

Mesa 3. Los usuarios de la información: perspectivas, necesidades y participación

Comunicaciones orales

Diseño del método de valoración del GRD hospitalario a través del análisis del CMBD obtenido por subepisodios

E. Cremaes Mayorga, A.M. Visus Eraso, A. Zudaire Larrión, B. Gorospe Arteaga, M.J. Vicente Arbeláiz, M.M. González Zubiría
Codificación Clínica. Hospital de Navarra, Pamplona

Palabras clave: Episode of Care. Diagnosis Related Groups (DRG). Hospital Information Systems (CMBD).

Objetivo:

- Valorar las desviaciones en los GDRs de pacientes ingresados a través del análisis del CMBD por subepisodios.
- Facilitar información clínica a servicios que actúan habitualmente como "Servicios intermedios" (Intensivos, Digestivo, Cardiología...).

Metodología:

1. VºBº Dirección del Hospital a la línea de trabajo por subepisodios.
2. Obtener el CMBD por subepisodios.
 - Registro administrativo de los subepisodios. (Admisión).
 - Captura informática de los registros de subepisodios. (Codificación).
 - Elaboración del informe de alta y hoja de protocolo quirúrgico por subepisodio. (Servicios Clínicos).
 - Captura del informe de alta y hoja de protocolo quirúrgico por subepisodio. (Codificación-Servicios Clínicos).
 - Captura de informes anatómo-patológicos. (Codificación. Servicio Anatomía Patológica).
 - Indización y codificación de los informes obtenidos (Codificación).
 - Adecuación del CMBD por casos al CMBD por subepisodios:
 - Anulación subepisodios de urgencias (sala de observación).
 - Registro de datos del subepisodio de urgencias en el siguiente subepisodio.

- Evitar duplicidades de diagnósticos por subepisodio y por caso.
- Filtrar diagnósticos por subepisodio que no puedan pasar al caso.
- Filtrar procedimientos por subepisodio que no puedan pasar al caso.
- Registro de Intervenciones Quirúrgicas por subepisodio real.
- Registro de Procedimientos por subepisodio real.

3. Diseñar el sistema de información de diagnósticos y procedimientos a los servicios clínicos, por subepisodios, mediante sesiones conjuntas con representantes de cada servicio, codificación, sistema de información del Hospital de Navarra y analistas informáticos.

Resultados: Disponemos, a fecha de hoy, del CMBD por subepisodios, distribuyendo su información mensualmente a los servicios clínicos, detallando Diagnósticos y Procedimientos por cada Servicio que ha intervenido en la atención de cada proceso del paciente.

Conclusiones: Estamos en condiciones de poder valorar el GDR hospitalario a través del análisis del CMBD obtenido por subepisodios.

Acceso a la información clínica en atención primaria

A. Fernández Valdivia¹, A. Luna Maldonado², C. Martínez Cirre¹, F. Pérez Sáez¹

¹*Servicio de Documentación Clínica. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves", Granada,*

²*Departamento Medicina Legal. Facultad de Medicina, Murcia*

Palabras clave: Confidentiality. Primary Health Care. Questionnaires.

Introducción: Es bien sabido que el paciente tiene derecho a una correcta información del proceso que padece, avalado por la legislación al respecto, pero en nuestro medio los derechos y deberes no se circunscriben solo al médico-paciente, sino a la relación con los familiares del mismo.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido realizar un pilotaje sobre el acceso a la información clínica en Atención Primaria, para continuar con una investigación posterior del mismo.

Métodos: Hemos utilizado un cuestionario con quince preguntas, entregado a 51 médicos de Atención Primaria de las provincias andaluzas de Granada y Jaén. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Un 75% considera que es el responsable del paciente en su caso el familiar al que se debe dar información y un 35% cree que el cónyuge.

El 77% cree que el paciente debe restringir la información clínica a los familiares sólo en algunos casos.

Un 37% opina que hay que dar información a solas al paciente y un 32% considera que este hecho depende de factores como: el tipo de paciente, acompañante, el deseo del paciente, o incluso no se sabe si hay que hacerlo o no a solas.

La información clínica se entrega de forma diversa y es solicitada en un 33% por los familiares y en un 35% por Hospitales, especialistas, Juzgado, etc.

Conclusiones:

- 1.No existen protocolos prácticos de actuación en el manejo de la información clínica que ayuden a resolver con eficacia los problemas asistenciales cotidianos.
- 2.La falta de conocimiento en la legislación influye en la toma de decisiones.
- 3.Este desconocimiento puede provocar la lesión en los intereses legítimos del interesado/a.
- 4.No se plantea en muchos casos el derecho a la intimidad como un objetivo que tiene que cumplirse en la actividad sanitaria asistencial.

Opinión de los profesionales sanitarios sobre el consentimiento informado

C. Martínez Cirre, A. Fernández Valdivia, S. Ricoy Ruiz, F. Pérez Saéz

Servicio de Documentación Médica. Hospital Universitario "Virgen de las Nieves", Granada

Palabras clave: Informed consent. Questionnaires. Faculty medical.

Introducción: El consentimiento informado (C.I.) es un proceso complejo, que unido a la poca concreción de la Ley General de Sanidad sobre esta materia, ha generado inseguridad entre profesionales sanitarios, aumentando la diversidad de interpretaciones y por lo tanto de documentos.

El Servicio de Documentación Médica del H.U. Virgen de las Nieves, quiso conocer la opinión de los facultativos para la regularización de protocolos escritos.

Material y Método: Se utilizó un cuestionario con quince preguntas. Se suministró a un total de 185 facultativos que correspondían a una muestra estratificada por especialidad de una población de 516. Los datos fueron analizados por el programa estadístico SPSS.

Resultados:

- El C.I. sirve para informar al paciente (80%), pero además tiene utilidad como cobertura legal (75%).
- La información se debe suministrar antes de forma verbal (94%).

- Se debe dar información a familiares (64%). Se debe solicitar siempre autorización al paciente para informar (49%).
- El médico responsable de realizar el acto médico o quirúrgico es el que debe de informar (87%)
- Debe quedar plasmado en un documento específico (85%), firmado por el enfermo, médico y testigo (47%) y guardado en la historia clínica (95%)
- Existen varios documentos de CI sin normalizar por especialidad (60%)

Conclusiones:

- Desconocimiento de la legislación que reconoce el derecho a la intimidad del paciente
- Inclinación hacia Medicina Defensiva, apoyándose en protocolos sobre C.I.
- Aumento creciente de documentos para cada tipo de acto médico, con notable repercusión sobre calidad de la historia clínica
- Necesidad de legislación sobre normalización de C.I.

Obtención del *Benchmark* por nivel de hospital y servicio en Andalucía. Estudio comparativo de la casuística obstétrica

F. Morente Romero, J. Pena González, P. Ruíz Díaz, J. de D. Luna del Castillo

Introducción: Dentro de un estudio multicentro desarrollado en nuestra comunidad, nos hemos planteado calcular un estándar propio, que incorpore parámetros de *benchmark*, estratificando por niveles de hospitales, servicios y eliminando extremos. En nuestro caso hemos desarrollado el estándar para los niveles III y IV. A partir de la obtención de este estándar, nuestro objetivo ha sido comparar la casuística obstétrica por nivel de hospital (del I al IV). Hemos seleccionado esta casuística por ser la menos influenciada por diferencias de tecnología e infraestructura.

Material: Para calcular el estándar hemos utilizado todas las altas de los hospitales de los niveles III y IV correspondientes al año 1999 incluidas en el CMBDA.

Para elaborar la comparativa de la casuística obstétrica hemos utilizado todas las altas obstétricas del total de hospitales correspondientes al año 1999 incluidas en el CMBDA.

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

Método: Proponemos un sistema de obtención de norma alternativa al existente actualmente, que distinga por nivel de hospital y por servicio. El análisis de estancias por GRD se realiza mediante la obtención de estadísticos distintos a la media/grd. Introducimos sistemas de *benchmark* a partir del cálculo de Em óptimas por GRD, dentro de cada nivel de hospital y servicio.

Con la norma obtenida por el método indicado se ha comparado la casuística obstétrica de cada nivel de hospital.

Resultados: Hay diferencias significativas utilizando una norma global y una norma por nivel de hospital y servicio.

La norma basada en óptimos (*Benchmark*) es más exigente que la obtenida con la norma basada en las medidas centrales. La eficacia de la comparación es mayor al estar mas ajustada la norma a la casuística.

La comparativa de la casuística obstétrica entre niveles de hospital plantea sobre todo diferencias en cuanto a índice de funcionamiento.

Conclusiones: El estándar debe establecerse por nivel de hospital y servicio. La norma de comparación debe basarse en óptimos (*benchmark*). Se obtiene un buen método de comparación para la casuística obstétrica por nivel de hospitales.

Evolución de los GRD en el período 1998-2000 de pacientes del área 10 atendidos en el Hospital la Fe de Valencia

M.J. Moya García, V. Alberola Cuñat, P. Carrau Giner, E. Gosálbez Pastor, L. Soto Baca, P. Vicente Cortelles

Unidad de Documentación Clínica Admisión. Hospital Universitari la Fe, Valencia

Palabras clave: GRD. Clasificación de pacientes.

Objetivo: Análisis de la casuística del área sanitaria 10 de Valencia atendida en el Hospital Universitario La Fe, utilizando períodos en que dicha área pertenecía a este hospital y períodos en que tiene asignada la atención en el Hospital de La Ribera, de reciente creación.

Para ello, se han estudiado los GRD producidos en los años 1998, 1999 y 2000 del área 10, comparando sus indicadores más relevantes.

Material y método: Se han recogido las altas de hospitalización de los pacientes residentes en el área 10 de los cuatro hospitales que integran el Hospital Universitario La Fe durante los años 1998, 1999 y 2000.

Se ha creado un único *hospital virtual*, que ha integrado todas las unidades o servicios que atendieron a los pacientes objeto del estudio y que presentaban procesos similares. Para ello se obtuvo: a) el CMBD de cada hospital, cuyos datos de diagnósticos y procedimientos se codificaron con la CIE-9-MC 4ª edición, 1999; b) se unieron los CMBD de los cuatro hospitales; c) se sustituyó el valor de la variable hospital por un nuevo valor, que identificaba el hospital virtual; d) se asignaron las diversas unidades asistenciales a grupos de servicios homogéneos; e) se elaboraron los GRD con el HCFA versión 16.0 tanto descriptivos, por año, como temporales.

Resultados: El total de altas estudiado ha sido de 22.303, que es el 100% de las altas producidas, con un promedio de diagnósticos por alta 2,65 y de procedimientos de 0,95.

La estancia media por año observada ha sido de 7,8 en 1998; 8,6, en 1999 y 8,8, en el 2000.

El índice *case mix* es 1,1090 en el periodo 1999 vs 1998; 1,0506 en el periodo 2000 vs 1999; y 1,1175 en el periodo 2000 vs 1998.

El peso relativo en 1999 vs 1998, 1,2118; 2000 vs 1999, 1,0200; y 2000 vs 1998, 1,2360, siendo los GRD 480, 103, 373 y 386 son los que más han contribuido a su aumento.

El documento del consentimiento informado como requisito indispensable para la admisión hospitalaria. ¿Cómo lograr su adecuado cumplimiento?

E. Sierra¹, A. Trullá², E. Cobo³, M. Pacheco⁴, M. Pujol⁵, T. Velasco⁶

¹Director Médico, ²Gerente, ³Profesor Estadística U.P.C., ⁴Anestesiólogo Jefe, ⁵Coordinador de Urgencias, ⁶Admisiones y Archivos. Clínica Ntra. Sra. del Remedio, Barcelona

Palabras clave: Consentimiento informado preoperatorio.

Introducción: Entre los documentos que debe incluir la historia clínica el consentimiento informado debe ser la expresión de una correcta y suficiente información al paciente y es, como otros básicos, de custodia legalmente obligatoria para el centro asistencial donde se realice el acto diagnóstico o terapéutico con riesgo potencial junto con los otros documentos. Por esa obligatoriedad lo habitual en nuestro país en los centros privados y públicos era en los años anteriores y aún ahora en muchos de ellos el presentar a la firma el impreso en el momento de la admisión por un administrativo con lo que la información que se había dado en general por su médico no podía completarse, no podía someterse a reflexión y tenía un acento coactivo. Con el fin de evitar esos inconvenientes se inició una campaña de mejora de la calidad documental en ese aspecto y otros varios.

Material y métodos: En 1997 se iniciaron en las comisiones asistenciales los trabajos para disponer de una hoja genérica normalizada como alternativa a la existente que no cubría los mínimos actualmente necesarios en el documento. Tras su aprobación oficial se pidió su utilización a los médicos de plantilla y a los más de 400 facultativos colaboradores externos. Para ello se enviaron cartas informativas con otros contenidos dirigidos a la mejora documental de las historias. Al observar ligera reacción favorable pero con posterior deterioro se repitieron al final de 1998 las recomendaciones con nuevas cartas dirigidas a todos los médicos con alguna actividad en el Centro y mediante contactos personales con los cerca de noventa especialistas externos más vinculados que realizan más del 96% de la actividad.

El objetivo era conseguir el 100% de buen uso del documento que se entiende debe rellenarse en la consulta del facultativo al final de la suficiente información a la persona a la que se va a prestar el servicio de los motivos fundamentos y fines de la actuación propuesta, complicaciones posibles, riesgos generales y específicos, tipos de anestesia y posibilidades alternativas y resultados que pueden esperarse, así como que el documento se incorpore en el momento de la admisión al resto de los que constituyen el cuerpo de la historia clínica.

Como últimas acciones dirigidas a alcanzar los efectos buscados se insistió de nuevo por todos los canales disponibles desde noviembre de 1999 y durante todo el año 2000 y por último se estableció el 10 de enero del 2001 como fecha improrrogable

para poder aceptar la admisión de los pacientes en la Institución, o cuando menos para poder realizar cualquier acto diagnóstico o terapéutico programado. Por otra parte se advertía que se admitiría cualquier documento similar siempre que tuviera el refrendo de organización colegial o judicial o sociedad científica de la especialidad, pero que siempre debía aportarlo el interesado o sus representantes o tutores firmado por él y por el médico responsable.

Para valorar los efectos de la campaña se hicieron durante enero y febrero del 2001 comprobaciones aleatorias estudiando en grupos de 50 historias de cada periodo controlado si existía. 1. la presencia del documento, 2. la firma del médico y 3. la del paciente o su representante. Cabe decir que el número promedio de movimientos de admisiones es de mil mensuales y los meses y años analizados fueron octubre de 1997, 1998, 1999, marzo y octubre del 2000 y enero y febrero del 2001.

Resultados: Mediante la prueba clásica del chi-cuadrado se han detectado diferencias favorables estadísticamente significativas en los tres parámetros investigados con $P=0,002$ en cuanto a presencia del impreso y firma del paciente y $P=0,001$ en cuanto a la firma del médico. El incremento más notable en el cumplimiento se apreció pues en cuanto a la firma del facultativo, una rareza al empezar la acción de mejora documental y que llegó a 50 sobre 50 en la revisión de febrero del 2001. Los resultados del análisis estadístico mediante la prueba ordinal de Mantel-Haenszel también evidencia una tendencia de incremento progresivo en el cumplimiento de lo profesionalmente necesario y oficialmente normativizado con índice significativo ($P=0,001$).

Discusión: Hasta épocas recientes se ha dado poca importancia a dejar bien documentadas las acciones médicas sobre los pacientes o personas que les solicitan sus ayudas. La idea de hacer las cosas correctamente desde el punto de vista asistencial de ninguna forma debió ni debe desligarse de la necesidad de su completo registro escrito. Este cambio cultural como tantos otros que vivimos en la actualidad es difícil y está ocurriendo más por miedo a las reclamaciones medicolegales que por un verdadero convencimiento de su utilidad y necesidad. Por otra parte es muy desconocido que los centros asistenciales deben conservar una copia de los documentos obligatorios incluso décadas después del fallecimiento, si se sabe, de la persona. Por ello los médicos externos piensan que basta con que en su ficha personal archiven algún impreso de autorización. Como en tantos otros aspectos el *médico-cliente* puede estar poco sensibilizado o poco informado de las obligaciones de todo centro sanitario, público o privado, si quiere mantener la necesaria acreditación y a veces tampoco asume que la seguridad de su enfermo ante todo acto diagnóstico y terapéutico esta en función y relación directa con la información comprendida y admitida por la persona y también la que esté disponible en la historia clínica.

Conclusiones: Los resultados confirman que el objetivo propuesto puede conseguirse en el sector sanitario privado e inde-

pendientemente del modelo de relación laboral o de colaboración de los médicos con el centro asistencial.

El conjunto mínimo básico de datos (CMBD) como herramienta de planificación para los servicios de referencia

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

Introducción: La ordenación sanitaria tiene una utilidad indudable cuando los recursos son limitados, siendo necesario su optimización ya sean éstos, equipamientos o instalaciones sanitarias.

La Planificación sanitaria tiene por objetivo la satisfacción de las necesidades y demandas de los pacientes, estableciendo prioridades de acuerdo con los recursos disponibles.

La distribución de los recursos se basa en criterios de necesidad, demográficos, culturales y en circunstancias geográficas. Siendo la distribución geográfica de recursos un fin primordial de la ordenación sanitaria y dependiente de la proximidad geográfica y de los costes.

La red INSALUD posee 13 servicios de Cirugía Cardíaca (CCA), de ellos cinco están situados en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), existiendo dos Comunidades autónomas (CC.AA.), Castilla La Mancha y La Rioja, que carecen de este servicio. **Objetivo:** El objetivo de este estudio, es la utilización del CMBD como fuente de información de los flujos de pacientes y como herramienta de la Planificación sanitaria.

Método: Se ha utilizado la base de datos del CMBD del año 2000 del INSALUD. Se ha analizado el campo RESIDE, que contiene el código postal de la residencia habitual de los pacientes, cuya cumplimentación, una vez validados los datos, ha sido del 94,87% para ese año.

Resultados: El análisis del CMBD de hospitalización, ha permitido conocer el volumen de pacientes atendidos en cada servicio, así como los flujos de pacientes entre las diferentes provincias en el acceso al servicio de referencia estudiado.

Cada servicio de referencia ha atendido fundamentalmente a pacientes de su Comunidad autónoma, excepto los cinco servicios de Madrid, que además de atender los pacientes de su comunidad, prestan asistencia a los residentes en Castilla la Mancha, cuyas provincias son limítrofes, y el servicio de Cantabria, que atiende a los pacientes de La Rioja.

Conclusiones: El CMBD resulta ser una herramienta útil para la Planificación sanitaria ya que proporciona información válida sobre el volumen de pacientes asistidos y la procedencia de los mismos; contribuye al análisis de la demanda y utilización de servicios y permite establecer criterios para la ordenación de los mismos.

Mejora de la calidad de la información clínica: otro paso

P. Fernández Muñoz, M.J. Fernández Mateo, C. Galán Solar

Servicio de Documentación y Archivo Clínico. Hospital de Cabueñes, Gijón (Asturias)

Introducción: Desde la implantación del CMBD, en nuestro hospital existe una preocupación constante por garantizar la calidad de sus datos.

La posterior introducción de los GRDS, como sistema de clasificación de pacientes institucional, nos obliga a elevar, si cabe, el nivel de exigencia marcado.

Nos planteamos diseñar un sistema de seguimiento de la cumplimentación del CMBD, y posterior asignación de GRDs, que permitiese:

- Identificar posibles problemas en la generación o en la recogida de los datos.
- Detectar y subsanar precozmente las incorrecciones u omisiones producidas.

Métodos: Utilizando, como punto de partida, el *Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico* del Servicio Vasco de Salud, definimos un método de selección de casos revisables, en los que se comprobaron y validaron los datos clínicos codificados. Además, se determinó la rentabilidad de cada revisión.

Obtuvimos dos sistemas de detección distintos, ligados al motivo de alta: fallecimiento o no. Estos procesos se han automatizado, mediante sus explotaciones informáticas correspondientes, empleando los recursos técnicos ofrecidos por la aplicación de GRDs existente en el hospital.

Establecimos una periodicidad trimestral para las revisiones.

Resultados: En relación con la etapa de diseño, queremos destacar que se demostraron diferencias importantes en cuanto a la rentabilidad de las comprobaciones propuestas, siendo menor en el caso de los no fallecidos.

Se encontraron datos incompletos en el 25% de las altas por fallecimiento revisadas.

En cuanto a los efectos obtenidos, la repercusión sobre el peso medio llevó a un incremento del 3%, en el caso de los éxitus, y de un 0,5 en las altas totales.

No se demostró influencia sobre indicadores de funcionamiento.

Conclusiones:

- La limitación de recursos obliga a considerar la rentabilidad de cada una de las revisiones planteadas.

- Estas revisiones tienen mayor sentido cuando las utilizamos como forma de detección de problemas, seguida de la implantación de las acciones de mejora oportunas, y no como una solución unilateral a los déficits de información.
- Es necesario hacer un especial esfuerzo en mejorar la calidad de los datos clínicos en los pacientes fallecidos.

Codificación de un servicio clínico: la unidad de semicríticos

M. Bonillo, M. Rovira, R. Vallès, P. Navarro, N. Ransanz, E. Barceló

Servicio de Documentación Médica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Palabras clave: Codificación. CDM. GRD.

Introducción: Hemos realizado un estudio para identificar la variabilidad obtenida entre el *case-mix*, analizado mediante GRD's, a partir de los datos obtenidos del informe de alta del servicio y el informe de alta del hospital con la finalidad de valorar la utilidad de la codificación de las altas de servicio en los casos de traslados inter-servicios.

Métodos: Se codifica una muestra de 368 informes de alta de la Unidad de Semicríticos mediante la CIE 9 MC.

Los datos obtenidos tras la codificación son introducidos en un fichero Acces y se comparan con la información obtenida por el informe de alta hospitalaria de los mismos pacientes.

El análisis de los resultados se efectúa por medio del agrupador de GRD's de 3M versión 16 HCFA.

Resultados: Obtenemos tablas de distribución por CDM y por GRD y tablas de distribución de los 25 GRD's más frecuentes, por separado para ambas fuentes de entrada y su tabla comparativa.

Tablas de estancias medias comparativas.

Conclusiones: La información que hemos obtenido tras la codificación de un servicio intermedio es menor en volumen y también en especificidad diagnóstica que la obtenida por la codificación del alta hospitalaria y no nos aporta la información que el clínico espera en cuanto a nivel de dependencia de los pacientes ni otros datos de interés asistencial que no pueden obtenerse a partir de la explotación de los GRD's.