

Mesa 1. Líneas de trabajo en documentación médica

Pósters

Análisis de cumplimentación del Libro de quirófano para intervenciones urgentes en el Hospital Vega Baja de Orihuela

J.A. Mayor Amorós, P. Ramón-Llín
UDCA. Hospital Vega Baja de Orihuela

Palabras clave: Cumplimentación. Legibilidad. Libro de quirófano.

Introducción: El hospital Vega Baja de Orihuela soporta una creciente presión asistencial urgente. Esta demanda de atención en el servicio de Urgencias, genera a su vez una demanda quirúrgica de realización inmediata. El servicio de Admisión debe recabar toda la información referente a esta actividad y debe hacerlo de la manera más exhaustiva posible, para lo que se captura la información de las hojas de registro de quirófano. Es necesario que dicha información esté correctamente cumplimentada y este trabajo trata de analizar la calidad de la información registrada a través del estudio de la cumplimentación y la legibilidad de los datos.

Método: Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo de cumplimentación y legibilidad de las hojas de registro de quirófano para las intervenciones quirúrgicas urgentes que han tenido lugar durante el año 1999, mediante revisión directa del documento primario, siendo la condición anteriormente citada, el único criterio de inclusión.

Las variables a estudio se han dividido en dos tipos según el tipo de cumplimentación: variables cumplimentadas con texto libre y variables cumplimentadas con una marca.

La población del estudio está compuesta por un total de 1.861 documentos y el tamaño muestral calculado es de 397 documentos. Para considerar como cumplimentada una variable, se ha estimado que al ser observadas visualmente, tanto las variables cumplimentadas con texto libre como las variables cumplimentadas con marca, se encuentren presentes en su lugar correspondiente.

Para considerar como legible una variable se ha estimado que, al ser observada visualmente, hayan sido descifrados los signos gráficos de cada palabra o cifra, de modo que se hayan identificado claramente y sin dudar en un primer intento.

Resultados: Entre las variables de identificación del paciente, el primer apellido y el nombre, son las que mayor grado de cumplimentación han obtenido, llegando al 100%, con una legibilidad del 83,1% y 88,4% respectivamente. El número de la seguridad social obtiene la cumplimentación y legibilidad más bajas, no llegando al 56%. En cuanto a los nombres del equipo quirúrgico, su cumplimentación es alta, superando todas las variables el 98%, pero en cuanto a su legibilidad, se supera por muy poco el 72%. Los tiempos quirúrgicos se han observado cumplimentados y legibles en más del 90%. La fecha de intervención y el número de quirófano están presentes y son legibles en un 98% y 91,4% respectivamente.

Las variables recepción del paciente y cuidados del paciente presentan los porcentajes más elevados de cumplimentación con un 98,5% y un 97,5% de los documentos de la muestra, respectivamente. La variable intervención suspendida presenta la cumplimentación más baja, estando presente únicamente en un 52,9% de los documentos. El sexo del paciente ha sido cumplimentado en un 92,7%. De los 368 documentos en los que la variable estaba presente, 207 tenían etiqueta identificativa, mientras que estaba marcada a mano en 161.

Se han encontrado 32 documentos con todas las variables de texto libre cumplimentadas y legibles, que suponen el 8,1% del total de la muestra y 124 documentos con todas las variables con marca cumplimentadas y legibles, que suponen el 31,2% del total de la muestra. Han sido 17 documentos, los cumplimentados con todas las variables, que suponen el 4,3% del total de la muestra.

Conclusiones: El grado de cumplimentación y legibilidad de las variables a estudio en las hojas de registro de quirófano analizadas ha sido muy bajo (4,3%).

El grado de cumplimentación y legibilidad de las variables cumplimentadas con texto libre ha sido muy bajo (8,1%).

El grado de cumplimentación de las variables cumplimentadas con marca ha sido bajo (31,2%).

Existe una falta de cumplimentación de las variables en varios servicios quirúrgicos. El mayor grado de cumplimentación y legibilidad de las variables con texto libre ha sido observado en el turno de noche.

Revisión de la estructura y funcionamiento de la generación del producto hospitalario en el hospital de Navarra: CMBD-GDR

M.J. Vicente Arbelaz, A.M. Visus Eraso, P. Astier Peña, B. Gorospe Arteaga, A. Zudaire Larión, C. Silvestre Busto
Codificación Clínica-Sistemas de Información. Hospital de Navarra, Pamplona

Palabras clave: Diagnosis Related Groups (DRG). Hospital Information Systems (CMBD). Case Management.

Objetivo: Mejorar la información generada por el CMBD de las altas del hospital con el fin de realizar una adecuada asignación de GDR.

Metodología: Identificar y describir el conjunto de actividades, actores y documentos que integran el proceso de generación del CMBD. Taller de generación del proceso con representantes de cada una de las actividades descritas.

Identificación y priorización de las áreas de mejora.

Resultados: El proceso se identifica como el enlace sucesivo de las siguientes actividades (Tabla 1).

Conclusiones: De las áreas de mejora planteadas se ha realizado una priorización en función de su factibilidad sin depender de otras instancias. Así las cosas, se han llevado a cabo, hasta la fecha, las siguientes actuaciones: entrada por TIS en Admisión,

pacto de entrega recíproca de información clínica por servicios, entrega CMBD (< 1 mes), correcciones informáticas y mantenimiento bases de datos.

El impacto de las medidas adoptadas se medirá en: disminución% GDR 470, auditoría anual SNS-O: validación de resultados.

Experiencia de codificación automática: integración hospital/primaria

A. Roca Cabrera, F. López Talavera, J.A. Muñoz Plaza, A. Márquez Patricio, L. López Duesa

Servicio de Documentación Médica. Fundació Puigvert Barcelona

Palabras clave: Sistemas de información. Aplicaciones de la informática médica. Documentación médica.

Introducción: Cada vez mayor número de hospitales se implican en la asistencia primaria, lo que conlleva un seguimiento de los pacientes desde su primer contacto con el entorno sanitario, hasta el alta.

La Fundación Puigvert desde hace un año realiza la consulta especializada de Urología del Centre d'Assistència Primària Maragall. Cuando el servicio de Documentación Médica se plantea la necesidad de codificar todas estas consultas mensualmente (ade-

Tabla 1.

Servicio	Actividad	Documentos	Problemas	Áreas de mejora
Admisión	Datos administrativos Ingresos, Altas, Traslados internos.:	Impresos papel cumplimentados.	Falta de datos de pacientes.	- Identificar a pacientes con la TIS. - Repasar datos con la persona que hace el ingreso.
Asistencial	Resumen de episodio asistencial de cada Sº.	Informe de alta de subepisodio o final historia clínica.	No recepción de informes de sub- episodios o finales. Defecto de inf.clínica en informes.	Entrega de informes clínicos cada 15 días, pacto de gestión. Recepción de información sobre diagnósticos y procedimientos codificados.
Codificación	Ordenar informes por fechas y Servicios. Asignar códigos CIE-9-MC a expresiones diagnósticas y procedimientos	Informes clínicos/ Historia Clínica	Calidad del contenido del informe clínico. Falta de inf. clínicos. Demora en la recepción de informes clínicos.	Cantidad y calidad de la información clínica facilitada por los Servicios. Pacto recepción de informes con los Servicios cada 15 días. Información a los Servicios sobre diag- nósticos y procedimientos codificados. Actualización periódica en codificación. Entrega CMBD según pacto de gestión (<30 días)
Analistas informáticos	Preparar datos de CMBD para explotar por GDR.	Fichero TXT	Filtros repetición Códigos	Definir criterios para anular repeticiones de códigos. Mantenimiento de la base de datos (HOST)
Usuarios finales	Toma de decisiones: - Dirección - Sos. Asistenciales - Sº MP y G. Calidad	GDR por peso por nº pac. GDR 470 Estancia cero. Reingresos. Mortalidad/GDR	Interpretación de los datos- Decalaje de la infor- mación por el tiempo de codificación (< 1 mes)	Formación GDR. Formación normativa CIE-9-MC. Implicación de la Dirección en los pactos de Gestión de Codificación.

más de la actividad hospitalaria: altas, urgencias, parte de la consulta externa y procedimientos quirúrgicos) se inicia un proyecto que desde hace tiempo había querido poner en marcha: la automatización de la codificación de diagnósticos, generando una base de datos que se autoalimente de los diferentes literales escritos por el personal facultativo.

El objetivo de este poster es mostrar la implicación del Servicio de Documentación Médica y de los sistemas de información hospitalario en el nuevo reto de integración de la información de la asistencia primaria.

Método: Diariamente el servicio de Admisiones introduce en el ordenador central los items de las visitas realizadas por el médico especialista. Mensualmente el servicio de Documentación Médica realiza una codificación automática de los diagnósticos, elaborando las estadísticas necesarias para conocer la actividad tanto cuantitativa como cualitativamente.

Resultados: Durante el periodo 01/02/00 al 31/12/00 se codificaron de forma semiautomática 3.943 visitas con una media mensual de 358.

El primer mes se codificaron manualmente todas las visitas, disminuyendo en los meses siguientes, siendo necesario codificar manualmente en la actualidad entre el 15 y el 20% del total de visitas.

Discusión: 1. Es necesario incluir los avances tecnológicos en la codificación, sobre todo aquella muy repetitiva y poco compleja como la consulta externa. 2. Actualmente la integración de la información entre la asistencia primaria y la hospitalaria está sólo en los inicios siendo necesario solventar las barreras técnicas entre hospital y primaria. 3. Necesidad de automatizar al máximo la introducción de datos, la explotación de los mismos y la elaboración de estadísticas, evitando errores en cualquiera de estos puntos. 4. Mejorar la calidad de los datos y de la codificación con controles, evitando posibles errores.

Codificación descentralizada de episodios de urgencias y emergencias. Estudio de complejidad

M. Raurich Seguí, T. Gil Martínez, M^a A. Soler Mateu, G. Navarro Rubio, E. Mestre Ors, A. López Laredo
Documentació Clínica i Arxiu. Hospital Sabadell, Corporació Parc Taulí, Sabadell (Barcelona)

Palabras clave: Emergency. Information. Systems.

Introducción: El número de urgencias que se atienden cada año en los hospitales españoles crece inevitablemente. Muchas intervenciones para reducir la frecuentación inadecuada en los dispositivos de urgencias hospitalarias no han conseguido el objetivo propuesto. Para poder realizar estrategias de cambio sería de gran utilidad el análisis sistemático de la casuística en los servicios de urgencias y emergencias por patología y complejidad y en un futuro establecer el cálculo del coste por proceso en contra del cálculo unitario aproximado.

Método: Se realiza una valoración de la codificación realizada en el año 2000 mediante el DICOD, diccionario de sinónimos de diagnóstico y procedimientos, que se utiliza en la Corporació Parc Taulí en los dispositivos de urgencias y emergencias por parte del personal administrativo del ámbito de admisiones y personal facultativo encargado de la asistencia. La Corporació Parc Taulí,

institución pública con gestión empresarial da cobertura a una población de 400.000 habitantes de 12 municipios.

Se analizan 189.102 urgencias y emergencias mediante el programa SSPS versión 9.0 y el programa CLINOS para la conversión en DRG.

Resultados: El número total de urgencias y emergencias durante el año 2000 fue de 189.102. La distribución de los episodios mensualmente es bastante homogénea excepto en el mes de agosto en que existe una disminución apreciable. El número total de urgencias y emergencias codificadas fue de 153.919 (81,39%), de las cuales el 81,72% corresponden a las urgencias codificadas y el 79,35% a las emergencias codificadas. El 18,61% son episodios no codificados por ilegibilidad en el informe y no existencia del término en el diccionario. El total de los episodios codificados se analiza la complejidad mediante su clasificación en DRG.

Conclusiones: Con la utilización del diccionario de sinónimos y procedimientos DICOD hemos conseguido en el año 2000, 81,39% de episodios de urgencias y emergencias codificadas, lo que ha permitido mediante la clasificación DRG establecer la complejidad y casuística atendida en este dispositivo hospitalario.

Estudio sobre el volumen de documentos generados durante episodios de hospitalización de un servicio quirúrgico

M. Costas Sueiras¹, P. Vázquez Castro¹, M. Ouviaña Pérez², M. López López²

¹Servicio de Admisión y Archivo de Historias Clínicas C.H. Juan Canalejo A Coruña, ²Alumnas del Ciclo Formativo de T.S.Documentación Médica Colegio Santa Apolonia, Santiago

Palabras clave: Historias clínicas. Digitalización. Conservación.

Introducción: El volumen de documentos que se generan durante el proceso asistencial se ha incrementado considerablemente en los últimos años, dificultando la consulta de las historias clínicas por parte de los profesionales sanitarios. En el Servicio de Admisión y Archivo de Historias Clínicas del Complejo Hospitalario Juan Canalejo (CHJC) nos planteamos la conveniencia de adoptar medidas que contribuyan a reducir el volumen de documentos que contienen las historias clínicas. Estas medidas pueden ser cambio de soporte (digitalización), almacenamiento externo o eliminación de los documentos menos relevantes. Antes de implantar alguna de estas soluciones es necesario disponer de datos sobre la cantidad de documentos que se generan en cada episodio de hospitalización, el porcentaje de esta cantidad que corresponde a cada uno de los tipos de documentos, o cuales de ellos están también registrados en soporte informático.

Método: Se revisa una muestra aleatoria de historias clínicas de pacientes ingresados en el Servicio de Neurocirugía del CHJC durante el año 2000. Por los métodos estadísticos habituales se determinó una muestra de 138 episodios, con un nivel de confianza del 95%. En el estudio se contabilizan sólo los documentos en soporte papel.

Resultados: La media de documentos por episodio es de 28,94. De los cuales el 68% son médicos, el 22,8% de enfermería y el 9,2% administrativos.

El 65% de los documentos sólo existen en soporte papel, el 35% restante se genera informáticamente y se almacena también en este soporte.

Si aplicásemos lo establecido en el Decreto 45/1998 del Gobierno Vasco se podrían destruir el 82,4% de los documentos y sólo conservaríamos el 17,6%.

Conclusiones: 1. Este estudio demuestra que el análisis de la producción documental es una herramienta de gestión muy útil para la planificación del trabajo del Archivo de Historias Clínicas. 2. Es conveniente implantar un proceso de depuración del contenido de las historias clínicas siguiendo las directrices fijadas en el Decreto 45/1998 del Gobierno Vasco para facilitar la consulta de la historia clínica. Los documentos depurados no se destruirían si no que se guardarían en un almacén externo. 3. Es necesario realizar estudios similares en todos los servicios de Hospitalización del Complejo Hospitalario.

Indicadores bibliométricos de productividad y consumo de información científica en drogodependencias

R. Aleixandre Benavent, J.C. Valderrama Zurián, A. Agulló Martínez, V. Armengol Noguera, C. Martínez Catalán, C. Gudín Uriel

¹Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universitat de València-CSIC,

²Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana, ³Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Hospital de La Plana, Villarreal (Castellón)

Palabras clave: Indicadores bibliométricos. Productividad científica. Análisis de citas.

Introducción: El objetivo de este trabajo es analizar la producción española de artículos de investigación en drogodependencias durante la década 1989-1998, tanto publicados en revistas españolas como extranjeras, así como los proyectos de investigación financiados asignados al área y el consumo de información científica realizado en los artículos.

Método: La población de trabajos se obtuvo interrogando las bases de datos IME, Medline, PSYCLIT y *Science Citation Index*; se emplearon perfiles de búsqueda exhaustivos adaptados a las particularidades de la terminología usada en cada base de datos. El estudio del consumo de información se realizó analizando las referencias bibliográficas de los artículos publicados en revistas españolas.

Resultados: En el período estudiado los autores españoles publicaron 3.840 artículos de carácter científico sobre drogodependencias, que dieron lugar a 37.507 referencias bibliográficas. Se ha producido un crecimiento sostenido de las publicaciones, más acusado al final de la década de los noventa.

Conclusiones: Las características más llamativas encontradas han sido: importante población transitoria de autores; elevado índice de colaboración; concentración de publicaciones en revistas específicas del área y en otras de propósito general y neuropsiquiatría; gran dispersión de las publicaciones en muchas revistas de diversas temáticas; elevada productividad de las instituciones hospitalarias y universitarias de Madrid y Barcelona.

La productividad relativa respecto a indicadores económicos y sociales ha demostrado la existencia de comunidades más pro-

ductivas que las tradicionales en términos absolutos. Las publicaciones más citadas y sus autores suelen ser de reconocido prestigio en el área y con alto factor de impacto.

Exhaustividad de la notificación del Hospital Clínico Universitario de Valencia al registro de SIDA de la Comunidad Valenciana. A propósito de un caso

R. Alfonso Gil, M.F. Abad García, A. González Teruel

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación "López Piñero". CSIC-Universitat de València

Palabras clave: Historia clínica. Registro de Sida. Evaluación. Cobertura. Exhaustividad.

Introducción: Para poder cumplir los objetivos de un registro de SIDA es necesario garantizar el grado de cobertura y la calidad de los datos notificados al registro. Cambios en la exhaustividad pueden sesgar las tendencias en la incidencia. Una disminución de la cobertura en el tiempo puede dar una imagen de estabilidad cuando en realidad la epidemia sigue creciendo.

Objetivo: presentar como se ha realizado la valoración de la exhaustividad de la cobertura del Registro de SIDA de la Comunidad Valenciana.

Material y Método: La valoración de la exhaustividad de la notificación se realizó a partir de un estándar. Para la construcción de dicho estándar se realizaron los siguientes pasos: detección, mediante búsqueda independiente de la rutina del registro, de un conjunto de posibles casos de VIH-SIDA susceptibles de declaración (casos posibles); confección de una lista única de casos posibles para su confirmación como casos notificables mediante el uso de la historia clínica; construcción de una lista única de casos notificables que actuará como estándar; valoración del aporte de casos de cada fuente al estándar.

Resultados: Se detectaron 1369 casos posibles, cuyas historias clínicas (HC) fueron solicitadas al archivo central del hospital. De las 1369 HC se pudieron revisar 1320 (96,4%). No se recuperaron por tanto 49 (3,6%) historias que correspondían 23 (46,9%) al archivo externo y 26 (53,1%) al archivo central. De las 1320 HC revisadas, se confirmaron como caso de SIDA 1002 (76%) casos posibles. Cifra que constituyó el estándar de comparación. El registro de casos de SIDA tenía 320 registros cuyo centro notificador era el HCUV, por tanto se encontró una exhaustividad en la notificación de 32% y una subnotificación de 68%.

Conclusiones: Se demuestra la dudosa validez de los datos encontrados para tomar decisiones para evaluar el impacto de las medidas preventivas adoptadas en la lucha contra la epidemia.

Ocupación laboral de los técnicos en documentación sanitaria

M. Sorribas, M.A. Chavarría

Escola Bonanova, Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS), Barcelona

Introducción: La Escola Bonanova es un centro de Formación Profesional Sanitaria, homologado y subvencionado por la Generalitat de Cataluña, que depende del Institut Municipal

d'Assistència Sanitària (IMAS), organismo autónomo que presta servicios sanitarios y atiende la docencia y la investigación relacionadas con las ciencias de la salud. Entre los estudios que se imparten en la escuela se encuentra el Ciclo Formativo Superior de Documentación Sanitaria aprobado mediante el Real Decreto 543/1995, en el que se asigna a este técnico la competencia general siguiente: "Definir y organizar procesos de tratamiento de la información y de la documentación clínica, codificándola y garantizando el cumplimiento de las normas de la administración sanitaria y de los sistemas de clasificación y de codificación internacionales, bajo la supervisión correspondiente".

La Escola Bonanova ha tenido siempre como finalidad la formación de técnicos especialistas de la rama sanitaria dentro de un contexto empresarial, por ello hemos realizado un estudio de la ocupación laboral de nuestros técnicos una vez finalizados sus estudios para definir el perfil demandado por las empresas.

Material y métodos: El grupo de estudio han sido las dos primeras promociones de Técnicos en Documentación Sanitaria correspondientes a los cursos 1997/98 y 1998/99, y que representan un total de 55 ex-alumnos.

Se ha realizado una encuesta al total de la población estudiada. En ella se pedía respuesta a las preguntas siguientes: año de titulación, puesto de trabajo actual (descripción, nombre de la empresa, jornada laboral y tipo de contrato) y otros trabajos realizados relacionados con documentación sanitaria.

La encuesta se llevó a cabo por correo, obteniéndose una respuesta del 29% (16 encuestas contestadas). Se terminó el proceso realizando la encuesta por teléfono obteniéndose una respuesta del 98% (54 encuestas contestadas).

Para los objetivos de este trabajo se han considerado todos los apartados de la encuesta y se han tabulado los datos utilizando el programa Microsoft Excel. Se han analizado las diferentes áreas cuantificando los alumnos que actualmente trabajan en documentación sanitaria, las áreas en las que trabajan y las tareas que realizan o han realizado en sus puestos de trabajo.

Resultados: Como resultados se ha obtenido que un 60% de los alumnos está trabajando en temas relacionados con Documentación Sanitaria; del 40% restante, un 18% estudia (utilizaron los estudios como curso puente a la universidad) y el otro 22% no trabaja en temas relacionados con documentación.

Del 60% de alumnos que trabajan en Documentación Sanitaria, el 52% realiza trabajos propios de archivo, un 30% compagina tareas de codificación y archivo, un 9% codifica informes de alta, listas de espera y consulta externa, un 6% se dedica a la explotación de bases de datos y el 2% restante realiza otras actividades como trabajo en admisiones, secretarías médicas y consultas externas.

Entre las tareas que desarrollan los técnicos en su puesto de trabajo es mayoría los que realizan préstamo, archivo y traslado de historias clínicas. Otras tareas realizadas en menor proporción son: revisión de historias clínicas, reordenación de archivos pasivos, unificación de archivos, atención al usuario (reclamaciones, entrega de documentación), codificación de informes de alta y listas de espera, urgencias, etc., explotación de bases de datos y control de datos, admisiones, gestión y supervisión de lista de espera, programa quirúrgico, control de calidad y secretarías médicas.

Con respecto al tipo de contrato un 61% están contratados como auxiliares administrativos, un 29% desconoce su tipo de contratación mientras que sólo un 10% está contratado como técnico en Documentación Sanitaria.

Conclusiones: Como conclusiones hay que destacar que:

- Son mayoría los alumnos que encuentran trabajo relacionado con los estudios realizados.
- Los técnicos son contratados en los centros sanitarios básicamente en el área de archivo.
- Hay poca contratación en el área de documentación.
- No se contratan técnicos para la codificación de informes de alta.

Unificación de criterios de codificación entre dos hospitales: análisis del tratamiento informativo de la EPOC

M. Clarambo Semís, J.M. Casanelles i Rosell, M. López Heredero, I. López Tolosa, P. Torre Lloveras, J. Viñas Trullenque

Servicio de Documentación Clínica. Hospital del Mar y Hospital General Vall d'Hebron, Barcelona

Palabras clave: Diagnosis-Related Groups. Lung Diseases. Obstructive. Quality Control.

Introducción: La calidad de una base de datos tipo CMBDH está íntimamente relacionada con la calidad de sus variables clínicas. En este estudio planteamos un método de control de la calidad de estas variables (códigos de diagnósticos y procedimientos) a partir del análisis comparativo de la frecuencia de determinados GRD's entre dos hospitales considerados comparables para aquellos GRD's objeto del estudio.

El objetivo del estudio no es tanto llevar a cabo una validación de la codificación contraponiéndola a una codificación que se considera norma como comprobar la utilización de criterios unitarios entre distintos hospitales en aquellos aspectos no suficientemente explícitos de la normativa vigente de codificación.

Material y método: Este estudio se basa en el de C. Blazquez¹ en el que se compara el porcentaje de frecuencias y estancias de unos determinados GRD's respecto de los valores tomados como referencia y correspondientes a bases de datos nacionales.

En nuestro caso nos proponemos realizar un análisis retrospectivo del CMBDH del año 1999 de dos hospitales, centrado en servicios y GRD's en los que ambos hospitales se consideran comparables.

La secuencia de actuaciones es la siguiente:

1. Definir los *servicios* en que ambos hospitales se consideran comparables.
2. Analizar la *casuística de los servicios seleccionados*: se obtiene la frecuencia por GRD, se definen los GGR (Grupo de GRDs Relacionados) para cada CMD y se analiza el impacto de los GRD's y GGR's en la casuística general del hospital.
3. En base a los datos obtenidos, se *determina trabajar sobre el GRD del EPOC* i los GGR 079, 080, 087, 089, 090, 092, 093, 096, 097, 099, 100, 101, 102, 475 entendiéndose que el resto de GRD's del grupo pueden haber actuado como posibles "contaminantes".

4. En base a las altas del periodo de cada GRD seleccionado se calcula un tamaño de muestra estratificado, estadísticamente significativo, con un intervalo de confianza del 95%. La selección de los episodios a analizar se hace a través de un muestreo aleatorio simple.
5. *Recodificar* los episodios correspondientes a la muestra seleccionada. Previamente se consensúan los criterios de codificación para asegurar en lo posible la homogeneidad de resultados.
6. *Reagrupar* en GRD's la muestra recodificada.
7. Analizar las diferencias en relación a los datos iniciales.

Resultados: En ausencia de resultados definitivos (en proceso actualmente) y en base a los datos de que disponemos, podemos aproximar la confirmación de la hipótesis de inicio: las diferencias de frecuencias observadas para los GRD's en estudio son debidas en su mayor parte al uso de distintos criterios de tratamiento de la información clínica (básicamente de codificación) y en menor proporción a diferencias reales en la casuística atendida.

Conclusión: Los análisis comparativos de casuística entre hospitales pueden estar fuertemente sesgados por diferentes tratamientos de la información. Es necesario, por tanto, seguir trabajando para obtener criterios consensuados y precisos de codificación que eviten el uso discrecional y subjetivo de la misma.

Calidad de la lista de espera quirúrgica: procedimientos de coherencia contable

I. Iniesta Martínez¹, B. Cantos Aldaz¹, M. Montánchez Morera², J. Ortega Serrano³, E. García Bartual⁴, R. Peris Bonet^{1,5}

¹UDCA. Hospital Clínico Universitario, ²Dirección, Hospital Clínico Universitario, ³Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario, ⁴UDCA. Hospital Malva-Rosa, ⁵Instituto "López Piñero" (CSIC-UV), Valencia

Palabras clave: Listas de espera. Calidad. Sistema de información hospitalario.

Introducción: El tamaño de la lista de espera quirúrgica (LEQ) es uno de los problemas del sistema sanitario público que más trasciende. El fin del sistema de información (SI) es el conocimiento cualitativo y cuantitativo de la LEQ para la gestión de la demanda quirúrgica. Objetivo del trabajo: Presentar los procedimientos de control adicionales que se han implantado en el Hospital Clínico Universitario de Valencia para verificar y garantizar la exactitud de la LEQ. Se excluyen los controles previos de depuración de la LEQ.

Métodos: 1) Análisis de las diferentes formas de entrada y salida de pacientes, y descripción sistemática de los procedimientos necesarios para conseguir la exactitud del balance. 2) Determinación de las incoherencias contables en el balance de la LEQ entre dos cortes mensuales (30/11/00 y 31/12/00) y descripción de su ajuste mediante los procedimientos implantados.

Resultados: Procedimientos adicionales: a) control diario de entradas desde el registro histórico de LEQ por servicios y tipo de anestesia; b) recuento de nuevas entradas en LEQ con fecha de inclusión anterior al mes en curso; c) control de cambios de anestesia; d) control de diferentes tipos de salida.

El número de pacientes en LEQ a 30 de noviembre era de 3.815. Durante el mes de diciembre se produjeron un total de 774 entradas nuevas y 994 salidas; a 31 de diciembre el número de pacientes en LEQ era de 3.760, lo que suponía un descuadre de 165 registros respecto del mes anterior. Con los sistemas de control adicionales se contabilizaron 7 entradas con fecha de inclusión anterior al mes de diciembre y 158 por reactivación desde el histórico de LEQ, que añadidas a las entradas nuevas del mes daban el cómputo correcto.

Conclusiones: 1) El número de pacientes que permanecen en LEQ no sería explicable sin los recuentos adicionales realizados. 2) Los controles establecidos permiten verificar el balance mensual de la LEQ y, por tanto, de los indicadores producidos. 3) El sistema informático disponible para LEQ no cubre todas las necesidades para la gestión de la información, por lo que se han requerido procedimientos adicionales como los descritos.

Estudio de evaluación de la cumplimentación del informe de alta

B. Cantos Aldaz¹, I. Iniesta Martínez¹, I. Aracil Gómez¹, A. González Baños¹, F. Taberner Alberola¹, R. Peris Bonet^{1,2}

¹UDCA. Hospital Clínico Universitario, ²Instituto "López Piñero" (CSIC-UV), Valencia

Palabras clave: Historias clínicas. Calidad. Estudios de evaluación.

Introducción: El informe de alta es un documento clínico que resume la actividad asistencial prestada al paciente y de cumplimentación obligatoria según regula la Orden 6 de septiembre de 1984 y es un derecho del paciente descrito en la Ley General de Sanidad. Objetivo: Evaluar el grado de presencia y cumplimentación formal de epígrafes básicos del informe de alta en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Métodos: Se analizan las altas del periodo octubre de 1999 a junio de 2000 y los episodios intermedios del Servicio de Anestesia y Reanimación y de la Unidad de Medicina Intensiva de todas las historias clínicas recibidas en la Unidad de Codificación desde el día uno del mes al día quince del mes siguiente (las altas que se reciben fuera de ese periodo no se analizan). Se evalúan los siguientes ítems: presencia del informe de alta, identificación del paciente, diagnóstico principal e identificación del médico. En este periodo se han producido un total de 17.839 altas y se analizan 16.324 de las que 15.506 (86,9%) son altas hospitalarias y 818 son altas de episodios intermedios.

Resultados: De los episodios de alta analizados, el informe de alta está presente en un 94,4%. De los informes de alta presentes los datos identificativos del paciente están cumplimentados y legibles en un 99,7% y el número de historia clínica en un 96,6%. El diagnóstico principal está presente en un 96,7% y es legible en un 99,8%. En la identificación del médico los apellidos están cumplimentados y son legibles en un 94,9%, el número de colegiado está ausente en un 92,7% y la firma del médico está presente en un 86,4%.

Conclusiones: Los resultados globales de la cumplimentación de los datos de identificación del paciente y del diagnóstico principal del informe de alta son satisfactorios ya que están por encima de las cifras publicadas generalmente. Destaca la baja

complimentación del número de colegiado y la ausencia de la firma del médico en un 13,6%. El estudio ha permitido detectar las deficiencias en la cumplimentación de los datos relativos a la identificación del facultativo responsable y las diferencias entre servicios.

Documentación del paciente UCMA

**E. García Bartual¹, N. Ponce Beliard¹,
C. García-Peñuela², E. Tejerina²**

¹UDCA, ²Dirección. Hospital Malva-Rosa

Palabras clave: Cirugía Ambulatoria. Historias Clínicas. Enfermería.

Introducción: La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital Malva-Rosa desde su inicio en 1993 ha ido aumentando su actividad y ampliando su cartera de servicios, precisando la progresiva incorporación en la Historia Clínica, de información específica de este tipo de paciente.

Por ello se ha introducido en el circuito del paciente UCMA unos documentos de seguimiento cumplimentados por los diferentes responsables tanto facultativos, como personal de enfermería.

Material y método: Se presentan los documentos específicos del protocolo de UCMA, puesto en marcha en este Hospital, analizándose los diferentes bloques de información contenidos en los mismos, con especial énfasis de aquellos requeridos para aceptación del paciente en el protocolo de UCMA así como en el preoperatorio inmediato, estancia en URPA y postoperatorio.

Conclusiones: Las nuevas alternativas a la hospitalización, generan nuevos circuitos de pacientes, con la recogida de otro tipo de información que se registra en nuevos documentos de la HC y constituyen la trayectoria clínica del paciente durante su estancia en el Hospital. Precisando los sistemas de información adecuarse a estas nuevas necesidades, así como el estudio para normalización de los datos a registrar y documentos a implantar.

La creciente importancia de la Documentación Médica en el contexto de la medicina

**R. Aleixandre Benavent, M.F. Abad García,
I. Abad Pérez, R. Peris Bonet, A. González Teruel**
*Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación
López Piñero. Universitat de València-CSIC*

Palabras clave: Documentación médica. Bases de datos. Medline.

Introducción: La documentación científica ha alcanzado una importancia creciente en las últimas décadas y su influencia se ha extendido a todas las áreas de la ciencia, entre ellas, a la medicina. Una forma de conocer esta influencia es mediante el análisis de los trabajos incluidos en las bases de datos internacionales. Medline, la base de datos bibliográfica más difundida en ciencias de la salud, incluye los trabajos sobre documentación bajo el descriptor genérico *Information Science*. En Estados

Unidos, el término “documentación” empezó a ser sustituido en los años 50 por el de *information retrieval*, acuñado por Calvin Mooers en 1950, y más tarde por *information storage and retrieval*. Los asistentes a la Conferencia de Washington de 1958 (científicos, especialistas en información, bibliotecarios, indizadores, lógicos, lingüistas e ingenieros) emplearon por primera vez el término *Information Science*. En la segunda mitad de la década de los sesenta se produjo la total sustitución de *Documentation* por *Information Science* en revistas (como *Annual Review of Information Science and Technology*), asociaciones (American Society for Information Science, en lugar de American Documentation Institute) y bases de datos (*Information Science Abstracts*, en lugar de *Documentation Abstracts*). El objetivo de este trabajo es conocer la evolución de la *Information Science* en Medline durante la década de los noventa, tanto a nivel internacional como la aportación española.

Método: Se interrogó la base de datos Medline en soporte CD-ROM y con el sistema de búsqueda WebSpirs, durante el período 1991-2000. Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizó como perfil de búsqueda el término *Information Science*, definido por este sistema de información como “Área de conocimiento, teoría y tecnología, que trata de la obtención de hechos y datos, así como de los métodos y procedimientos implicados en su manipulación, almacenamiento, diseminación, publicación y recuperación. Incluye las áreas de comunicación, edición, biblioteconomía e informática”. La búsqueda se realizó utilizando el recurso *explode* del tesoro *Medical Subject Headings*, lo que, además de garantizar la precisión en la recuperación, permite que la búsqueda se ejecute sobre el término genérico y sobre todos los específicos incluidos en el tesoro. Los términos incluidos en un primer nivel de especificidad bajo *Information Science* son 18.

Resultados: Durante el periodo analizado se incluyeron en Medline 3.841.435 registros, de los que 447.042 corresponden a *Information Science*. El porcentaje de trabajos del área ha ido incrementándose a lo largo de la década, pasando del 9,07% a principios de los noventa al 13,2 al final del período. El porcentaje medio es del 11,64%. Los trabajos españoles incluidos en Medline fueron 41.829, de los que 5.782 corresponden al área, lo que supone el 1,29% de aportación española al área. El porcentaje de trabajos españoles del área también se ha incrementado a lo largo de la década, pasando del 10,5% en 1991 al 15,9% en 2000, a pesar de que la aportación global española a Medline se ha mantenido constante en torno al 1%.

Conclusiones: La documentación en ciencias de la salud está adquiriendo cada vez más importancia y genera una creciente actividad investigadora, puesta de manifiesto a partir del análisis de los artículos publicados en revistas científicas y recogidos en bases de datos bibliográficas. Durante la última década el crecimiento fue de 4,1 puntos en la aportación internacional de la *Information Science* a Medline, de 5,4 puntos en la aportación española de *Information Science* a Medline. Este crecimiento también ha sido observado en la base de datos específica del área DOCUMED.