

Mesa 1. Líneas de trabajo en documentación médica

Comunicaciones orales

Aproximación a la codificación de urgencias hospitalarias

**E. Gosálbez Pastor, L. Soto Baca,
J.J. Albarracín Álvarez**
UDCA, Informática. Hospital la Fe. Valencia

Palabras clave: Urgencias hospitalarias. Codificación urgencias. Codificación automática.

Introducción: La codificación de urgencias es una tarea poco abordada en nuestro medio hospitalario. Si bien existen registros administrativos de forma generalizada la morbilidad se registra de forma desigual.

El área de Urgencias Centrales del Hospital La Fe (UCHF) atiende las urgencias de adultos excluyendo las obstétricas ginecológicas. El objetivo del presente trabajo es abordar la codificación de la morbilidad del UCHF, detectando las dificultades y los sesgos en la codificación.

Material y método: La base de datos administrativos de la UCHF registra los datos correspondientes a la morbilidad de la hoja de atención de urgencias siendo transcritos por el personal administrativo de la UHCF.

Utilizamos para la codificación la CIE-9-MC 4ª edición. Realizamos una codificación automática con la matriz de codificación del trabajo "Manual de codificación de urgencias hospitalarias" editado por la Conselleria de Sanitat en el año 2000 previamente actualizada a los códigos de la CIE-9-MC 4ª revisión.

La codificación automática se completo con la matriz de hospitalización del propio centro. Posteriormente realizamos una codificación manual de los términos mas frecuentes no existentes en dichas bases de datos.

Se realiza un estudio descriptivo de la base de datos administrativo-clínica de la UHCF en la que constan los códigos y las descripciones de los diagnósticos analizando los sesgos en la codificación en las diferentes variables explicativas: servicio de alta, motivo y destino al alta, etc.

Resultados: La base de datos de ingresos de la UCHF correspondiente al año 2000 consta de un total de 122.723 atenciones, de los cuales fueron codificados 68.817 que representan el 56% del total.

El capítulo más frecuente corresponde al de Lesiones y envenenamientos con un 24% de los diagnósticos codificados le sigue en frecuencia el capítulo Síntomas, signos y estados mal definidos con un 22%.

De los servicios responsables del alta existen diez servicios que representan el 72% de todas las altas de UHCF con una proporción de diagnósticos codificados entre el 56% y el 78%; siete servicios con el 23% de las altas se codificaron entre el 50%-55%; y once servicios con el 5% de las altas se codificaron entre el 23% y el 49%.

En los traslados, consultas y éxitos como de motivo de alta se aprecia una codificación baja, entre el 17% y el 35%.

Programa de calidad en el archivo de historias clínicas de un hospital

**R. Ruiz Tárraga, M. Aljama Alcántara,
C. Delgado Jiménez, F. Morilla Aceijas,
U. Paz León, M. Tejedor Fernández**
Sección de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Palabras clave: Medical records. Quality control. Quality indicators.

Introducción y objetivos: Con la finalidad de mejorar la gestión del archivo de historias clínicas, se decidió por el equipo desarrollar y evaluar la efectividad de un programa de calidad.

Metodología: Etapas que se siguieron:

- 1.Revisión bibliográfica.
- 2.Cinco sesiones de expertos con técnica de grupo nominal para identificación de los indicadores.
- 3.El programa se inició en el mes de febrero de 2000, adaptando el estándar recomendado por la Unidad de Calidad para todos los Servicios de nuestro centro. Tiene los siguientes elementos:
 - Misión.
 - Cartera de clientes externos e internos.
 - Cuadro de mando de actividad diaria.
 - Manual de procedimientos generales y específicos de más del 80% de todos los procesos y actividades.

- Monitorización de indicadores de calidad:
 - Custodia: a. Historias clínicas no localizadas. b. Demora en devoluciones de préstamos.
 - Oportunidad/puntualidad: Tiempo de entrega en solicitudes no programadas.
 - Calidad percibida: a. Opinión/satisfacción de nuestros clientes. Recogida directamente, mediante la técnica de grupo focal. Se utilizará en el futuro un cuestionario escrito. b. Evaluación de reclamaciones.
 - Disponibilidad: Préstamos de historias solicitadas.
- Registro, análisis y evaluación cualitativa conjunta por el equipo de las historias no localizadas.

Resultados: Tabla 1.

- Incremento continuado de la demanda
- Tasa de historias no-localizadas: 0,56%.
- Mejora de la percepción del servicio por los clientes: disminución del número de reclamaciones e incremento de la satisfacción
- Tiempo promedio de entrega en solicitudes no programadas: 32'.
- Tasa de préstamos: 76,26%.
- Promedio de demora en devoluciones de préstamos: 19 días.

Conclusiones:

1. La introducción del programa de calidad en el archivo de historias clínicas se mostró muy efectivo en la mejora del servicio, en los componentes custodia, disponibilidad, oportunidad y satisfacción del cliente.
2. El estudio abrió la posibilidad de incluir otros aspectos como la eficiencia que, aunque no evaluada, se percibe por el equipo como claramente mejorada.

Utilización del lenguaje documental vs lenguaje natural en las consultas de atención primaria

F. Silvestre Pascual, V. Tortosa Nacher, F. Almenar Roig, F. Vera Espallardó, R. de Tomás Olmos, F. Navarro Más

UDCA. Hospital de Sagunto, Servicio de Aseguramiento. Conselleria de Sanitat. Unidad de Recursos Humanos. Conselleria de Sanitat, Centro de Salud Puerto de Sagunto, UDCA. Hospital de Sagunto, Informática. Hospital de Sagunto, Valencia

Palabras clave: Lenguaje documental, Codificación en Atención Primaria, Utilizar la información.

Objetivo: Realizar un análisis de situación de la utilización del lenguaje documental en los sistemas informatizados de la atención primaria del área de Sagunto.

Introducción: Uno de los objetivos del sistema de información de área es facilitar el intercambio de información clínica relevante entre niveles asistenciales para lograr una atención integral del paciente. Diseñar el subsistema de información que permita dicho intercambio requiere un alto nivel de recopilación de datos y de su codificación.

Método: Tipo de estudio descriptivo. La población a estudio son los registros de información clínica -diagnósticos y procedimientos- de los profesionales de un centro de Salud. Corresponde al periodo de implantación del SIS informatizado SIAPWIN (3 años). Variables a estudio: número de pacientes atendidos, total de diagnósticos en la base de datos, diagnósticos codificados, y diagnósticos con texto libre.

Se analiza: el número de casos con/ sin codificación. Tasa de repetición de códigos. Se valoran diferencias por estamento profesional. Los resultados hallados motivaron analizar los motivos de déficit de uso del sistema para ello se utilizó la técnica de grupos de discusión.

Resultados: Tabla 1.

- Síntesis de los datos obtenidos.
- Síntesis de los grupos de discusión:
- Falta de ordenadores en el momento de atención al paciente.
- Inseguridad y lentitud en la utilización del sistema y desconocimiento general del uso de la CIE.

Tabla 1. Síntesis de los resultados obtenidos

	Médicos	Enfermería
Número profesionales	22	22
Ordenadores en consulta	10	9
Pacientes atendidos	28.098	
Expresiones diagnósticas informatizadas	8.398	5.473
Diagnósticos codificados	2.223 26,5%	3.778 69%
Diagnósticos texto libre	6.157 73,3%	1.699 31,4%

Tabla 1.

Mes	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	totales
Nº de peticiones	18043	21899	14725	18425	19428	14452	9840	17277	18271	20652	13819	186831
Nº de préstamos	12916	15011	10778	13493	14629	10719	7368	13964	15536	16885	11171	142470
% de préstamos	71,6	68,5	73,2	73,2	75,3	74,2	74,9	80,8	85,0	81,8	80,8	76,26
Nº informaciones	4785	5963	3856	4879	4753	3702	2457	3285	3370	3715	2630	43395
% informaciones	26,5	27,2	26,2	26,5	24,5	25,6	25,0	19,0	18,4	18,0	19,0	23,23
No localizadas	337	332	91	53	46	31	15	28	40	55	18	1046
% No localizadas	1,87	1,52	0,62	0,29	0,24	0,21	0,15	0,16	0,22	0,27	0,13	0,56
Nº devoluciones	16157	20542	16223	18778	18857	15238	11843	17103	18896	21202	16564	191403
Peticiones tfno	1424	1716	1305	1500	1328	1320	1203	1208	1202	1436	1007	14649
% teléfono	7,9	7,8	8,9	8,1	6,8	9,1	12,2	7,0	6,6	7,0	7,1	7,84
Reclamaciones	4	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	14

- Inseguridad en la correspondencia entre el código y su diagnóstico.
- Síntomas, signos, aproximaciones diagnósticas que no concuerdan con ninguno de los códigos introducidos en el sistema informático.

Conclusiones: La introducción y codificación de expresiones diagnósticas y procedimientos es muy deficitaria.

Es necesario:

- aumentar la dotación de ordenadores y realizar una formación en el uso del sistema informático,
- buscar un sistema ágil y atractivo de codificación de la información clínica,
- crear interfaces de información clínica relevante para la atención médica en la consulta a fin de potenciar la retroalimentación del sistema.

Es labor de los documentalistas el estudio de las bases de datos de atención primaria para dar respuesta a las necesidades de clasificar y codificar la información clínica de uso habitual en atención primaria.

Análisis comparativo de los diagnósticos de la historia clínica y los diagnósticos del informe de alta hospitalaria

P. Herranz Madrid, I. Abad Pérez
Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La indización y codificación (IyC) a partir del informe de alta hospitalaria (IA) debe ser equiparable a la IyC si se utiliza la historia clínica (HC). El objetivo fue valorar el nivel de concordancia en la elección del diagnóstico principal (DP) y secundarios (DS) entre ambas fuentes de información.

Métodos: Se analizaron los servicios de Neumología (NEM) y Cirugía General (CG) durante el mes de febrero de 2000. Los documentos analizados en la HC para su indización fueron: hoja de ingreso, informe de urgencias, anamnesis, evolución, órdenes de tratamiento, protocolo quirúrgico, protocolo de anestesiología, observaciones de enfermería, informes de interconsultas, informes de laboratorio, informes de radiología. La indización de las HC y de los IA se realizó por separado. Se construyó una base de datos que recogía: coincidencia del DP, número de DS en ambas fuentes, coincidencia de los DS, número y coincidencia de procedimientos (P). Para el análisis estadístico se utilizó el test de correlación de Pearson, y el test de χ^2 . Las diferencias se consideraron significativas cuando $p \leq 0,05$.

Resultados: De 156 HC de NEM, 93 (59,6%) fueron evaluadas, mientras que de 160 HC de CG, se evaluaron 120 (75,0%) (Tablas 1 y 2).

Conclusiones: Existe alto grado de coincidencia en el DP en ambos servicios clínicos, siendo la coincidencia menor en los DS. No hemos hallado diferencias cuantitativas ni cualitativas en la información extraída de las HC entre ambos servicios. Existe un alto grado de coincidencia en los P extraídos a partir de la HC y del IA, y una buena correlación entre el número de P, sin diferencias entre los servicios.

La información extraída de la HC es comparable a la del IA, excepto para los diagnósticos secundarios.

Tabla 1. Grado de coincidencia entre DP, DS y P entre HC e IA. Datos como n (%)

	Diagnóstico principal	Diagnósticos secundarios	Procedimientos
Servicio NEM	79 (84,9)	55 (59,1)*	80 (86,0)
Servicio CG	106 (88,3)	56 (46,7)*	103 (85,8)
NEM+CG	185 (86,9)	111 (52,1)*	183 (85,9)

$p =$ ns entre grupos; * $p < 0,05$ intragrupo

Tabla 2. Correlación entre DS y P según HC o IA. Datos como media \pm ds

	Diagnóstico secundarios HC	Diagnósticos secundarios IA	Procedimientos HC	Procedimientos IA
NEM	4,61 \pm 2,28*	4,80 \pm 2,38	0,81 \pm 1,05*	0,73 \pm 1,07
CG	2,57 \pm 2,09*	1,83 \pm 2,05	2,23 \pm 1,53*	2,0 \pm 1,35
NEM+CG	3,46 \pm 2,40	3,12 \pm 2,65	1,61 \pm 1,51	1,45 \pm 1,38

* $p < 0,01$ intragrupo entre HC e IA (buena correlación)

Estudio de los índices de funcionalidad de un hospital comparando el case mix con dos normas distintas.

E. Casado, P. Ocón, F. Girón, J. de D. Luna
Servicio de Documentación Clínica, Servicio de Admisión. Hospital Universitario San Cecilio de Granada, Departamento de Bioestadística. Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Palabras clave: Case mix. DRG. Hospital activity.

Introducción: Tradicionalmente se utiliza un estándar para comparar los CMBDs de nuestros hospitales, que se calcula con la bases de datos de las altas de los hospitales públicos andaluces, sin diferenciar niveles de hospital ni servicios.

Planteamos calcular un estándar propio, estratificando por niveles de hospital y servicios y eliminando los extremos. Esto permitirá una comparación más real, consiguiendo un patrón adecuado.

Los objetivos de nuestra comunicación son:

1. Identificar la diferencia en los indicadores de funcionalidad hospitalaria según el estándar utilizado. Centramos nuestro análisis en los GRDs que agrupan el 80% de la casuística de nuestro hospital.
2. Crear una norma alternativa más específica para el nivel II de hospitales.

Material y método: Hemos analizado 192.000 registros de altas de hospitales andaluces de nivel II (año 1999); según la casuística de los hospitales andaluces del año 1998.

El proceso de agrupamiento se ha llevado a cabo con el agrupador AP 14.01.

Proponemos una norma alternativa que diferencie por nivel de hospital, por servicio, en que el análisis de estancias por GRD se realice mediante un estadístico distinto a la media.

Introducimos un sistema de *benchmarking* a partir de un cálculo de estancias medias óptimas por GRD en lugar de estancias por GRD.

Resultados:

- 1.Reducción de los márgenes de incertidumbre
- 2.Indicadores más ajustados a la realidad
- 3.Hay diferencias significativas entre utilizar una norma global o por nivel de hospital y servicios
- 4.El estándar de comparación es más exigente.
- 5.Los indicadores resultantes de la comparación con la norma estándar o la realizada por nosotros revelan mayor especificidad.
- 6.Al ajustar selectivamente los indicadores de comparación al nivel de hospital y servicio tanto para medidas de estándares como óptimas, los resultados son más precisos

Conclusiones: Hay que utilizar como estándar de comparación normas ajustadas al tipo de hospital y servicio. El estándar ha de partir del *benchmarking*. Los indicadores de actividad de los servicios son más reales con esta norma que proponemos.

Experiencia y evaluación de la codificación de un CMBD en el ámbito de la urgencia. Análisis de su empleo y utilidad

P. Salas, F. Peña, R. López

Archivo Central de Historias Clínicas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Palabras clave: CMBD. Urgencias. Codificación. Clasificación ambulatoria.

Introducción: Dentro del ámbito hospitalario la actividad de los servicios de Urgencias plantea un gran reto debido a la gran disparidad, volumen y procedencia de los pacientes que recibe diariamente y a la disponibilidad de profesionales, espacio físico, tiempo de actuación y oferta de servicios. La necesidad de poder cuantificar y objetivar estas variables ha provocado que nos planteáramos la necesidad de recogida de un mínimo de datos que permitiera conocer la actividad real desarrollada en estas áreas. Esto posibilitará tener en cuenta un conocimiento clínico-epidemiológico de los pacientes que acuden a dicho servicio que posibilite posteriormente una planificación adecuada de los recursos.

Metodología: Para llevar a cabo nuestro objetivo decidimos utilizar como sistema de clasificación de pacientes, únicamente, la CIE-9-MC, siguiendo las normas nacionales e internacionales de codificación, tanto para las entidades nosológicas como para los signos y síntomas mal definidos.

Adecuación del CMBD ambulatorio propuesto por el grupo de trabajo del MSC.

Se codificó con el informe clínico de alta. El ámbito de aplicación fue la urgencia General, la de Pediatría y la de Ginecología y Obstetricia, obteniéndose un total de 104.733 registros durante el último semestre del año 2000 y el primer trimestre del 2001.

Resultados: Se ha valorado la necesidad de utilizar un sólo sistema de clasificación de pacientes ya sea para situaciones clínicas concretas como para síntomas y signos mal definidos, en las diferentes áreas de las urgencias.

Análisis por frecuencia de la asignación de códigos y valoración de su utilidad desde el punto de vista epidemiológico y de planificación.

Conclusiones: El establecimiento de circuitos de captura de información, la formación adecuada de los profesionales implicados y el diseño de aplicaciones informáticas son indispensables para la optimización de los recursos disponibles en la elaboración del CMBD de la Urgencia hospitalaria.

Se puede plantear la elaboración de listados con los diagnósticos más frecuentes dentro de cada área de las diferentes urgencias que faciliten la recogida de los datos que motivan la frecuentación de dichos servicios por los pacientes.

Análisis de sistemas de clasificación de pacientes en el ámbito ambulatorio. Experiencia de un CMBD en Cirugía Ambulatoria

P. Salas, F. Peña, R. López

Archivo Central de Historias Clínicas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Palabras clave: CMBD. Ambulatorio. Codificación. Clasificación de pacientes.

Introducción: Dentro del ámbito hospitalario, la actividad ambulatoria plantea un gran reto debido fundamentalmente a la disparidad de las organizaciones, volumen y procedencia de los pacientes y a la disponibilidad de profesionales, tecnología, espacio físico, tiempo de actuación y oferta de servicios. La necesidad de poder cuantificar y objetivar estas variables ha provocado a lo largo de los años el planteamiento de diversas alternativas; estas alternativas se han enfocado tanto hacia la planificación de escenarios de cuidados como a sus correspondientes sistemas de financiación, generando una demanda de información que hace precisa la recogida de un mínimo de datos que refleje cada una de las actividades desarrolladas.

Metodología: Con el objetivo de valorar los métodos y tiempos, la utilidad de los sistemas de clasificación disponibles y su posterior empleo se adecuó, para el estudio en nuestro hospital, el CMBD propuesto por el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo, añadiendo determinados ítems. Para la codificación de la información clínica se utilizó para diagnósticos la CIE-9-MC, para procedimientos la CIE-9-MC y el CPT-4 y como sistema de agrupación los APGs. El ámbito de aplicación corresponde a todos los pacientes tratados mediante cirugía ambulatoria desde el año 1998 al 2000. Comparación con los CMBD correspondientes a otras prestaciones ambulatorias.

Resultados: Se ha valorado la utilidad, tanto clínica como de gestión, de los sistemas de clasificación empleados, así como la de los ítems añadidos en el CMBD.

Conclusiones: La utilización del CPT-4 no ha aportado ventajas significativas con respecto a la clasificación con CIE-9-MC. Las deficiencias encontradas en el uso de esta última parecen fácilmente subsanables, lo cual nos permite afirmar su idoneidad para la clasificación de todos los pacientes ambulatorios.

El establecimiento de circuitos de captura de información, la formación adecuada de los profesionales implicados y el diseño de aplicaciones informáticas son indispensables para la optimización de los recursos necesarios en el establecimiento del CMBD ambulatorio.

Modelo general de uso de la información clínica en un hospital universitario

M. Montánchez Morera¹, R. Peris Bonet^{2,3}, F. Andrés Beltrán⁴, B. Cantos Aldaz², B. Giner Ripoll⁵, A. González Teruel³

¹Dirección. Hospital Clínico Universitario, ²UDCA. Hospital Clínico Universitario, ³Instituto "López Piñero" (CSIC-UV), ⁴Unidad de Informática. Hospital Clínico Universitario, ⁵RNTI-SEOP (SEOP-Instituto "López Piñero"), Valencia

Palabras clave: Sistema de información hospitalario. Historias clínicas. Information science.

Introducción: Desde la definición de Borko, la investigación del comportamiento de la información (documental) es emblemática en la *Information Science*. La bibliometría, los modelos de uso y otros aspectos cuantificables del comportamiento de la información en las colecciones bibliográficas, destacan en Documentación Científica. En Documentación Clínica estas investigaciones escasean, a pesar de su evidente aplicación potencial a la optimización de los sistemas de información clínica. Este trabajo aborda la descripción del modelo cuantitativo de uso de la información clínica.

Métodos: Recuperación de artículos españoles en *Documentación Médica Española*, incluyendo 1993, hasta la actualidad, mediante dos búsquedas paralelas, por distintos documentalistas (desconociendo perfil y resultados del otro). La observación se realizó en el archivo de historias clínicas del Hospital Clínico Universitario de Valencia, para el periodo 1999. La unidad de observación fue cada historia clínica. Se analizó la circulación de historias clínicas según dos modelos: a. Distribución de número de documentos por número de solicitudes por documento y b. circulación acumulada distribuida por nivel de actividad de los documentos. Se obtuvo la ecuación de cada modelo.

Resultados: Se ha localizado un sólo artículo español relevante al tema. La relación A es inversa y, tomando el logaritmo del número de documentos, se ajusta linealmente a una recta con $y = 4,87 - 0,09x$. En la relación B, el tercio más activo de la colección genera 2/3 de la actividad y la distribución se ajusta cuadráticamente a una parábola con $y = 14,04 + 1,84x - 0,01x^2$.

Conclusiones: La distribución de la actividad en esta colección documental, como en otras de distinta naturaleza, es desigual y sigue una pauta matematizable. El modelo A es similar al de las colecciones librarias y a distribuciones como el Lotka. Pero,

el B se separa de la curva hiperbólica descrita para las colecciones bibliográficas. Esto puede ser por la distinta naturaleza de la información, la brevedad del periodo de observación en este estudio o ambos. Se requiere ampliar la observación, con un periodo más prolongado y otros centros. El conocimiento de las regularidades observadas facilitará una mayor eficiencia en el desarrollo de los sistemas de información hospitalarios.

Evaluación de la calidad de información en los procesos de Cirugía sin ingreso

M. González Cantalejo, C. Alcubierre Berges, M. Moreno Vernis, J. Paricio Muñoz, J. Lázaro Martínez

Servicio Documentación Clínica y Archivo. Hospital Universitario Miguel Servet, INSALUD-Zaragoza

Palabras clave: Calidad de datos. Sistema de información hospitalaria. Cirugía sin ingreso.

Introducción: La utilización de un conjunto de datos básico como instrumento de gestión clínica ha demostrado ser de utilidad para ayudar a clasificar a los pacientes, conociendo el tipo de patología atendida y el peso y la repercusión que ello tiene para la marcha de un hospital.

La información obtenida a partir de la actividad quirúrgica llevada a cabo sin ingreso que ha ido desarrollándose como modalidad alternativa a la hospitalización, forma parte del sistema de información que permite tanto a clínicos como a los gestores, analizar la situación actual y la toma de decisiones, así como fomentar la buena práctica clínica.

La evaluación de la información obtenida a través del conocimiento de los procedimientos quirúrgicos menos complejos, con menos riesgo y para los que no se considera necesario el uso de anestesia general, nos aporta información sobre la actividad de los Servicios que utilizan este tipo de tratamientos, sobre la evaluación de la calidad de su práctica clínica, sobre la epidemiología de las enfermedades y sobre la eficiencia de su funcionamiento.

Objetivos: Evaluación de la información recogida en la Unidad de Codificación del Hospital Universitario Miguel Servet de los procesos ambulatorios y su posible utilidad para el sistema de información.

Material y Métodos: 1. 2261 procesos de cirugía ambulatoria realizados durante el año 2000 en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. 2. Análisis de la información existente sobre el proceso en la historia clínica y que ha sido utili-

Tabla 1.

Servicios	Altas Cirugía ambulatoria	%	Altas codificadas	%	Información utilizada	
					Historia clínica	Sin informe de alta
Oftalmología	1255	55,51	1243	99,04	759	484
Urología	520	23,00	497	95,58	373	125
Cir. Pediátrica	374	16,54	349	93,32	267	82
Ginecología	108	4,78	101	93,52	68	33
Cir Plástica	3	0,13	3	100,00	2	1
Traumatología	1	0,04	0	0,00	0	0
Total	2261	100,00	2193	96,99	1469	725

Tabla 2.

Servicios	Altas Cirugía ambulatoria	%	Ingreso post-cirugía	%
Oftalmología	1255	55,51	98	7,81
Urología	520	23,00	19	3,65
Cir. Pediátrica	374	16,54	26	6,95
Ginecología	108	4,78	35	32,41
Cir Plástica	3	0,13	0	0,00
Traumatología	1	0,04	0	0,00
Total	2261	100,00	178	7,87

zada para la codificación. 3. Estudio del solapamiento de la base de datos del hospital entre los procesos de cirugía ambulatoria y aquéllos que, por complicaciones derivadas de dicha actividad terminaron en proceso de hospitalización.

Resultados: Altas derivadas de procesos de cirugía ambulatoria 2.261, codificadas: 2.193 (97%).

Servicios analizados, % de codificación e información utilizada para codificar los procesos (Tabla 1).

Solapamiento de registros en hospitalización y actividad ambulatoria especializada (Tabla 2).

Discusión: Necesidad de unificación de la base de datos de HP-HIS que recoge información de cirugía sin ingreso y hospitalización. Reevaluación de los protocolos de selección de pacientes candidatos a cirugía sin ingreso. Desarrollo de programas de evaluación de la cumplimentación de informes de asistencia a este tipo de pacientes ligados a objetivos del Servicio.

El Modelo EFQM en un servicio de admisión y documentación clínica: experiencia de la implantación y resultados en un hospital público

A. Facio Villanueva, G. Rodríguez Martínez, P. Molina Coll, R. López Boullón, A. Pernas Seco, P. Mosteyrin Salgado

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

Palabras clave: Autoevaluación. EFQM. Admisión.

Introducción: El sector sanitario ha de alcanzar los niveles más altos de eficiencia como camino a la Excelencia. Nuestro Complejo Hospitalario desde el año 1997 ha definido el Modelo EFQM de Excelencia como el elemento clave de gestión y planificación de la Calidad de nuestra organización. Este modelo se fundamenta en la autoevaluación y ésta a su vez se convierte en una herramienta clave para la mejora continua. En nuestro centro se encuentran bajo una misma responsabilidad los Servicios de Admisión y Archivos y Documentación Clínica.

Métodos: Se han realizado tres autoevaluaciones (años 1997, 1999 y 2001) siguiendo la Guía de autoevaluación de las instituciones sanitarias elaborada por el Instituto de Evaluación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid. En ella se definen para un primer nivel los criterios y estándares que sirven para su evaluación desde tres puntos de vista: enfoque al proceso (idoneidad), consecución de objetivos y comunicación y coordinación. Para la puntuación final se utilizó la técnica del

consenso. Los ejercicios de autoevaluación han sido realizados por la Comisión de Dirección y el Coordinador de Admisión y la responsable de Cita Previa.

Resultados: Se han medido 13 estándares y unos 75 indicadores. Los resultados se expresan en valores de porcentaje cumplimiento del estándar sobre el total de puntuación posible. El Servicio de Admisión ha obtenido una puntuación porcentual de los estándares del 75% en el año 1997, del 80% en el año 1999 y del 93,33% en el año 2001. La Unidad de Archivos y Documentación Clínica ha obtenido una puntuación porcentual de los estándares del 76,3% en el año 1997, del 80,74% en el año 1999 y del 85,93% en el año 2001.

Conclusiones: 1. La autoevaluación es una herramienta potente para poder evaluar la evolución de un servicio de Admisión y Documentación tras la implantación de acciones de mejora planteadas. 2. Se establecieron dos grupos de mejora y cambios organizativos tras el análisis de los resultados de las autoevaluaciones que permitieron la consolidación de las tendencias de mejoría global, planteándose el centro en la actualidad el aseguramiento de la calidad a través de la certificación ISO 9000: 2000 del Servicio. 3. El Modelo EFQM de Excelencia aplicado a los Servicios de Admisión y Documentación Clínica permiten la mejora continua y un conocimiento del cumplimiento de los estándares definidos dentro del análisis global de todos los demás servicios del centro.

Gestión de las consultas externas en atención especializada: evolución 1998 - 2001

M.L. Tamayo, P. Camarero, C. Menéndez, R. Fonseca

Servicios de Admisión e Informática. Hospital de Cabueñes, Gijón

Palabras clave: Ambulatory Care Information Systems. Hospitals general. Efficiency. Organizational.

Introducción: Presentamos la evolución de la gestión de consultas externas en un Área de Atención Especializada del INSALUD, con una actividad en el año 2000 de 359.558 consultas; desarrolladas en un hospital de 491 camas y un centro de especialidades periférico (CEP).

Métodos: En el año 1998 dentro del Plan Estratégico se definió una línea estratégica de "Desarrollo de procedimientos en la gestión de pacientes". Dentro de sus objetivos estaban:

- asumir la informatización del CEP, integrándola en el sistema de información existente
- completar la informatización de consultas externas del hospital (en aquellos momentos existían 4 servicios con agendas manuales y otros 5 parcialmente informatizados)
- hacer posible el acceso desde los Centros de Salud a las agendas de Especializada, con citación directa en las mismas.

Resultados: En 1999 se integró la gestión de consultas externas del CEP en el sistema de información, aprovechando la red corporativa de comunicaciones. Esto supuso una mejora sustancial en los procesos y permitió disponer de información de las demoras y actividad de este centro. Aprovechando la misma tecnología, se dio acceso desde un centro de salud a primeras visitas de 2 especialidades; comenzando la citación directa de Primaria en agendas de Especializada.

Desde finales de 1999 hasta marzo de 2001 se ha ido abordando la informatización de agendas manuales en los servicios en los que coexistían con las ya informatizadas, se han adoptado soluciones específicas para los servicios que no estaban informatizados y se ha continuado ampliando el acceso desde Primaria a las agendas de Especializada.

Conclusiones: La necesidad de mejorar los procesos y los objetivos de demora en consultas externas, han hecho que la gestión de consultas externas en Atención Especializada se convierta en un pilar fundamental de nuestros sistemas de información. Para abordar un área de tanto volumen y con tal multiplicidad de usuarios es imprescindible:

- Establecer planes consensuados y respaldados institucionalmente.
- Desarrollar estrategias a medida que contemplan e integren la diversa realidad asistencial.

En torno a la calidad del lenguaje en la literatura médica española

R. Aleixandre Benavent¹, A. Amador Iscla²

¹Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universitat de València-CSIC, ²Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana

Palabras clave: Lenguaje médico. Vicios del lenguaje. Siglas. Anglicismos.

Introducción: La preocupación por la calidad del lenguaje médico y por la corrección formal de la comunicación científica en medicina se refleja en los numerosos artículos que sobre cuestiones lingüísticas se publican en las revistas científicomédicas españolas.

El objetivo de este trabajo es conocer, a partir del análisis de los artículos publicados en revistas médicas en español en el periodo 1998-2000, cuáles son los principales problemas que, a juicio de los autores, afectan al castellano como lenguaje médico.

Método: Se han analizado los artículos sobre lenguaje y terminología médicos incluidos en el repertorio Documentación Médica Española durante el periodo 1998-2000. Se han incluido todos los tipos documentales posibles, a menudo excluidos en otras fuentes, como editoriales, cartas al director, artículos de secciones especiales y notas, vehículos utilizados habitualmente en trabajos de esta naturaleza.

Se ha realizado una lectura por parte de dos analistas documentales en la que se han identificado y descrito los principales problemas tratados.

Resultados: Se han recuperado y analizado 48 artículos publicados en el periodo 1998-2000. Los problemas más tratados han sido los que se refieren a terminología (sinonimias, epónimos, anglicismos y polisemias), predominio del inglés médico, cuestiones gramaticales y varios trabajos que se ocupan de los problemas del lenguaje médico en general.

Discusión: Uno de principales problemas del lenguaje médico en español deriva del abrumador predominio anglófono en medicina, favorecido por el hecho de que el idioma de publicación condiciona la difusión de una investigación. El futuro del español como lenguaje médico va a depender en gran parte de su capacidad para resistir el acoso del inglés. Esto requiere que la comunidad científico-médica hispanohablante tome conciencia de la importancia del problema. Estos trabajos, publicados en las mismas revistas científicas que marcan la pauta en cuanto al lenguaje médico, contribuyen a este fin cuando reclaman a los investigadores hispanohablantes que no se dejen vencer por el descuido, la traducción apresurada, la ignorancia o el esnobismo.

El abuso de siglas y epónimos constituye también una fuente de confusión debido al uso de criterios caprichosos, inexactos y personalistas que generan ambigüedad y entorpecen la comunicación.