiso de residencia siendo el grupo control los pacientes con financiador SS de igual edad y sexo en un hospital general.

Material y metodología

Se analizan todos los pacientes dados de alta en el HFLR del año 2013 incluidos en los grupos financiadores 850 y 856 y se comparan con los pacientes con financiador SS. Para comparar el impacto asistencial se utilizan el agrupador IR-GRD, que estratifica por severidad. Se analiza igualmente la frecuentación en Urgencias agrupada por especialidades. Se realiza análisis estadístico estándar.

Resultados

En este periodo las altas hospitalarias han sido 15053, 106 (SPR) (0.70%). Urgencias atendidas totales 12890 (1464 -1.21% SPR), ingresando principalmente en Obstetricia (35%); MIR 20% y Pediatría 10%.

Hospital Universitario Fuenlabrada

En el análisis de la casuística, los pacientes se agrupan más en el grupo IR 2 (severidad moderada): 1.37%; IR 1: 1.05; IR3: 0.75%; La estancia media en el grupo de estudio es mayor (6.44 vs 4.49). Se analiza la casuística por servicios e índice de severidad.

La tasa de ingresos es similar en ambos grupos.

La edad media de atención para los pacientes SPR es menor en todas las especialidades siendo hasta 23 años menor en el grupo de adultos.

La frecuentación de los SPR en Urgencias es el 1.21%

Conclusiones

La atención a los pacientes SPR representa un volumen poco significativo en número concentrándose en el grupo de severidad moderada presentando estancia media mayor en todas las especialidades, lo que incide en el coste medio. Por otro lado no se detecta una utilización abusiva de los recursos hospitalarios (urgencias y hospitalización), desmontando esta creencia popular, dado que prima la justificación clínica en la asistencia a estos pacientes ajustándose a lo establecido en el RD.

Impacto de la codificación en la Hospitalización a Domicilio

Autores: Begoña Román Alonso; M^a Carmen Garde Orbaiz

Palabras clave

GRD – Hospitalización – Domicilio – Procedencia – Ingreso – Destino – Alta – Osakidetza

Hospital Universitario Donostia, de San Sebastián - OSAKIDETZA

Objetivo

Mejora y optimización de los recursos destinados a la Hospitalización a Domicilio (HaD) analizando su actividad mediante un seguimiento de los diagnósticos atendidos, tratamientos empleados, duración media de las atenciones domiciliarias y el peso GRD que ello supondría.

Material y metodología

MATERIAL: Informes de alta que HaD elabora para los pacientes y Programa de codificación e inclusión de datos en el CMBD – Conjunto Mínimo Básico de Datos.

METODOLOGÍA:

- Recogida de los informes de alta que realiza el servicio de HaD
- Creación de un CMBD específico e independiente del Hospital de Agudos
- Codificación de la actividad de la HaD en el CMBD específico
- Creación de informes y resúmenes de la actividad orientados a la mejora de la gestión

Conclusiones

Antes de 2014 se desconocía el impacto de este servicio en la actividad total del Hospital de Referencia. Desde que hemos codificado la actividad de la Hospitalización a Domicilio en el CMBD se disponen de datos que permiten gestionar los recursos técnicos y humanos necesarios para una equilibrada atención sanitaria. Datos como:

Diagnósticos tratados

Duración de la atención extra-hospitalaria: estancia

Peso de los GRDs y complejidad que suponen en el servicio

Edad media de los pacientes de este servicio

Motivo al alta de la Hospitalización a Domicilio

Quedan abiertas mejoras a introducir optimizar aún más la gestión, como por ejemplo, incluir un campo que informe del origen del ingreso: procede de hospital de agudos, directamente de urgencias, derivado por la unidad de crónicos, de consultas externas o ambulatorias.

Resultados

La HaD soporta el 3,7% de la Complejidad total del Hospital de Referencia. Los principales tipos de cuidados de las 2.367 altas registradas en HaD en 2014, con una edad media de 69 años, han sido:

Detalle por tipos de cuidados	Nº Altas	Estancia media	Complejidad
Control inicial en Hospitalización a Domicilio	861	8,89	981
Continuidad Control Clínico	530	18,44	895
Cuidados Paliativos	395	13,28	832
Retirada de Catéter Vascular	240	1,78	407
Tratamiento Quimioterápico	134	2,10	161

Ciudadanos, criterios para dar respuesta a sus solicitudes

Autores: Serra Altés, Marta; Sardá Jansà, N; Vidal Romo, N

Palabras clave

Actuaciones de respuesta, solicitud de documentación clínica, atención al ciudadano.

Objetivo

La creación de criterios básicos y claros para poder responder de manera rápida y estandarizada a cualquier duda, consulta o petición realizada por un ciudadano en cualquiera de nuestros centros.

Material y metodología

Se analizaron las peticiones que durante el año 2013 recibieron las Unidades de Atención al Cliente (UAC), de nuestros 6 centros sanitarios, por parte de los ciudadanos y las dudas que dichas solicitudes generaban a los profesionales.

Según la vía de acceso, se distribuyeron en tres grupos: presencial, telefónico o e-mail. Respecto al contenido, se clasificaron según tipo de petición en: solicitudes de documentación clínica de pacientes, ya sean menores, tutelados o éxitus, ubicación de pacientes, cambios de visitas y justificantes. Una vez analizados todos los casos, y de acuerdo a la actual normativa en Protección de Datos, se elaboró un manual de uso interno para los profesionales, el cual contiene en forma de algoritmos de decisión todas las actuaciones y respuestas a las solicitudes de los ciudadanos. Para facilitar su comprensión se ha definido según colores: en verde para determinar la solución correcta o en rojo la prohibición, así como pictogramas para identificar las vías de acceso.

Grup SAGESSA, GINSA

Resultados y conclusiones

En abril del 2014 fue aprobado por parte de la dirección general y publicado en la intranet el "Manual de criterios de respuesta para las solicitudes realizadas por los ciudadanos", a raíz de ello, todas las direcciones de centro del grupo incluyeron el documento en las formaciones internas. Se realizaron un total de 14 sesiones con el objetivo que los profesionales pudieran resolver sus dudas al respecto dando pie a incorporar nuevas actuaciones y mejoras, convirtiéndolo así en un documento abierto y cercano.

En conclusión, dicha publicación, dio por zanjada una reivindicación que nuestros profesionales llevaban tiempo reclamando, unas directrices ágiles, fáciles y visuales para poder aplicar en cualquiera de las peticiones que recibían diariamente sin vulnerar la privacidad de los ciudadanos.

Servicio de Admisión, Documentación Clínica y Atención a la Ciudadanía (SADAC): como nos ven en el hospital

Autores: L. Martínez Rosario; P. Ruiz Díaz; A. Tristán Fernández; E. Casado Fernández; F. Morente Romero

Palabras clave

Conocimientos del SADAC, cartera de servicios, calidad, opinión.

Complejo Universitario Granada

Objetivos

Conocer la opinión de los profesionales de las distintas Unidades del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (HUSC) en relación al funcionamiento y organización del Servicio de Admisión, Documentación Clínica y Atención al Ciudadana (SADAC).

Las unidades más conocidas e identificadas como parte del SADAC por los profesionales del Hospital son la de Información, Admisión y Documentación. Las Unidades menos conocidas e identificadas como SADAC son la Unidad de Participación Ciudadana, Trabajo Social y Administrativos Asistenciales. No se percibe un servicio unificado, sino diferentes partes.

Material y metodología

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y transversal. Hemos utilizado una grabadora de voz y un cuestionario.

La valoración global que hacen los profesionales del hospital del SADAC es de un notable alto.

Se elaboró el cuestionario de la entrevista. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas claves del hospital, en función de la categoría profesional, cargo y relevancia en su relación con nuestro servicio.

Destacan la competencia en general de profesionales y apertura de la Unidad de Documentación al resto del Hospital.

Las entrevistas se grabaron en audio con un entrevistador/a y un observador/a. Se realizó un análisis de contenido y se triangularon los datos.

Las propuestas de mejora: Mejorar la gestión de agendas, la información a la ciudadanía, los espacios del SADAC, las salas de espera para familiares y para ambulancias, comunicación interna y externa, la prealta y la accesibilidad del proceso quirúrgico.

Resultados y conclusiones

Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas. Los entrevistados fueron: 1 Directora Médica, 1 Jefe de Servicio, 1 Supervisora de Enfermería, 1 Coordinador de la Empresa de Ambulancias, 1 Jefa de Grupo Administrativo, 1 Responsable de Mantenimiento, 1 Enfermera, 1 Auxiliar de Enfermería, 2 Facultativos Especialistas (FEA), 1 celadora.

Las categorías resultado del análisis son: Conocimiento del Servicio, Cartera de Servicios, calidad del servicio, infraestructura (espacios), fortalezas, debilidades, propuestas de mejora, valoración global.

RAE-CMBD y codificación clínica: ¿protección de datos de carácter personal?

Autores: Díaz Gallardo, Antonio Jesús; Vilarrasa Vargas, Ariadna; Castilla Domínguez, Emilio Jesús; Osuna Cortés, María del Carmen; Urán García, Juan Emilio; Isla López, Yolanda

Palabras clave

CIE10ES, CIE11, Codificación Clínica, Creencias, Datos de Carácter Personal, Rol Sexual, Protección de Datos, RAE-CMBD.

Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba

Objetivos

Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero. RAE-CMBD-Art. 5.3: En el registro no podrá figurar ningún dato relativo a la ideología, creencia, religión, origen racial, ni orientación sexual del paciente).

Principal: Comprobar la Existencia en CMBD Actuales de Códigos CIE9MC con Información Clínica Relativa a Datos Protegidos y Prohibidos por el Nuevo RAE-CMBD.

Adicional:

A) Trasladar Códigos CIE9MC a CIE10ES de Datos Clínicos Expresamente Prohibidos en RAE-CMBD (Rol Sexual y Creencias).

B) Cuestionar la Asignación de Estos Códigos CIE10ES en su Transcripción al Futuro RAE-CMBD.

C) Valorar Alternativas para la Información Clínica Correspondiente.

Material y metodología

- Selección en CIE9MC de Códigos V62.6, 302.XX (Excepto 302.7X)
- Mapeo Real a códigos CIE10ES: Z53.1, F64-, F65- y F66.
- Identificación y Cuantificación en CMBD de episodios con estos Códigos CIE9MC.
- Fuente de Datos: CMBD utilizados:
 - Fuente Histórico MSSSI: 1997-2013. (Diagnóstico Principal-DP)
 - 7 CMBD de 2014 y 2015 de Hospitales de Distintos Ámbitos y Niveles (DP y DS-Diagnóstico Secundario).

e) Se ha Seleccionado de Cada Fuente el número de Episodios, Independientemente del número de Códigos Elegidos que Contuviera.

f) Se ha Realizado Expresión Gráfica Mediante Excel® de los Valores Obtenidos, para una Mejor Visualización del Trabajo.

Resultados

Grupo 1 CMBD: Histórico 1997-2013: 1.025 Episodios. Grupo 2 CMBD 2014/2015 Varios Hospitales: 13 Episodios.

Conclusiones

- De la Normativa RAE-CMBD se Desprende que el Nuevo Registro NO Deberá Contener Códigos CIE que Hagan Referencia al Rol Sexual ni a las Creencias o Religión de los Pacientes Atendidos.
- Estas Asignaciones es independiente del % de Uso; Ningún Registro deberá contener estos Datos.
- Actualmente, los CMBD Estudiados, Sí Contienen Este Tipo de Datos, en CIE9MC.
- Bien es Cierto, que el Registro de Estos Códigos es Mínimo en los CMBD 2014/2015.
- Si Estos Códigos Diagnósticos No Podrán Ser Asignados, ¿Qué Alternativas Informativas Clínicas se Podrán Utilizar? ¿Y quién Lo Decidirá?
- Considerar que a este Respecto, la OMS en la CIE11 (Susan D. Cochran and Cols.) Se Propone Desclasificar Estos Conceptos de Rol Sexual y Utilizar Otras Categorías CIE.
- ¿Tendrá Derechos ARCO el Ciudadano en Estos Casos?.