

Mesa 4. Experiencias en la aplicación de sistemas de información

Pòsters

Estudio de la mortalidad hospitalaria en un hospital comarcal

M. Saguer Oliva

*Servicio de Documentación médica.
Hospital de Figueres, Figueres*

Introducción: La mortalidad hospitalaria es un indicador sanitario utilizado en el control de la calidad asistencial. Se encuentra influenciada por numerosos factores: pirámide de edad de la población atendida, patología y disponibilidad de centros de enfermos crónicos. El objetivo de este estudio es conocer las causas de mortalidad de los pacientes ingresados en nuestro hospital en el año 2000 agrupadas por GRD.

Material y métodos: Se ha hecho un estudio observacional, transversal de los pacientes ingresados en nuestro centro que fueron exitus durante el año 2000. Se han excluido aquellos que fallecieron en urgencias y que no llegaron a ingresar en planta. Los datos han sido obtenidos del CMBDAH y la agrupación de los GRD se ha hecho con la versión 16.0.

Las variables del estudio han sido: Edad, sexo, GRD, estancia media, especialidad, mes de la defunción, antecedentes patológicos previos y complicaciones durante el ingreso. El estudio estadístico se ha hecho con el SPSS 8.0. Para las variables cualitativas se ha utilizado el test de significación estadística de χ^2 .

Resultados: Se han estudiado 236 casos que representan un 2.4% del total de ingresos. La edad media fue de 76,5 años (DS 12,92). Más de la mitad de los fallecidos fueron varones (59.3%), siendo este dato estadísticamente significativo ($p < 0,004$). Los GRD más frecuentes fueron: el 82 (neoplasias respiratorias) y el 89 (neumonía con complicaciones) con un 8.1% en ambos casos, el 127 (insuficiencia cardiaca y shock) en un 7.2%, el 172 (neoplasias digestivas con complicaciones) en un 4.2%, el 203 (neoplasia sistema hepatobiliar) en un 3.8%, el 174 (hemorragia gastrointestinal con complicaciones) en un 3.4% y el 202 (cirrosis hepática) en un 3.4%. Los GRD más frecuentes en las mujeres fueron el 127, 14 y 202, mientras que en los hombres fueron: el 82 y el 89. La estancia media fue de 10,17 días (DS 8,73); la estancia inferior a 3 días

se encontró en un 26% del total. El servicio que presentó mayor mortalidad fue medicina interna con un 55% ($p < 0,005$), seguido de clínica del dolor con un 23% y cirugía con un 14,4%. Un 33% de los pacientes presentaban algún factor de riesgo (HTA, Diabetes, cardiopatía) y un 5,1% de los casos tenían más de un factor ($p < 0,05$). Un 14,4% de los enfermos tenían como único antecedente patológico el padecer algún tipo de cardiopatía. Las complicaciones más frecuentes en el total de pacientes fueron las respiratorias. En los pacientes quirúrgicos solo un 1.3% falleció por complicaciones infecciosas postquirúrgicas ($p < 0,005$).

Conclusiones:

- El porcentaje de exitus respecto al número de ingresos es de un 2.4%, inferior a los valores estándar que utilizan los comités de mortalidad hospitalaria que oscila alrededor de un 5%.
- Las causas de mortalidad más frecuentes fueron las neoplasias respiratorias, las neumonías complicadas y la insuficiencia cardíaca.
- En nuestro caso los hombres presentan más mortalidad por causa respiratoria que las mujeres.
- Un 38,1% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo asociados a la patología por la que ingresaron.

Monitorización de la infección nosocomial

**R.M. Montoliu Valls, A. Pérez Miras,
F.X. Curià Casanoves**

Institut Guttmann, Barcelona

Introducción: Las infecciones nosocomiales constituyen un grave problema de salud tanto como causa de morbilidad hospitalaria como por el coste social y económico.

Objetivos: Disponer de información directa, inmediata y permanentemente actualizada sobre las infecciones nosocomiales en el centro. Hasta 1993 se disponía de medidas indirectas (consumo de antibióticos, seguimiento casos de SARM, microorganismos más habituales determinados en los diversos medios orgánicos y sus patrones de resistencia...).

Metodología: En 1993, al informatizar el curso clínico y la prescripción de medicamentos desde las distintas unidades de hospitalización, se pensó en informatizar los comunicados epidemiológicos. Siempre que el médico prescribe un antibiótico, ha de cumplimentar obligatoriamente el comunicado epidemiológico donde se recoge:

- Si se trata de una infección nosocomial o no. Tipo.
- Impresión diagnóstica. Diagnóstico definitivo.
- Si el tratamiento es empírico o se realiza según antibiograma. Si existe control bacteriológico previo, también se registra el germen y si está "en curso", se pospone la cumplimentación de este apartado.
- Existencia o no de factores de riesgo y tipo.

Existe además la posibilidad de cumplimentar un comunicado sin necesidad de ligarlo a la prescripción antibiótica para los casos de infecciones víricas o que no precisen tratamiento antibiótico, y también al prescribir antibióticos fuera de guía.

Resultados: El sistema permite obtener información "on line" (directa, inmediata y permanentemente actualizada) de:

- Tasa de infecciones nosocomiales y no nosocomiales en el centro diferenciando si se han tratado o no con antibiótico, y si se han tratado, si la prescripción ha sido empírica o según antibiograma.
- Tasa de infecciones nosocomiales y no nosocomiales por unidad de hospitalización.
- Tipo de infecciones y gérmenes responsables.
- Infecciones pendientes de diagnóstico definitivo o de confirmación bacteriológica.
- Uso de antibióticos en profilaxis quirúrgicas.

Conclusiones: Se dispone de información "al día" sobre:

- el mapa bacteriológico, tasa de infecciones y tipo en cada unidad de hospitalización, lo que permite establecer los programas de prevención y control más adecuados en cada circunstancia,
- el uso de antibióticos en profilaxis quirúrgicas.

Adaptación de la clasificación internacional de la atención primaria (CIAP) a los *Ambulatory Care Groups* (ACGS)

R. Navarro Artieda, A. Sicras Mainar, J. Serrat Tarrés

Badalona Serveis Assistencials. Hospital Municipal de Badalona

Palabras clave: Casuística. Clasificación de pacientes. Iso-consumo.

Introducción: El aumento en la utilización de los recursos sanitarios se debe a los cambios demográficos, las innovaciones tecnológicas y al crecimiento de las expectativas de los usuarios. En este escenario, los sistemas de clasificación de pacientes por iso-consumo de recursos, se muestran potencialmente útiles para el ajuste de la financiación de los centros, la medida de las cargas de morbilidad y la evaluación de la eficiencia de los equipos. El objetivo del estudio es valorar la adecuación de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria para la obtención de los *Ambulatory Care Groups* en nuestro centro.

Métodos: Se ha utilizado un diseño descriptivo en el que la unidad de estudio fue el paciente a partir de los motivos de

consulta/episodios generados por el equipo de Atención Primaria que atiende a una población urbana de 19.720 habitantes durante el año 2000. Las variables analizadas fueron la edad, el sexo, las visitas realizadas y los diagnósticos atendidos. Se obtuvo la codificación de los diagnósticos a partir de la CIAP, el método de obtención de los ACGs sigue las siguientes etapas:

1. De CIAP a CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades)
2. De CIE-9-MC a 34 ADGs (*Ambulatory Diagnostic Groups*)
3. De 34 ADGs a 12 CADGs (*Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups*)
4. De 12 CADGs a 25 MACs (Major Ambulatory Categories)
5. De 25 MACs a 52 ACGs (*Ambulatory Care Groups*)

Los criterios seguidos en la primera etapa de CIAP a CIE-9-MC fueron diferentes según se estableciera una relación de uno a ninguno, de uno a uno o de uno a varios. Además, en éste último caso, se definieron varios criterios a partir de los ADGs registrados, estableciéndose un grado de consenso entre los autores como eslabón final (CIAP-CIE-ADGs).

Resultados: El número total de motivos de consulta/episodios de atención durante el período de estudio fue de 160.711 (9,9 episodios por paciente atendido), con 128.068 visitas realizadas (7,9 visitas por paciente atendido; 1,2 episodios por visita). El número total de epígrafes CIAP analizado fue de 700 (1.346 descriptores diferentes), la conversión de CIAP a CIE-9 se estableció de uno a ninguno en 147 epígrafes, de uno a uno en 221 y de uno a varios en 332. Se presentan los resultados según cada uno de estos criterios y se establece una relación de frecuencias y visitas promedio para cada uno de los 52 grupos de ACG analizados.

Conclusiones:

1. La CIAP es una clasificación útil para la atención primaria, a pesar de que presenta limitaciones en cuanto a la poca exhaustividad de algunos de sus códigos.
2. Será necesario establecer nuevos estudios para conseguir una relación directa con los ADGs o con los descriptores de cada código CIAP.
3. La explotación de los ACGs se muestra potencialmente interesante en el conjunto de los pacientes atendidos en un centro de salud.

Instauración de un Registro de Tumores intrahospitalario

C. Gimeno, M. Martín, N. Andreu, F. Losa, L. Camacho

Servicio de Gestión Asistencial. Unidad Funcional de Archivo y Documentación Médica. Consorcio Sanitario de la Cruz Roja de Cataluña, Hospital de la Cruz Roja de Hospitalet, Hospitalet de Llobregat

Palabras clave: Hospitals. Neoplasms. Registries.

Introducción: El hospital de la Cruz Roja de L'Hospitalet de Llobregat (Consorci Sanitari de la Creu Roja a Catalunya), situado en la Región Sanitaria Costa de Ponent, con una población aproximada de 1.155.000 habitantes, comparte su área de influencia con otros centros hospitalarios, entre los que destaca la Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Dada la estrecha colaboración entre ambos centros, se puso en marcha en 1999 un registro hospitalario de tumores siguiendo la meto-

dología aplicada en el que ya existía desde 1990 ubicado en el Institut Català de Oncologia, con el fin de contribuir a un mejor registro de los pacientes oncológicos de la Región. El objetivo de este trabajo es describir la metodología empleada, así como los primeros resultados obtenidos.

Métodos: Se registraron todos los casos de cáncer diagnosticados y/o tratados en nuestro centro a partir de la fecha de inicio del registro. Se incluyeron tanto los tumores malignos como los carcinomas in situ. Se excluyeron del registro los carcinomas basocelulares, así como aquellos pacientes con historia previa de neoplasia al inicio del registro. Se consideró como unidad de registro el tumor primario y no el paciente. Como fuentes de casos se utilizaron el servicio de Anatomía Patológica (biopsias, citologías, necropsias), el servicio de Documentación Médica (informes de alta hospitalaria) y el servicio de Hematología. La recogida de la información se realizó mediante la consulta informática de las diferentes bases de datos de los mencionados servicios, información a la que se añadieron los datos de filiación y epidemiológicos obtenidos de las bases de datos administrativa y de consultas externas del hospital. Las principales variables registradas fueron, por un lado, de tipo administrativo (número de historia clínica, número de registro, fecha de nacimiento, sexo, provincia de nacimiento, dirección y teléfono actuales, centro de procedencia, DNI y CIP), y, por otro, clínicas (servicio que diagnostica el tumor, tipo de diagnóstico, localización según los tres primeros dígitos de la CIE-9, morfología según la codificación SNOMED, TNM clínico informado al alta hospitalaria, existencia o no de tumores múltiples, fecha de incidencia definida como la primera fecha en que aparece el diagnóstico del tumor).

Resultados: Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1999, se registraron 645 neoplasias en un total de 642 pacientes, de los que el 57,2% eran hombres. El grupo de edad de mayor incidencia fue el de 60 a 69 años (55,8%), seguido por el grupo de 70-79 años, con el 21,7%. Respecto a la Comunidad Autónoma de nacimiento, el 21,5% de los pacientes procedían de Catalunya y el 27,9% de Andalucía. Hubo confirmación histológica en el 81% de los casos. En conjunto, las localizaciones más frecuentes fueron, por este orden, la neoplasia de colon (12,6%), de pulmón (11,5%) y de mama femenina (10,1%).

Conclusiones: La puesta en marcha del registro de tumores, además de ofrecer información fiable para la planificación y administración del centro, como apoyo a la Comisión de Tumores, para la evaluación de la calidad clínico-asistencial y para la investigación, constituirá en el futuro una base para el estudio de la supervivencia y para el registro de cáncer de la población estudiada.

Estructura organizativa de un sistema de información sanitario hospitalario

J. Mariñas, E. Bouzas, I. Vázquez, C. Lema, M. Castro, J. Escudero

Staff de Gerencia. Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña

Palabras clave: Codificación. Organización. Información.

Introducción: La actual valoración del *case-mix* hospitalario en el SNS basada en el sistema GRD tiene como pilar fundamental la codificación clínica. El máximo aprovechamiento de re-

ursos documentales, informáticos, etc. Llevará parejo una mayor calidad de estos procesos con el consiguiente aumento de la eficiencia de los sistemas.

Métodos: Estudio descriptivo de la estructura organizativa del sistema de información sanitaria del Complejo Hospitalario Juan Canalejo. Se detalla la estructura básica y las novedades incorporadas y sus interrelaciones.

Resultados: El complejo hospitalario cuenta con 1300 camas. En el año 2000 se produjeron 42.492 altas y el porcentaje de codificación fue de 99,98%.

Los sistemas de información sanitaria del Complejo están centralizados en el *Staff* de Gerencia, que depende directamente de la Gerencia. Está integrado por un jefe de servicio, un responsable de unidad, 3 médicos documentalistas, un técnico superior, dos DUE y una auxiliar administrativa. La sistemática de funcionamiento (común a la mayor parte de centros) consiste en la codificación mediante la CIE-9-MC de los episodios de hospitalización mediante el informe de alta y/o historia clínica para incorporarse al CMBD y posterior tratamiento. Como también es habitual se cuenta con el apoyo de la documentación técnica en el campo de la codificación clínica: Boletines del Ministerio de Sanidad, Boletines autonómicos, publicaciones de la Central Office on ICD-9-MC, manuales, etc.

Partiendo de esto se han incorporado accesos a:

- Registro informático de anatomía patológica.
- Registro informático de quirófanos.
- Registro informático de enfermería.
- Servidor común con los servicios clínicos para la gestión de informes de alta.
- Internet y a bases documentales médicas (Medline, IME, etc.)
- Responsable médico del área de codificación en cada servicio clínico.
- Intranet del SERGAS: Sistema de información de hospitalización de agudos (SIAC-HA).
- Software de apoyo a la codificación y gestión de pacientes: DRG Finder 3M®, Estación Clínica 3M®.

Conclusiones: Las incorporaciones de las nuevas herramientas han supuesto disponer de mas fuentes de información complementarias entre sí.

La informatización progresiva de la gestión de la información ha mejorado notablemente el funcionamiento del sistema, reduciendo en una mayor calidad de los procesos realizados.

Discordancia entre CMBD y otras bases de datos: el paradigma de los trasplantes de órgano sólido

G.M. Rey García¹, A. Mediero Domínguez¹, J. Montes Santiago²

¹Unidad de Codificación Diagnóstica, ²Servicio Medicina Interna. Hospital Meixoeiro, Vigo

Palabras clave: CMBD. Trasplantes órganos.

Introducción: Una planificación eficiente de los recursos exige un conocimiento preciso y fiable de los datos sanitarios de cada momento. Determinar la fiabilidad de los datos de GRD,s de trasplantes de órgano sólido obtenidos a partir de la base de datos CMBD-H mediante su comparación con las estadísticas

proporcionadas por la Oficina Nacional de Trasplantes (ONT) y su impacto en el presupuesto económico.

Métodos: Se obtuvieron los datos sobre GRD,s correspondientes a trasplantes de corazón (GRD 103), riñón (302), hígado (GRD 480) y pulmón (GRD 795) a partir de la base de datos CMBD del Sistema Nacional de Salud durante los años 1997 y 1998 y se compararon con las estadísticas publicadas para dichos trasplantes por la ONT. Al igual se obtuvieron los datos de CMBD de la Comunidad Autónoma de Galicia durante los años 1997 al 2000 y se compararon con los datos de la Oficina de Coordinación de Trasplantes(OCT). Asimismo, se calculó el déficit presupuestario correspondiente a la infranotificación de trasplantes en 1998 por el CMBD.

Resultados: (Tabla 1)

Tabla 1.

	Peso GRD	Año 1998	
		Desviación en base de datos	Impacto en millones pts.
GRD 103 (Corazón)	33,9368	23%	855
GRD 302 (Riñón)	10,6644	15%	995
GRD 480 (Hígado)	35,5168	21%	2.066
GRD 795 (Pulmón)	36,8920	10%	149
			4.065

Conclusiones: Se observa una importante infradeclaración de la base de datos CMBD frente a los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), en la comunicación de los trasplantes de órganos sólidos, si bien tal discordancia parece reducirse paulatinamente, y teniendo en cuenta que CMBD registra el caso por fecha de alta y la ONT por la fecha de intervención. Es preciso establecer una coordinación entre las distintas fuentes de datos sanitarios, tanto autonómicas como estatales, para garantizar al máximo la fiabilidad de los mismos.

Comorbilidad y edad

F. Gómez Olmos, M.V. López Marco, A.M. Martín Casado, M.T. Martín Casado
Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila

Fundamento: La acumulación de enfermedades crónicas ligada al envejecimiento es un hecho bien conocido. Sin embargo, el examen cuantitativo de la relación entre edad y comorbilidad, objetivo de este estudio transversal, no ha recibido la atención que merece a pesar de su importancia en la formulación pronóstica, en la planificación terapéutica, en el tratamiento y en la financiación de hospitales y servicios.

Pacientes y métodos: Las altas efectuadas en el año 2.000 en el Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles del INSALUD de Avila fueron 13.203, de las cuales 2.333 (17,67%) fueron de Medicina Interna. El cómputo de diagnósticos al alta por episodio de hospitalización (DEH) fue realizado siguiendo las recomenda-

ciones de la CIE-9-MC. Cada paciente fue incluido en un grupo de edad de 1 a 21: el 1º comprende el intervalo de edad de 0 a 5 años, el 2º el de 6 a 10 años, etc., hasta el 21 (pacientes de más de 100 años). La asociación fue examinada mediante regresión lineal, utilizando las medias de diagnósticos/episodio en ambos géneros.

Resultados: La media global de DEH fue de 3,9; la del Servicio de Medicina Interna fue 6,3. Los siguientes diagramas muestran la distribución de DEH por edades y la línea de regresión simple del total de los Servicios del Hospital y del Servicio de Medicina Interna:

- Las ecuaciones de regresión de la edad sobre DEH son:
 - a. Global del Hospital: $= 1,257 + 0,225X$
 - b. Servicio de Medicina Interna: $= 1,601 + 0,295X$

en las que es el número estimado de DEH en un paciente cuya edad es X. En la ecuación global se obtuvo un valor t de 15,468 ($p=0,000$) para la pendiente de la recta; en el Servicio de Medicina Interna el valor t fue 12,884 ($p=0,000$). La variación del número de diagnósticos explicada por la edad fue de 32,9% en el global del Hospital y 83,0% en el Servicio de Medicina Interna.

Conclusiones: El número de diagnósticos al alta por episodio de hospitalización mostró una asociación positiva con la edad. La variación explicada por la edad fue superior en el Servicio de Medicina Interna a la global de todos los Servicios hospitalarios.

Análisis del CMBD: hemorragia post-amigdalectomía en adultos

J. Díaz, P. Pipenbacher, J. Mariñas, E. Bouzas, I. Vázquez, M. Castro
Staff de Gerencia. Complejo Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña

Palabras clave: Amigdalectomía. Ambulatoria. Criterio.

Introducción: Existe cierta controversia sobre la idoneidad de incluir ciertos procedimientos quirúrgicos en los programas de cirugía ambulatoria, como la amigdalectomía, por la relativa frecuencia con que se presenta una complicación hemorrágica. El objetivo es valorar la importancia de este factor mediante el análisis del comportamiento de la distribución de la complicación hemorrágica post-amigdalectomía en nuestro hospital.

Método: Se comparan las distribuciones temporales de dicha complicación entre pacientes ingresados y ambulatorios.

Para ello se estudiaron los ingresos por hemorragia en un periodo de 30 días posterior a una intervención de amigdalectomía en la UCSI por el servicio de ORL a pacientes adultos realizadas entre el 1/11/1997 y el 30/11/2000.

La muestra de los pacientes operados con ingreso la conformaron los adultos amigdalectomizados, excluyendo patología neoplásica y aquellos que presentaron en el ingreso un sangrado postoperatorio, realizadas por el mismo servicio en el mismo periodo.

Resultados: En los pacientes operados en UCSI se incluyeron para el estudio 13 pacientes: De ellos, el 23,1% ingresaron después de la intervención. Ningún paciente ingresó entre el primer y tercer día tras la operación. El 69,2% reingresaron entre el 4º y 6º día.

En los pacientes ingresados la estancia media fue de 2,2 días D.E: 1,9. El total fue de 181, de los que el 90,6% tuvieron una estancia de 1 a 3 días. Solo el 8.8% tuvieron una estancia de 4 o más días.

Conclusiones: Si bien la presentación con una frecuencia elevada de complicaciones hemorrágicas en las amigdalectomías podría considerarse como un argumento en contra de su realización ambulatoria, se debe considerar que dicha complicación aparece con una latencia superior a la estancia media de los episodios de pacientes operados con ingreso.

Esto implica que la proporción de pacientes sobre los que se tendría mejor control de la complicación por estar ingresado, si se presentase, sería muy pequeña y lo que ocurriría es que, ésta, aparecería en su domicilio generando un posterior reingreso y se habría perdido las ventajas que supone la cirugía ambulatoria.

Variabilidad clínica en costes por GRD

M.C. Díaz Peino, A.I. Ramón Herrera, M. Rovira Barberá

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

Palabras clave: GRD. Variabilidad. Costes.

Introducción: Los GRD se constituyen en un sistema de clasificación de pacientes que mide el *case-mix* hospitalario clasificando el producto hospitalario en grupos con un consumo de recursos similares.

La base para estimar este iso-consumo estaría en la clasificación de procesos por el diagnóstico, los procedimientos empleados y las posibles complicaciones o co-morbilidades.

Para un mismo GRD la variabilidad clínica, influye en el proceso de control de gestión y puede generar mayores costes de actuación sin que se puedan demostrar evidencias de mejora en los resultados.

Metodología: Se realiza un estudio sobre uno de los GRD'S más frecuentes del hospital.

Se realiza el estudio de un análisis comparativo entre los dos Servicios con mayor frecuencia de este GRD en el periodo de 1999.

Se evalúa para ello, la procedencia del ingreso (urgente o programado), la estancia media por Servicio, la complejidad del paciente y las pruebas complementarias diagnósticas realizadas.

En el análisis comparativo, se retiran en ambos Servicios los outliers que pueden influir en la variabilidad de los costes.

Resultados: Se observa que para el mismo GRD el coste por proceso oscila hasta un 35% entre ambos Servicios. Observando que lo que nos mide esta variabilidad es una mayor estancia media por cada paciente en dicho Servicio, la mayor realización de pruebas complementarias efectuadas, así como la complejidad de los diagnósticos secundarios.

Conclusiones: Se observa que la agrupación de casos por GRD no mide correctamente el coste por proceso, dada la variabilidad encontrada dentro del mismo GRD.

Creemos que dicha variabilidad podría mejorarse mediante la realización de guías de unificación de criterios de la práctica médica.

Utilización de los GRD de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria para cálculo de estancias evitadas

E. García Bartual¹, N. Ponce Beliard¹, M.A. Escartí², E. Gosálbez Pastor³, E. Tejerina⁴

¹UDCA, ²Servicio de Cirugía. Hospital Malva-Rosa, ³UDCA. Hospital La Fe, ⁴Dirección. Hospital Malva-Rosa, Valencia

Palabras clave: Cirugía ambulatoria. Estancias hospitalarias. Gestión.

Introducción: El aumento de la expectativa de vida y el mayor nivel de exigencia de los ciudadanos comporta una mayor demanda asistencial hospitalaria. La alternativa al aumento de camas es la disminución de las estancias, La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital Malva-Rosa desde su inicio en 1993 ha ido aumentando su actividad y ampliando

Tabla 1.

Grd	-96		Grd	-97		Grd	-98		Grd	-99	
	N	Em		N	Em		N	Em		N	Em
039	651	1,4	039	1.708	1,4	039	2.012	1,4	039	2.250	1,4
225	148	2,4	225	168	2,4	266	384	3,2	266	394	3,2
342	105	0	119	149	2	225	301	2,2	225	329	2,4
119	82	2	040	120	1,8	119	297	2	119	299	2
232	65	1,5	342	96	0	270	235	2,4	270	238	2,2
351	59	0	042	95	3,6	227	156	1,8	227	157	2,5
229	55	1,7	266	95	3,2	162	143	1,9	162	136	1,9
227	55	2,5	232	82	1,5	232	108	1,5	232	134	1,5
267	29	1,5	267	66	1,5	006	100	3,6	006	122	1,2
162	27	1,9	229	63	1,7	229	84	1,7	229	118	1,7
	1.276			2.642			3.820			4.177	
Est ev:	1.853			4.283			7.083			7.520	

N= num Casos; Em = Em del estándar

su cartera de servicios, repercutiendo en el mayor aumento de estancias evitadas.

Material y método: El estudio de los 10 GRD de UCSI mas frecuentes habidos en cada uno de los años -96, -97, -98, -99 ha permitido al compararse con la estancia media estandar del mismo GRD de hospitalización (Norma lasist 2000) el cálculo de las estancias evitadas.

Resultados: Se presentan los resultados obtenidos de las estancias evitadas, como información útil para adecuación de las necesidades del recurso cama, y gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (Tabla 1).

Conclusiones: Actualmente se hace preciso el estudio de las estancias evitadas, por la cirugía ambulatoria, con el fin de adecuar los recursos hospitalarios a las nuevas alternativas quirúrgicas y facilitar la gestión de los pacientes en lista de espera.

Registro de cáncer del Hospital Clínico Universitario de Valencia

**J. Estellés Olmos¹, R. Molada Pérez¹,
I. Iniesta Martínez¹, I. Abad Pérez^{2,3},
R. Peris Bonet^{1,3}, A. Lluch Hernández⁴**

¹UDCA. Hospital Clínico Universitario, ²UDCA. Hospital General Universitario, ³Instituto "López Piñero" (CSIC-UV), ⁴Comisión de Tumores. Hospital Clínico Universitario, Valencia

Palabras clave: Registros, Neoplasias, Sistema de información hospitalario.

Introducción: El registro de cáncer de hospital es un instrumento informativo indispensable para monitorizar todos los casos de cáncer diagnosticados o tratados en el centro. La finalidad del registro hospitalario es describir la casuística asistida,

la asistencia prestada y contribuir a vigilar su calidad para atender las necesidades de la administración del hospital, de su programa de cáncer y, sobre todo, del paciente individual. **Objetivo:** Describir los resultados correspondientes a los casos registrados durante el período 1990-1998.

Métodos: El registro se estableció a partir de un estudio de fuentes de información para asegurar la exhaustividad. Las definiciones de los datos del registro se ajustan a normas internacionales. Caso registrable es cualquier paciente con un tumor clasificable con la CIE-O (código de comportamiento ≥ 2), un papiloma de vejiga o cualquier tumor del SNC, que contacte el hospital para diagnóstico y/o tratamiento, aunque éste sea parcial, en cualquier fase de la enfermedad. Se excluyen los epitelomas. La recogida de casos es activa, realizada por personal del registro. La aplicación informatizada del registro permite el acceso automático a la lista de espera quirúrgica, informes de alta y primeras visitas de Oncología. Todos los casos se confirman con la historia clínica.

Resultados: Durante el período 1990-1998 se han registrado 14.278 casos nuevos de los que el 85% han sido diagnosticados y/o tratados en el centro. De este grupo el 55,2% son hombres y el 44,8% mujeres, la razón de masculinidad es 1,2. La mayor frecuencia de casos se produce a los 65-69 años, siendo la edad media de 61,9 en los hombres y 59,6 en las mujeres. Las localizaciones más frecuentes en hombres son pulmón (25,2%), vejiga (9,2%), próstata (6,7%), laringe (5,9%) y colon (5,2%); y en mujeres, mama (36,9%), colon (5,9%), cuerpo de útero (5,3%), ovario (5,0%), y leucemias-mielomas (4,4%). La verificación histológica es del 91%.

Conclusiones: Los resultados son similares a los de la mayoría de los registros de tumores hospitalarios. Estos sistemas de información constituyen una herramienta básica para monitorizar la calidad de la asistencia y para la actividad de los registros poblacionales.