

## Mesa 4. Experiencias en la aplicación de sistemas de información

### Comunicaciones orales

#### Efecto sobre la codificación ambulatoria, un año después de la informatización de la consulta externa

**T. Ros<sup>1</sup>, J. Pujol<sup>2</sup>, L. Teixell<sup>2</sup>, M. Pellegrero<sup>2</sup>, M. Rotllant<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Documentación Médica, <sup>2</sup>Dpto. Informática, <sup>3</sup>Dirección Médica. Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya, Hospital Creu Roja, Barcelona

**Palabras clave:** Diagnósticos. Procedimientos. Codificación. Ambulatoria.

**Introducción:** Si bien la codificación de los diagnósticos y/o procedimientos tras el alta hospitalaria está ampliamente extendida, obligada por los servicios de salud, con el CMBD, para su posterior agrupación en GRD, de la actividad ambulatoria se dispone de muy poca información sobre lo realizado. Actualmente se está trabajando en sistemas de agrupación de pacientes ambulatorios, pero para ello es preciso disponer previamente de una correcta codificación de diagnósticos y procedimientos.

**Objetivo:** Ver la evolución del nivel de cumplimiento en cuanto a la codificación de diagnósticos y procedimientos en la consulta externa, tras la informatización de dicha consulta.

**Material y métodos:** A partir de noviembre de 1999 se ha procedido en nuestro centro a la implantación progresiva de un aplicativo informático que permite, además de la gestión administrativa y asistencial en la consulta externa, la codificación por el propio médico, de los diferentes diagnósticos y procedimientos de la actividad realizada, en el momento de la visita. Para ello, y a manera de ayuda para la codificación, se consensuó con los diferentes Servicios un nº de diagnósticos (822) y procedimientos (298), en función de las patologías más usuales ambulatoriamente. Si un diagnóstico y/o procedimiento no se encuentra en dicha base de datos, se añade en lenguaje natural. Por medio de un mensaje dentro del mismo programa, éste se codifica en documentación, incrementándose así la base de datos.

En la actualidad la codificación de diagnósticos y procedimientos sólo es obligada en aquellos pacientes que se deban incluir en una lista quirúrgica y opcional en el resto de casos.

Para analizar la evolución de la codificación hemos comparado los índices de cumplimiento de codificación correspondientes a marzo del 2000 (fecha en que ya funcionaba correctamente el aplicativo) con los de marzo de 2001, después de un año continuado de funcionamiento (Tabla 1).

Asimismo hemos analizado el incremento de la base de datos de diagnósticos y procedimientos respecto al número inicial pactado con los diferentes servicios (Tabla 2).

**Resultados:** (Tablas 1 y 2).

#### Conclusiones:

- 1.El disponer de un listado de diagnósticos y procedimientos por servicio ayuda a la codificación de la actividad ambulatoria.
- 2.El uso del lenguaje natural en los diagnósticos y/o procedimientos facilita la implicación de los facultativos asistenciales.

Tabla 1.

	Marzo 2000	Marzo 2001	Incremento
Total visitas/mes	9.888	10.054	
Nºvisitas con Dx	377 (3,8%)	1.323 (13,2%)	250%
% ICD-9	88,6%	96,9%	9,3%

Tabla 2.

	Marzo 2000	Marzo 2001	Incremento
Diagnósticos	822	1.424	73%
Procedimientos	298	445	49%

## Aplicación de los *Ambulatory Patient Groups* (APG) a la atención de urgencias en los hospitales de Barcelona

**R. Muñoz<sup>1</sup>, J.M. Casanellas<sup>2</sup>, A. Conesa<sup>3</sup>, G. Gelabert<sup>4</sup>, P.Torre<sup>5</sup>, Ll. Vilardell<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, <sup>2</sup>Hospitals Vall d'Hebron, Barcelona, <sup>3</sup>Hospital Clínic, Barcelona, <sup>4</sup>Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues, <sup>5</sup>Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança, Barcelona

**Palabras clave:** APG. Case-mix. Urgencias.

**Introducción:** Se pretende analizar la información suministrada por los informes de alta de urgencias en 6 hospitales del área de Barcelona, así como evaluar la aplicabilidad de los APG en esta modalidad asistencial.

**Métodos:** Elaboración de un CMBD para urgencias. Selección de una muestra aleatoria representativa de altas, excluidos los ingresos. Codificación de diagnósticos (CIE.9.MC) y procedimientos (CPT-4, con selección previa). Aplicación del sistema APG a los episodios. Estudio de legibilidad de la fuente documental.

**Resultados:** Se han analizado 11.188 episodios. La edad media de los pacientes ha sido de 36±26 años, siendo el 27% de los pacientes menores de 15 años. La distribución por especialidades ha sido: Medicina 27%, Cirugía 25%, Pediatría 22%, Traumatología 18% y Ginecología-Obstetricia 8%. Quince diagnósticos identifican el 25% de los episodios, siendo los más frecuentes bronquitis aguda, gastroenteritis aguda, síndrome febril, resfriado común y otitis media. El 50% de los procedimientos son exploraciones complementarias sencillas. El 26% casos se agrupan en 5 APG: Gripe e infecciones de vías altas, enfermedad gastrointestinal aguda, trastornos oculares, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades cutáneas. El peso relativo medio es máximo en Cirugía (2,08) y mínimo en Pediatría (1,88). La comprensibilidad de los informes se ha considerado buena en el 39%, aceptable en el 46% y mala en el 16% de casos.

**Conclusiones:** El CMBD seleccionado es válido para conocer la casuística de urgencias. La agrupación en APG da resultados consistentes e interpretables. La CPT-4 parece excesivamente compleja para urgencias. La comprensibilidad de los informes puede ser un problema para la implantación de un sistema de clasificación. Deben valorarse los requisitos técnicos y humanos necesarios antes de aplicar APG en urgencias.

### La información en la toma de decisiones. La reingeniería de procesos

**F. Silvestre Pascual, E. Armañanzas Villena, J.L. Peris Beaufiles, P. Canals Ruiz, F. López Catala, R. Carbonell Sanchis, A. Marco Peiro**

U.D.C.A. Dirección Médica, Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Sagunto

**Palabras clave:** Reingeniería de procesos. Evaluación de servicios.

**Objetivo:** Realizar un análisis situación considerando el rendimiento del modelo organizativo vigente en el ámbito ambulatorio de la especialidad de Otorrinolaringología.

Detectar oportunidades de mejora, especialmente en flujos administrativos, documentales y asistenciales.

Proponer modificaciones en los aspectos priorizados.

**Introducción:** Los indicadores habituales del sistema hospitalario no permiten detectar las consultas inadecuadas por causa del mal funcionamiento de los circuitos. Por ello es necesario evaluar periódicamente los distintos circuitos de pacientes y cuantificar los procesos que engloban.

**Método:** *Población a estudio:* pacientes vistos en el área ambulatoria en la especialidad de ORL, durante el año 2000 y primer trimestre del año 2001. *Diseño del estudio:* transversal, descriptivo. *Ámbito del estudio:* consultas externas y centros de especialidades de la especialidad. *Herramientas de análisis:* de detección de problemas-grupos nominales, Isikawa causal, diagramas de flujo; y de priorización de problemas, en sesiones grupales.

**Resultados:** Se presentan diagramas de flujo de los circuitos (de pacientes y documental) de la situación de partida y final. Se amplían los pasos sujetos a modificación.

Los resultados obtenidos con las herramientas de detección de problemas son:

- Procesos quirúrgicos.
- Repetición innecesaria de al menos una consulta con idéntico objetivo en todos los procesos, con repercusión en el paciente, personal sanitario y admisión.
- Repetición de historia clínica: se elabora completa en dos ocasiones, centro de especialidades y consultas hospitalarias.

Los puntos mejorables son:

- Eliminar la doble consulta *preoperatoria*.
- Remisión desde el centro de especialidades de toda la documentación, determinada como necesaria para su asistencia hospitalaria.

Los indicadores reflejan una disminución de consultas desde que se implanta la reestructuración: (Tabla 1)

Tabla 1.

	Año 2000	Año 2001	Dif.
Febrero	1.305	1.249	-56
Marzo	1.363	1.184	-179

**Discusión:** Se reduce el consumo inadecuado de recursos humanos al eliminar consultas la repetición de consultas con el mismo objetivo

Los beneficios indirectos observados, aunque no medidos, se centran en calidad para el paciente.

Respecto a los profesionales, al disminuir el número de visitas con igual número de pacientes, es posible aumentar el tiempo de dedicación a otras consultas o actividades.

Es conveniente monitorizar y evaluar el impacto de las variaciones en otros centros de actividad tanto de la propia especialidad (quirófanos) como ajenos.

**Conclusiones:** La remodelación satisface a los profesionales y reduce repetición innecesarias de consultas.

### Estudio de la adecuación de los ingresos y estancias hospitalarias en dos servicios de medicina interna en un complejo hospitalario de 638 camas

**M. Romero Martínez, M. Martínez Pillado, J. Falagan Mota, J. Rosales Carballa, J. Grandes Ibáñez, T. Soto Mera**  
*Servicio Galego de Saude. Complexo Hospitalario de Pontevedra*

**Palabras clave:** Inappropriate hospitalization day. Length of stay. Appropriateness Evaluation Protocol.

**Introducción:** Una gran parte del gasto sanitario en España corresponde a atención especializada, y más en concreto, al funcionamiento de los distintos centros hospitalarios. La gestión de la utilización hospitalaria basada en actividades de revisión del uso apropiado hospitalario es una vía muy interesante para optimizar a utilización dos recursos. Existen una serie de pacientes que ingresan en los hospitales que pudieran haber sido tratados de forma ambulatoria o en instituciones con menor complejidad. Además, alguno de los días que permanece ingresado un paciente en un centro hospitalario podían no ser médicamente necesarios.

El objetivo del estudio fue estimar la magnitud de la utilización inapropiada de la hospitalización y describir las causas de estancias innecesarias en los servicios de Medicina Interna de dos hospitales generales de un mismo Complejo Hospitalario.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de las historias clínicas (HC) en los servicios de Medicina Interna (MI) de 2 Hospitales Generales de un mismo Complejo Hospitalario público. Se utilizó el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) para evaluar la adecuación de la estancia en diversos cortes de un día en un período de 21 días.

El tamaño de la muestra se calculó a partir de los ingresos adscritos a los dos servicios de MI con una precisión del 6% y para una prevalencia de inadecuación del 16% (porcentaje obtenido de la literatura española sobre revisión de estancias inadecuadas en servicios de Medicina Interna). El tamaño muestral fue incrementado en un 20% por posibles pérdidas. Se estudiaron 398 historias clínicas correspondientes a seis días de corte. La recogida de datos se efectuó en dos fases: 1. A través de los Registros de Censos diarios de Hospitalización (disponibles en los Servicios de Admisión) se identificaron los núm. de HC correspondientes a las estancias de los días muestrales seleccionados; 2. A través de las HC, exclusivamente, se extrajeron los datos.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables (hospital, día de la semana de la estancia muestreada, duración de la estancia, tipo de ingreso, edad del paciente, sexo, adecuación del día de ingreso, diagnóstico principal) con los estadísticos de tendencia central y dispersión habituales, incluyendo los correspondientes intervalos de confianza del 95% de medias o proporciones.

Se analizaron mediante pruebas de diferencias de proporciones la existencia de diferencias entre los dos servicios de MI.

Se realizó un entrenamiento previo con HC que no formaron parte del estudio y no se comenzó a revisar historias independientemente hasta que el nivel de acuerdo simple con el revisor considerado patrón no superó el 90%.

**Resultados:** No existen diferencias significativas entre ambos servicios de MI en cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes estudiados, ni el carácter de su ingreso o diagnóstico principal

El 14,5% de los ingresos y los 30,6% de las estancias hospitalarias evaluadas fueron calificados como inadecuados utilizando el AEP. Los dos servicios de MI presentan un 13,5 y 15,7% de ingresos inadecuados en un 20 y 45,2% de estancias inadecuadas. La mayor parte de los ingresos inadecuados son atribuibles a que las necesidades diagnósticas o terapéuticas podían ser atendidas como pacientes externos, y en las estancias se atribuyen a la responsabilidad del médico/hospital. En ambos casos las diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de inadecuación de ingresos y estancias hospitalarios de ambos servicios de MI. No obstante, el porcentaje tan elevado señalado al binomio hospital/médico deben obligar a ampliar este estudio al análisis específico de cada uno de ellos. Sin duda, entre las medidas a potenciar se encontraría la elaboración de guías clínicas, entre otros.

### CMBD en ausencia de registro de cáncer

**G.M. Rey García<sup>1</sup>, A. Mediero Domínguez<sup>1</sup>, J. Clofent Villaplana<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Unidad de Codificación Diagnóstica, <sup>2</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Mexoeiro, Vigo

**Palabras clave:** CMBD. Registro de cáncer.

**Introducción:** La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son enfermedades inflamatorias del intestino de etiología desconocida y de curso crónico. Afectan fundamentalmente a personas jóvenes, asociándose a una gran morbilidad, deterioro de la calidad de vida y un gran consumo de recursos sanitarios. Estos pacientes presentan además una supervivencia disminuida respecto a la población general asociada fundamentalmente a un aumento de mortalidad por cáncer colorrectal.

**Métodos:** Recogida de datos año a año mediante CMBD-H de todas las altas generadas en la red de hospitales del SERGAS del año 1995 al 2000. Casos incidentes por cruces de altas / diagnósticos de enfermedad inflamatoria intestinal con cáncer colorrectal.

**Resultados:** Se estimó la magnitud de la frecuencia de cáncer colorrectal asociado a enfermedad inflamatoria intestinal en Galicia utilizando la herramienta del CMBD-H mediante la eliminación de altas de cáncer colorrectal repetidas año a año.

**Conclusiones:** Valorar la utilidad del CMBD-H como fuente de datos incidentes, de supervivencia y mortalidad de cáncer digestivo en Galicia en ausencia de registro de cáncer.

### Sistema de información sobre pacientes de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica: el RNTI-SEOP

**R. Peris Bonet<sup>1,2</sup>, J. Sánchez de Toledo<sup>1,3</sup>, C. González<sup>3</sup>, V. Castel<sup>3</sup>, J. López<sup>3</sup>, B. Giner Ripoll<sup>1,2</sup>**  
<sup>1</sup>Registro Nacional de Tumores infantiles (RNTI-SEOP),  
<sup>2</sup>Instituto "López Piñero" (CSIC-UV), Valencia,  
<sup>3</sup>Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP)

**Palabras clave:** Neoplasias. Registros. Tasa de supervivencia.

**Introducción:** Actualmente, la comparación internacional de la supervivencia y su evolución en el tiempo constituye un sistema de monitorización de la asistencia al cáncer, extendido en Europa, Estados Unidos y otras áreas desarrolladas. La Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP), desde su inicio, en 1979, se dotó de un sistema de información, el Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP), con objetivos de analizar los pacientes asistidos, mejorar la epidemiología del cáncer infantil, apoyar la investigación clínica y monitorizar los resultados asistenciales de la oncología infantil en España.

**Objetivos:** Describir la evolución y resultados del RNTI-SEOP.

**Métodos:** El RNTI-SEOP es un registro central cooperativo, de base hospitalaria, con 40 centros informantes, notificación voluntaria, funcionando desde 1980. Los ítems por caso, definiciones y clasificaciones responden a las recomendaciones de la *International Agency for Research on Cancer*. Forma de seguimiento: activo. Indicador de exhaustividad de la cobertura: razón observados/esperados.

**Descripción de la casuística:** distribuciones de frecuencias; y tasas de registro brutas y ajustadas en áreas con cobertura exhaustiva. Indicador de *outcome*: supervivencia a cinco años (método de Kaplan-Meier y, para tendencias, log-rank).

**Resultados:** Casos registrados hasta 1999: 10.663. Principales grupos: leucemias, 24%; SNC, 18%; linfomas, 15%; simpáticos, 12%; óseos, 8%; sarcomas, 8%; y renales, 7%. La exhaustividad ha alcanzado en España el 70% (1990-98) (78% considerando toda la asistencia), y el 100% en cinco de comunidades. En éstas, la incidencia ajustada es 142 por 10<sup>6</sup>. La supervivencia global a cinco años, a ascendido de 53% (casos diagnosticados en 1980-82) hasta 70% (diagnosticados en 1992-94), con clara tendencia para todos los tumores. El riesgo de muerte en los cinco años tras el diagnóstico ha caído un 36%. La supervivencia global en las comunidades con cobertura poblacional es del 71%.

**Conclusiones:** Actualmente, el RNTI-SEOP es un sistema de información con características de base hospitalaria y poblacionales, que permite conocer la cobertura asistencial de la SEOP; respaldar la realización de protocolos; conocer la incidencia del cáncer infantil; y monitorizar los resultados asistenciales de la oncología infantil española, que son compatibles con los de países de referencia en nuestro entorno.

### **Análisis de los reingresos hospitalarios en 30 días tras un episodio programado de sustitución de la articulación de la cadera**

**A. Albarracín Serra, J. Rubio Flores, M.A. Gogorcena Aoíz, F.A. Jove Domínguez-Gil**  
Subdirección General de Desarrollo. INSALUD

**Introducción:** Los reingresos hospitalarios constituyen un indicador de calidad que facilita la detección de potenciales problemas en el proceso de cuidados hospitalarios que se presta a los pacientes, facilitando la identificación de los factores de riesgo asociados a los mismos así como el organizar medidas asistenciales y sociales encaminadas a disminuir su número.

**Objetivo:** Analizar el porcentaje de reingresos producido en el año 2000 en los hospitales del INSALUD en pacientes intervenidos de forma programada para sustitución de articulación de la cadera, en los 30 días siguientes al alta del episodio hospitalario.

**Método:** Se han seleccionado a partir del CMBD de hospitalización del INSALUD (2.000), los episodios con códigos de procedimiento de sustitución total de cadera, sustitución parcial de cadera y revisión de sustitución de cadera (episodios índices), cuyo tipo de alta fuera a domicilio. Se ha considerado como reingreso todo episodio de hospitalización de un mismo paciente en los 30 días siguientes al episodio índice cuyo diagnóstico principal estuviera relacionado con la asistencia prestada en el mismo, excluyendo exacerbaciones de enfermedades crónicas o ingresos planificados para tratamientos adicionales. Se han comparado diferencias entre los pacientes que reingresan o no tras la cirugía en cuanto a las variables edad, sexo, tipo de procedimiento y estancia hospitalaria del episodio índice. Las variables cualitativas se han analizado mediante la prueba de  $\chi^2$  y las variables cuantitativas mediante análisis de la varianza o la prueba de *Kruskal-wallis*, con un nivel de confianza del 95%.

**Resultados:** La tasa de reingresos tras cirugía de sustitución de cadera ha sido del 4,58%. Los diagnósticos principales más frecuentes del reingreso han sido complicación mecánica dispositivo ortopédico interno (21%), infección-inflamación prótesis articulación interna (6%) y otras infecciones postoperatorias (4%). Hemos encontrado diferencias significativas con relación a la edad y el tipo de procedimiento quirúrgico empleado y falta de relación en cuanto al sexo y la duración de la estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** La utilización de bases de datos administrativas como el CMBD facilita el análisis de indicadores de calidad asistencial como los reingresos hospitalarios, la identificación de factores de riesgo asociados y la implantación de medidas encaminadas a reducir este problema.

### **Datos del parto año 2000 en el C.H.A.**

**Marcide-N. Santos de Ferrol. Información extraída del C.M.B.D. hospitalario**

**G. Rodríguez Martínez, P. Mosteyrin Salgado, A. Fernas Seco, P. Molina Coll, R. López Boullón, M.T. Yáñez Blanco**

*C. H. Arquitecto Marcide-P. Novoa Santos, Ferrol*

**Palabras clave:** Parto. Codificación. CIE-9-MC. CMBD.

**Introducción:** Ante la importancia del GRD 373 en nuestro Hospital en el año 2000 (Parto sin complicaciones), que es el GRD más frecuente, y del GRD 372 (Parto con complicaciones), 5º GRD más frecuente, hemos querido conocer las características de los episodios de hospitalización que terminan en parto.

**Material y métodos:** el C.H. Arquitecto Marcide - Profesor Novoa Santos de Ferrol tiene 458 camas instaladas, y atiende un área de salud de 218.754 habitantes. Utilizamos el aplicativo SIHGA de codificación del C.M.B.D. de hospitalización como base para este estudio, así como el SIAC-HA (Sistemas de Información para Análisis Complejos de Hospitalización de Agudos) y explotando los episodios de parto (episodios de hospitalización con

diagnóstico secundario de la categoría V27) codificados con la CIE-9-MC, 4ª edición y agrupados por el sistema de clasificación de pacientes DRG-AP 14.1. Desde la implantación del CMBD-H en Galicia regulado por la orden de la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais del 7 de abril de 1993 (DOG nº77 del 26 de abril), se ha ido ampliando el formato CMBD, y se recogen más datos en cada episodio, así desde octubre del año 1999 se le ha añadido a estos episodios datos del producto del parto como semanas y días de gestación, peso, sexo y éxitus del recién nacido.

**Resultados y Conclusiones:** Así, con la explotación de estos datos podemos conocer con exactitud el perfil del parto en nuestro hospital.

En el año 2000 ha habido 1.106 partos con el resultado de 1119 recién nacidos, 13 fueron gemelares, de los RN vivos 573 fueron varones (51,67%) y 536 mujeres (48,33%); ninguna madre murió en el parto (tasa de mortalidad materna 0‰). La edad media de la madre fue de 30 años (rango entre 15 y 47), el peso medio del recién nacido fue de 3,278 kg, (rango entre 1,282-4,700 kg), la semana media de gestación 39+3 (rango entre 26 y 43 semanas); la estancia media (EM) del parto es de 5,20. 568 partos vaginales (EM 4.03), 233 ventosas (EM 5.06), 188 cesáreas (EM 9.30), 65 espátulas (EM 4,46) y 50 fórceps (EM 4,74). Media de diagnósticos por alta 3,74 (rango 2-20), media de procedimientos por alta 2,35 (rango 1-9). El código 650. (Parto normal) es el diagnóstico principal más frecuente (20,07%), además podemos conocer las madres portadoras de *Streptococos agalactiae*, Isoinmunización Rh, Diabéticas, Hipertensas, partos prematuros y postérmino, etc.

Nueve fueron los GRDs en los que se agruparon estos episodios, siendo el 373 el más frecuente, suponiendo el 58,95% de los casos, siguiendo en frecuencia el 372 (23,42%), 371 cesárea sin complicaciones (8,50%), 370 cesáreas con complicaciones (6,96%), representando estos cuatro el 97,83%.

### Sistema de información integrado: lista de espera, actividad quirúrgica realizada, CMBDAH

**R. Vallès<sup>1</sup>, M. Bonillo<sup>1</sup>, P. Navarro<sup>1</sup>, P. Mitjà<sup>2</sup>, M. Rovira<sup>1</sup>, E. Álvarez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Documentación Médica, <sup>2</sup>Servicio de Admisiones. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

**Palabras clave:** Lista de espera. Sistema de información. CMBDAH.

**Introducción:** El objetivo de esta comunicación es mostrar el circuito de entradas y salidas de pacientes en lista de espera para la gestión y priorización de ingresos.

La información de quirófano que sirve para dar salida a la lista de espera, es la misma que queda registrada en el CMBD.

**Métodos:** La información de cada paciente llega al Servicio de Admisiones a través de un documento papel que elaboran los propios facultativos, allí es introducido en lenguaje natural por un administrativo contra un diccionario elaborado, controlado y mantenido por el Servicio de Documentación, este diccionario tiene dos vertientes, una para diagnósticos y otra para procedimientos.

Hay dos maneras de salir de la lista de espera, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos no quirúrgicos salen por programa de ingreso, mientras que los quirúrgicos pueden salir del mismo modo o bien por la programación de quirófano. Los códigos de diagnóstico del paciente, pasan automáticamente a la hoja de solicitud de quirófano, si hay cambios, los descriptores pueden ser modificados en el servicio asistencial correspondiente.

La actividad realizada obtenida por el parte de quirófano, se codifica en el Servicio de Documentación y alimenta directamente el CMBDAH.

**Resultados:** La elaboración de estos datos se manda mensualmente al SCS.

Toda esta información sirve para seguimientos de grupos con tiempos y volumen de pacientes.

En caso de tiempos prolongados de espera, el SCS dispone de un mecanismo de alarma referido a quince diagnósticos principales.

**Conclusiones:** La integración entre la información de la lista de espera y la de la actividad realizada permite optimizar el control de calidad de nuestro sistema de información así como el del CMBDAH.

### Circuito de codificación de la consulta externa de atención primaria especializada

**M. Bonillo<sup>1</sup>, R. Vallès<sup>1</sup>, P. Navarro<sup>1</sup>, M. Rovira<sup>1</sup>, A. Soler<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Documentación Médica, <sup>2</sup>Servicio de Admisiones. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

**Palabras clave:** Atención primaria. Codificación. Calidad asistencial.

**Introducción:** El objeto de esta comunicación es mostrar el circuito que utiliza el Hospital de Sant Pau para la recogida, introducción y codificación de las variables de la consulta externa de la atención primaria especializada de su área de influencia.

**Métodos:** Dada la falta de conexión en red entre el hospital y el CAP, la actividad de las consultas se recoge en un documento papel que pasa al Servicio de Admisiones del hospital quien se responsabiliza de la introducción de los datos, tanto administrativos como clínicos, en un programa Acces.

A nivel clínico, los procedimientos y pruebas solicitadas son codificados con un catálogo desarrollado por el hospital. La codificación de los diagnósticos se realiza con la ICD-9-CM, los descriptores en lenguaje natural van contra un diccionario para su codificación automática en caso de coincidencia.

**Resultados:** Realizamos periódicamente una verificación de los códigos diagnósticos introducidos para la detección de errores en el diccionario.

Obtenemos tablas de actividad: tipo de visita, pruebas complementarias realizadas, derivaciones... desglosados por especialidad y por ABS con periodicidad mensual y anual, así como resúmenes globales de actividad mensual y anuales.

Se obtienen también tablas de diagnósticos desglosados por especialidad y ABS y sus resúmenes con la misma periodicidad.

Todos los listados y tablas obtenidos se envían al SCS y a cada uno de los profesionales responsables de la atención.

**Conclusiones:** La interrelación entre el hospital y el CAP supone un esfuerzo organizativo y de actividad importante que repercute en la mejora de la accesibilidad de los usuarios de AP tanto a las consultas como a las exploraciones complementarias.

Por otro lado la información elaborada por el Servicio de Documentación es una herramienta tanto para la mejora de la calidad asistencial como para la planificación y gestión de la atención primaria especializada del área de influencia del hospital.

## **SIDA, sistemas de información y coste en farmacia**

**C. Gamero González**

*Hospital de Torrecárdenas, Almería*

**Palabras clave:** SIDA. Coste. Farmacia.

**Objetivos:** Analizar los GRDs del Hospital Torrecárdenas del año 2000, asociándole su gasto en Farmacia obteniéndose de esta forma, una información mucho más exhaustiva y completa de estos GRDs.

**Material y métodos:** Partiendo del CMBD (conjunto mínimo básico de datos) del Hospital Torrecárdenas en el año 2000, se obtuvieron los GRDs específicos del Sida, cruzándole a esta información el gasto farmacéutico de los mismos. Una vez obtenida esta información se ha ido analizando del GRD 700 al 716 (que son los específicos del Sida), viendo el coste medio, coste total y peso en Farmacia.

**Resultados:** Los resultados analizados han sido de un total de 86 casos, con un coste medio total de 89.897 ocupando el cuarto lugar en coste medio total de nuestro hospital y el decimonoveno en coste total en Farmacia.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos para los GRDs del Sida asociados con su gasto en Farmacia en el año 2000 del Hospital Torrecárdenas nos muestran que los mencionados G.R.Ds tienen un coste total farmacéutico elevado con unos pesos ponderados para Farmacia considerables.

## **Información para el análisis de los costes económicos de la actividad asistencial por GRD**

**T. Soler Ros<sup>1</sup>, I. Arbusà Gusi<sup>2</sup>,  
M. Elorduy Hernández-Vaquero<sup>3</sup>,  
M. Matos García<sup>1</sup>, J. Peñarroya Agut<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Documentación Clínica, <sup>2</sup>Dirección Médica,  
<sup>3</sup>Servicio de Usuarios <sup>4</sup>Informática. Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

**Palabras clave:** GRD. Coste. Gestión.

**Introducción:** Facilitar la información necesaria para el estudio de los costes económicos que supone la asistencia de cada paciente es el objetivo, ya que entendemos que la gestión clínica se basa en las decisiones clínicas-asistenciales que se toman en los actos médicos.

**Métodos:** Toda la actividad asistencial: actos asistenciales, procedimientos, materiales, fármacos, etc., están especificados en prestaciones como unidad básica. La atención que el paciente recibe día a día se registra a través de estas prestaciones que a su vez tienen asignados sus correspondientes costes directos en tiempo real. Clasificamos en 10 grupos homogéneos las prestaciones que describen la actividad asistencial que los pacientes pueden recibir. Analizamos los costes totales y por grupo de cada paciente. Agrupamos a los pacientes por GRD HCFA para saber el coste total y medio de cada GRD y se realiza una explotación de la información por Servicio, Médico, Entidad pagadora, etc.

**Resultados:** El estudio de los distintos grupos de costes de los GRD más frecuentes en la actividad del Hospital, analizados de modo comparativo entre los diferentes facultativos, permite comprobar la variabilidad de los costes según la actuación de la práctica médica en pacientes similares.

**Conclusiones:** El análisis de estos datos comparativos ha sido útil para reflexionar sobre las distintas actuaciones médicas y tratamientos aplicados. Ha supuesto un impulso para promover la utilización de guías de práctica clínica y en definitiva ha mejorado la calidad asistencial a la vez que ha disminuido el coste de los procesos clínicos.