

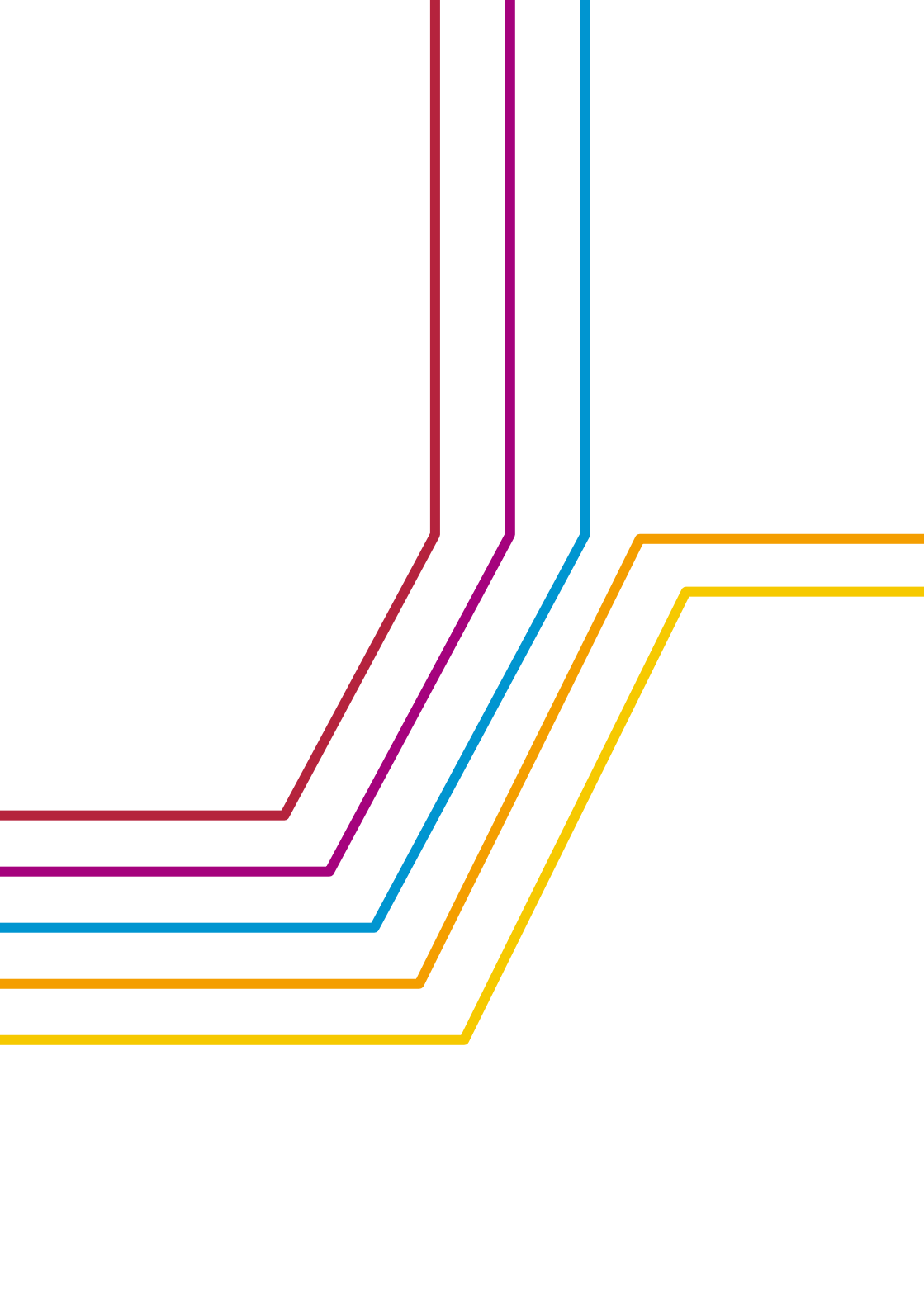


MANUAL DE AUDITORÍA
**Conjunto Mínimo
Básico de Datos**

Hospitales del sistema sanitario
Público de Andalucía



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD





MANUAL DE AUDITORÍA
**Conjunto Mínimo
Básico de Datos**

Hospitales del Sistema Sanitario
Público de Andalucía



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Autores

Yolanda Fornieles García*
Juan A. Goicoechea Salazar**
Araceli Díaz Martínez**
Guadalupe Carmona López*
Oscar J. Mendoza García*
M^a Carmen Valcárcel Cabrera*

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública
Campus Universitario de Cartuja
Granada, España
www.easp.es

D.L. GR-3190/2009

I.S.B.N. 978-84-87385-98-8

Diseño y Maquetación Catálogo

Imprime Gráficas Alhambra

* Área de Conocimiento Gestión de la Práctica Asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública.

** Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.



Índice

1	Introducción	5
2	qué se pretende con este manual	11
3	Cómo se hace	15
4	cuáles son las fases	19
	4.1. Diseño y planificación	22
	4.1.a. Constitución del equipo director del proyecto	22
	4.1.b. Definición de los indicadores a evaluar	22
	4.1.c. Información de las características del Servicio de Documentación Clínica	23
	4.1.d. Determinación del tamaño muestral y extracción de la muestra	24
	4.1.e. Constitución y formación de los equipos auditores	27
	4.1.f. Selección de hospitales	28
	4.1.g. Elaboración de formularios y soporte informático de recogida de información	28

4.2. Trabajo de campo	29
4.2.a. Calendario y duración de las sesiones de trabajo en los hospitales	29
4.2.b. Contacto con los hospitales a auditar	29
4.2.c. Recogida de información y grabación de datos	30
4.3. Análisis de la información	31
4.3.a. Definición de los errores e indicadores utilizados en el análisis de la codificación de las variables de diagnóstico, procedimientos y causas externas	34
4.3.b. Discrepancias en la asignación de GRD	46
4.3.c. Discrepancias en el valor del índice casuístico	48
4.3.d. Análisis de las variables administrativas	48
4.3.e. Estructura y orden de la historia clínica e informe de alta	50

Anexo I

Servicios clínicos incluidos en cada estrato de la muestra	55
--	----

Anexo II

Componentes del grupo de auditoría	59
------------------------------------	----

Anexo III

Formulario de recogida de información	63
---------------------------------------	----

Anexo IV

Formulario de grabación	67
-------------------------	----

Anexo V

Formulario de recogida de información del Servicio de Documentación Clínica	71
---	----

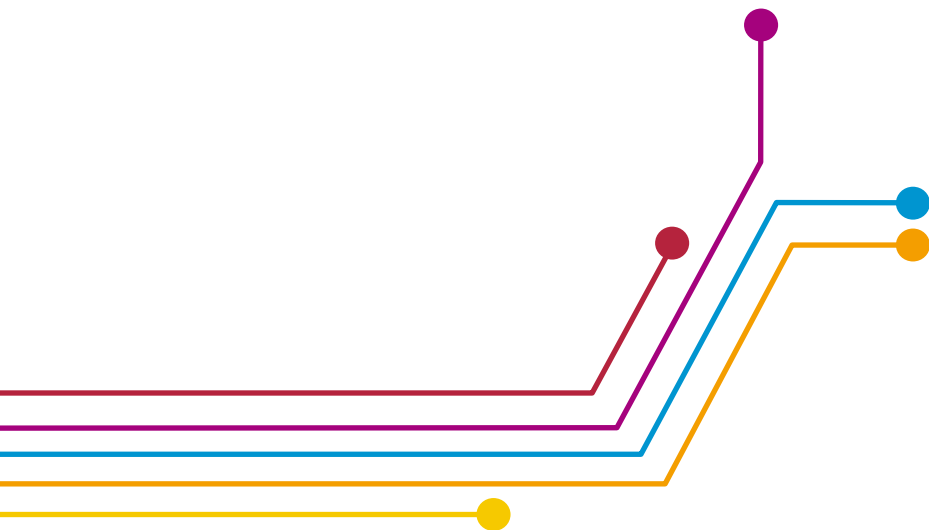
Referencias

	79
--	----

A decorative graphic on a purple background. It features several colored lines (yellow, cyan, white, brown) that enter from the left and branch out towards the right. The lines are styled with rounded corners and some end in small circles of the same color. The text '1. Introducción' is positioned to the right of the branching lines.

1. Introducción

Podemos definir el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del episodio asistencial de un paciente asistido en un centro hospitalario como el conjunto de variables, obtenidas desde el ingreso hasta el alta, que proporcionan datos de dicho paciente, del centro y del servicio que le atienden y de su proceso asistencial y que contienen información básica de utilidad para diferentes usuarios (clínicos, gestores, planificadores, epidemiólogos)¹.



Aunque la puesta en marcha del CMBD en los diferentes Servicios de Salud de España parte con la importante ventaja de la existencia de estándares internacionales (EEUU desde 1974 y en la Unión Europea desde 1982), actualmente se enfrentan a idénticos problemas de calidad y contenidos, especialmente en lo relativo a la exhaustividad, selección y codificación de la información clínica².

Los resultados de varios estudios de revisión de la calidad de los datos diagnósticos del CMBD, realizados en EEUU en la década de los 90, muestran proporciones de error en torno al 20%³.

En España, los estudios^{4,5} que evalúan la calidad de la información clínica del CMBD mediante la revisión de la historia clínica, muestran que entre un 20 y un 30% de los registros cambian los Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) asignados inicialmente tras haber sido recodificados utilizando como fuente de información la historia clínica.

En el estudio sobre el análisis automatizado de la calidad del CMBD en 20 hospitales del Servei Valencià se detectaron importantes problemas de volumen y especificidad de la información clínica recogida, lo que les llevó a concluir que la calidad de los datos clínicos utilizados en la construcción de sistemas de ajuste de riesgos puede dar lugar a sesgos⁶. Estos mismos autores confirmaron la presencia de un sesgo de información, caracterizado por el subregistro de comorbilidad crónica².

Uno de los trabajos más ambiciosos publicados en nuestro país, no exento de problemas metodológicos, fue una auditoría del Insalud⁷ sobre el CMBD de 1993 realizada en 23 hospitales públicos españoles (revisión de 9.195 historias). Los resultados mostraron un 19,5% (IC

95%: 18,7%-20,3%) de errores en la selección del diagnóstico principal (error de indización) y un 8% (IC 95%: 7,5%-8,5%) de errores en la asignación de códigos (error de codificación). El porcentaje de variación obtenido en el índice casuístico fue del 7,8%. Sin embargo, en la publicación de los resultados no figuran los porcentajes de errores producidos en la asignación de GRD.

En el año 2000 se publican los resultados de un estudio realizado en los ocho hospitales de la Región de Murcia (muestra de 796 historias) con una metodología similar a la desarrollada en este manual. Se observa en este caso un porcentaje de discrepancias del 41,6% (IC 95%: 37,4%-45,9%) en la selección del diagnóstico principal, un 33,5% (IC 95%: 28,5%-38,5%) para el procedimiento quirúrgico principal y un 29,6% (IC 95%: 25,7%-33,4%) en la asignación de GRD, con un porcentaje de variación del índice casuístico del 1,7%⁸.

Los estudios de calidad de las variables administrativas del CMBD son escasos, destacando el realizado en los hospitales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud en 2005 en el que se puso de manifiesto la variabilidad existente entre las distintas variables. Los porcentajes de error varían entre el 0,7% en la variable sexo y el 24,9% en la de médico responsable. Además las diferencias entre hospitales fueron estadísticamente significativas⁹.

El uso creciente del CMBD en la gestión y la incorporación de los sistemas de medición de la casuística hospitalaria a través del GRD así como la evolución de las prácticas de codificación en nuestro país han conducido a un mayor énfasis sobre la calidad del CMBD. Los datos obtenidos en los diversos estudios ponen de manifiesto que es extrema-

damente importante la puesta en marcha de instrumentos que garanticen la calidad y que aseguren la exactitud de la información del CMBD que depende tanto del productor de información o clínico en lo que respecta a la exactitud, exhaustividad y ordenación de la información que aporta al informe de alta, como del documentalista en la posterior codificación de la misma.

En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud durante los años 1998-2000 realizó un primer proceso de auditoría del CMBD y acreditación de los servicios de documentación de 19 hospitales de la red pública¹⁰.

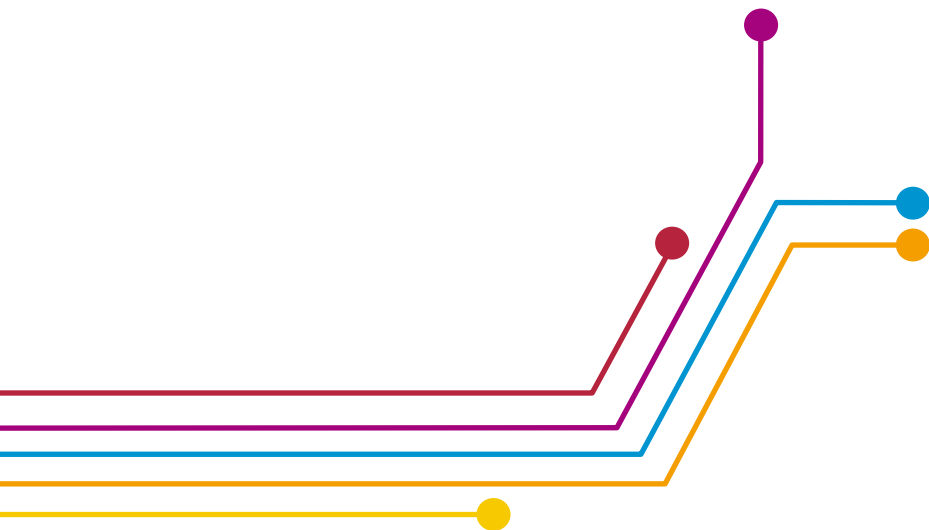
La metodología que se expone en este manual es la utilizada para el proyecto de auditoría del CMBD de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que se están llevando a cabo por el Servicio de Producto Sanitario de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Este proyecto supone uno de los trabajos más relevantes desarrollados en nuestro entorno por el volumen de historias clínicas a auditar (más de 10.000 en los 34 hospitales del SSPA) y la metodología de revisión de la codificación.

A decorative graphic on a purple background. It features several colored lines (yellow, blue, white, brown) that start from the left edge and branch out towards the center. The lines end in small circles of the same color. The text '2. Qué se pretende con este manual' is positioned to the right of these lines.

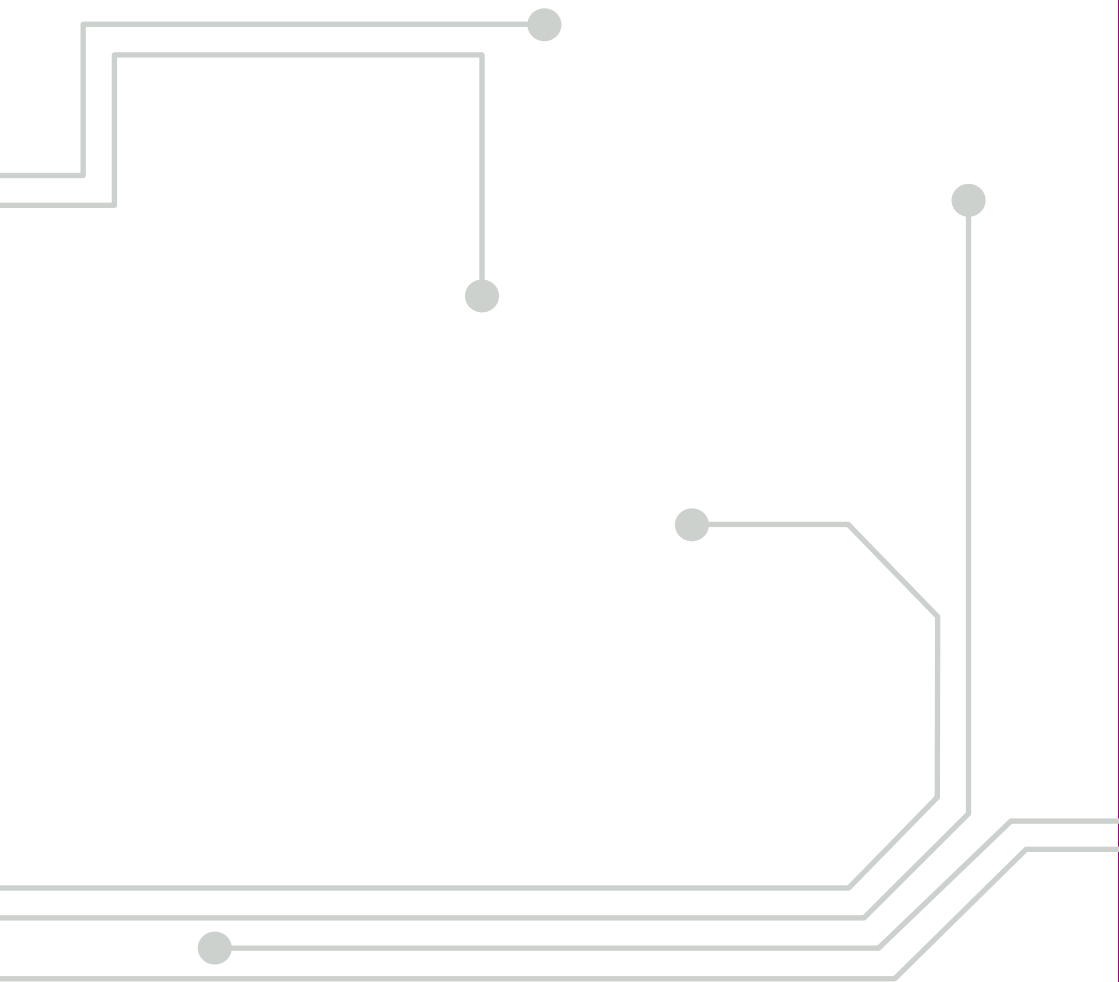
2. Qué se pretende con este manual

Determinar una metodología para analizar la calidad de la información clínico-asistencial, demográfica y administrativa del CMBD de **hospitalización** en los hospitales del SSPA.



Los objetivos específicos son:

1. Analizar la **codificación de los diagnósticos y procedimientos** registrados en el CMBD mediante dos procesos diferenciados según *documento fuente*: la revisión y recodificación de las historias clínicas y la revisión y recodificación de los informes de alta.
2. Analizar las discrepancias en la asignación inicial de **GRD** diferenciando según el *documento fuente* utilizado.
3. Analizar las discrepancias del **Índice Casuístico** inicial diferenciando según el *documento fuente* utilizado.
4. Validar la información de las **variables administrativas** registradas en el CMBD diferenciando según el *documento fuente* utilizado.
5. Valorar la **estructura y orden** de las **historias clínicas e informes de alta**.
6. Valorar la **exhaustividad** de la información del **informe de alta**.
7. Describir las principales características de los **servicios de documentación clínica**.
8. Identificar **áreas de mejora** de la calidad del CMBD.



A decorative graphic on a purple background. It features several colored lines (yellow, blue, white, brown) that start from the left and branch out towards the right. The lines are styled with rounded corners and end in small circles of the same color. The text '3. Cómo se hace' is positioned to the right of the branching lines.

3. Cómo se hace

Para analizar la calidad de la información clínico-asistencial y administrativa registrada en el CMBD, se revisa la documentación de una muestra de episodios de hospitalización del año anterior al de la realización de la auditoría, validando las variables administrativas e identificando y codificando los diagnósticos y procedimientos realizados al paciente en ese ingreso.



En el desarrollo del trabajo de campo se realizan dos procesos diferenciados:

1. Revisión, extracción de datos y codificación basándose sólo en el **Informe de Alta Hospitalaria (IAH)**.



2. Revisión, extracción de datos y codificación examinando la totalidad de documentos integrantes de la **Historia Clínica (HC)**, incluyéndose los documentos electrónicos existentes.



Esta doble revisión de *documentos fuente* permite, **en gran parte**, distinguir los errores debidos a la cumplimentación del informe de alta por los profesionales sanitarios de los ocasionados durante el proceso de codificación. También permite valorar el grado de exhaustividad y calidad del informe de alta frente a la historia clínica, lo que resulta relevante al existir centros donde la fuente de datos habitualmente empleada para la obtención del CMBD es el informe de alta.

Posteriormente se analiza la información recogida en ambos procesos y se contrasta con la registrada en el CMBD originalmente remitido al SAS, identificando:

- Errores de indización, exhaustividad y exactitud en la codificación de diagnósticos, procedimientos y causas externas.

- Discrepancias en la asignación de GRD.
- Variaciones del índice casuístico.
- Errores en las variables administrativas: NUHSA, fecha de nacimiento o edad, sexo, residencia, financiación, fecha de ingreso, servicio de ingreso y tipo de ingreso, hospital de procedencia, fecha de alta, servicio de alta y tipo de alta, hospital de traslado y fecha de intervención quirúrgica.

Además, los auditores realizan una valoración de la calidad de las historias clínicas y de los informes de alta en relación a su estructura, orden y exhaustividad de los documentos que contienen.

También se describen las principales características de los servicios de documentación clínica utilizando una metodología cualitativa basada en la recogida de información con un formulario elaborado para tal fin.

Por último, con la información recogida en el desarrollo de este trabajo de campo se elabora un informe para cada hospital auditado. También se envía a cada hospital una base de datos con el resultado de la codificación llevada a cabo por los auditores, para su análisis e identificación de aspectos susceptibles de mejora.

A decorative graphic on a purple background. It features several colored lines (yellow, white, blue, brown) that start from the left and branch out to the right. The lines are styled as thick, rounded paths. At the end of some lines are small circles in matching colors: a blue circle at the top, a white circle to the right, and a brown circle below. The text '4. Cuáles son las fases' is positioned to the right of the branching lines.

4. Cuáles son las fases

El desarrollo de este proyecto se lleva a cabo mediante la realización de las siguientes fases:

1. Una primera fase de **diseño y planificación**, en la que se concretan los aspectos más relevantes que marcan la dimensión, orientación y desarrollo de la evaluación que se desea llevar a cabo.
2. Una segunda fase de **trabajo de campo** o de ejecución, centrada en la recogida de información en los hospitales seleccionados cada año.
3. En la última fase se realiza el **análisis de la información e identificación de las áreas de mejora** de la calidad del CMBD.



A continuación se presentan las tareas específicas que marcan los pasos a seguir para facilitar el logro de los objetivos establecidos.

1 DISEÑO Y PLANIFICACIÓN

Constitución del equipo director del proyecto

Definición de errores e indicadores a evaluar

Definición de las características del servicio de documentación clínica a recoger

Determinación del tamaño muestral y extracción de la muestra

Constitución y formación de los equipos auditores

Selección de hospitales

Elaboración de formularios y soporte informático de recogida de información

2 TRABAJO DE CAMPO

Calendario y duración de las sesiones de trabajo en los hospitales

Contacto con los hospitales a auditar

Recogida de información y grabación de datos

3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Cálculo de indicadores en la codificación de diagnósticos y procedimientos

Discrepancias en la asignación de GRD y valor del índice casuístico

Análisis de las variables administrativas

Calidad de la historia clínica e informe de alta

4.1. Diseño y planificación

4.1.a. Constitución del equipo director del proyecto

El equipo director del proyecto lo componen profesionales del Servicio de Producto Sanitario del SAS y profesionales del Área de Conocimiento Gestión de la Práctica Asistencial de la EASP.

Las funciones de este equipo director son las siguientes:

- Consensuar la metodología.
- Seleccionar los equipos auditores.
- Desarrollo de talleres con los equipos auditores para consensuar la sistemática de recogida de información y establecer criterios comunes de codificación.
- Seleccionar los hospitales a auditar cada año.
- Seguimiento del proyecto.

4.1.b. Definición de los indicadores a evaluar

Se han definido los siguientes indicadores:

- **1.** Errores en la codificación de diagnósticos, procedimientos y causas externas:

- a. Errores de indización y exactitud del diagnóstico principal.
 - b. Errores de exhaustividad y exactitud en los diagnósticos.
 - c. Errores de exhaustividad y exactitud en los procedimientos.
 - d. Errores de exhaustividad y exactitud en las causas externas.
- 2.** Discrepancias en la asignación de GRD.
 - 3.** Variación del índice casuístico.
 - 4.** Errores en las variables administrativas.
 - 5.** Estructura y orden de la historia clínica e informe de alta.

En el apartado 4.3. se recogen con detalle las definiciones de los errores de codificación y de los indicadores derivados de los mismos.

4.1.c. Información de las características del Servicio de Documentación Clínica

Los datos que se solicitan sobre las principales características del Servicio de Documentación Clínica ayudarán a contextualizar los resultados que se obtengan del análisis de la calidad de los datos clínico-asistenciales y administrativos del CMBD del centro sanitario.

Esta información se estructura en los siguientes apartados:

- **1.** Perfil de los profesionales del servicio.
- 2.** Composición y estructura de la historia clínica.
- 3.** Codificación:
 - a. Documento fuente utilizado para la codificación clínica.
 - b. Personal que realiza las tareas de codificación.
 - c. Ayudas utilizadas para la codificación clínica.
 - d. Realización de sesiones de consulta con los servicios asistenciales.
- 4.** Metodología de validación interna del CMBD.
- 5.** Explotación y difusión del CMBD.
- 6.** Medidas de seguridad del CMBD¹¹.

4.1.d. Determinación del tamaño muestral y extracción de la muestra

Los criterios utilizados para calcular el tamaño muestral son los siguientes:

- Nivel de confianza: 95%.
- Error de muestreo: 5%.

→ Porcentaje esperado de buena cumplimentación: 70/30.

La determinación del tamaño muestral de cada hospital se realiza en función del número total de altas del año correspondiente.

Se realiza un muestreo con afijación óptima estratificado según el **tipo de servicio de alta**, calculando la probabilidad de cada uno de los estratos en función de su tamaño (número de altas) y dispersión (desviación típica de la variable peso GRD). De este modo se consigue aumentar la precisión, de forma que toda la casuística quede representada sin necesidad de incrementar el tamaño muestral.

Se ha elegido este tipo de muestreo porque además de tener en cuenta el tamaño de los estratos, prima aquel que tiene mayor heterogeneidad en cuanto a las variables de interés (mayor variabilidad en pesos GRD), estando, por tanto, menos representados aquellos estratos que registran menor variabilidad. Así por ejemplo, el estrato de Ginecología y Obstetricia tiene menor tamaño muestral que el que le correspondería por número de altas, ya que éstas se clasifican en un menor número de GRD y con pesos más homogéneos.

Los episodios se agrupan según el servicio de alta en los siguientes estratos (Anexo I):

- Servicios médicos.
- Servicios quirúrgicos.
- Servicios pediátricos.
- Servicios de ginecología y obstetricia.
- Servicios de medicina intensiva.

Para seleccionar los episodios que deberán componer cada estrato se realiza un muestreo aleatorio simple utilizando el programa SPSS V15.0.

Se ha previsto un 15% de **historias clínicas de reserva** en cada uno de los estratos para la sustitución de los episodios no facilitados por el centro en el proceso de auditoría, con los siguientes criterios:

- Si la historia clínica solicitada no es facilitada por el servicio de documentación **por estar el paciente ingresado**, deberá sustituirse por una historia de reserva del mismo estrato.
- Si la historia solicitada no es facilitada por el servicio de documentación **por no poderse localizar**, deberá sustituirse por una historia de reserva del mismo estrato.
- Si la historia solicitada es facilitada por el servicio de documentación pero **el episodio de interés no se encuentra en la historia o la información es insuficiente** para llevar a cabo la auditoría, deberá sustituirse por un episodio de reserva del mismo estrato.
- Si el episodio identificado en el muestreo no fuera de hospitalización sino de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) u Hospital de Día Médico (HDM), **no se sustituirá** por otro de reserva.
- Las historias clínicas que carezcan del **informe de alta** del episodio seleccionado en la muestra no deberán sustituirse.

Se considera que un episodio es «codificable» siempre que existan documentos que recojan información clínica proporcionada **por un facultativo** incluyendo al menos diagnósticos, evolución y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, si procede.

La documentación de enfermería y los resultados de pruebas se consideran información complementaria y el episodio no es auditable si sólo contiene dicha información.

4.1.e. Constitución y formación de los equipos auditores

Se han constituido tres equipos de auditoría compuestos, cada uno de ellos, por un coordinador y un grupo técnico de cuatro documentalistas, con amplia y acreditada experiencia en codificación en los servicios de documentación de los hospitales del SSPA (Anexo II).

Con anterioridad al inicio de las auditorías en los hospitales, se organizó un taller con los equipos auditores con objeto de establecer criterios comunes de codificación.

Como paso previo al taller, se realizó un análisis de concordancia de la codificación entre los auditores. Para ello se solicitaron a distintos hospitales informes de alta seleccionados por su dificultad para ser codificados dada la imprecisión en las normas de codificación vigentes para abordar estos casos.

Estos informes fueron codificados por cada uno de los auditores y se

procedió a un análisis de concordancia que identificó las discrepancias más relevantes.

En el mencionado taller se discutieron las diferencias detectadas y se llegó a un consenso estableciendo algunos criterios comunes de codificación para minimizar los sesgos o errores sistemáticos en el proceso de la auditoría. En el taller también se estableció la sistemática a seguir en el trabajo de campo en cuanto a la recuperación de información y grabación de datos.

4.1.f. Selección de hospitales

La selección de los hospitales auditados cada año es responsabilidad del Servicio de Producto Sanitario del SAS pretendiendo que cada año estén representados todos los tipos de hospital.

4.1.g. Elaboración de formularios y soporte informático de recogida de información

Se ha elaborado un formulario en papel para recoger la información de los documentos clínicos revisados. Esta información se graba en una base de datos Access que permite su posterior análisis (Anexos III y IV).

La recogida de información sobre las principales características del Servicio de Documentación Clínica se realiza también mediante un formulario que se remite al gerente del hospital a auditar (Anexo V).

4.2. Trabajo de campo

4.2.a. Calendario y duración de las sesiones de trabajo en los hospitales

El trabajo de campo en cada hospital se desarrolla en una visita de 5 días consecutivos del equipo auditor siendo las fechas de realización de las auditorías establecidas desde principios de cada año en función de la disponibilidad de los hospitales y de los equipos de auditores.

4.2.b. Contacto con los hospitales a auditar

El primer contacto con los hospitales lo realiza el Servicio de Producto Sanitario un mes antes del comienzo de la auditoría. Se solicita al gerente del hospital su participación en la misma, se le comunica la fecha prevista de realización, se le remite un manual con los objetivos, metodología y fases del proyecto y se le requiere una persona de contacto que facilite el desarrollo del proceso.

El centro hospitalario habilita una sala con al menos un puesto de trabajo con acceso a los documentos electrónicos integrantes de la historia clínica y preferentemente con acceso a Internet para el desarrollo de la auditoría.

Una semana antes del inicio de la auditoría, el Servicio de Producto Sanitario envía a la persona de contacto en el hospital las historias que componen la muestra a auditar, para su localización y disponibilidad en la fecha prevista.

4.2.c. Recogida de información y grabación de datos

El trabajo de campo del equipo de auditores consiste en la revisión del informe de alta e historia clínica completa de la muestra de episodios de hospitalización y su recodificación.

Para ello, disponen de un formulario de recogida de información impreso para cada episodio a revisar que contiene:

- El código del hospital que se va a auditar.
- Campos que sirven para identificar el episodio: el número de historia clínica, la fecha de ingreso y la fecha de alta.
- Los datos administrativos registrados en el CMBD del hospital de ese episodio para ser validados por los auditores.
- Campos vacíos para recoger la información clínica y sus códigos. Los auditores no conocen la codificación realizada previamente por el hospital.

El orden establecido para la realización de los dos procesos diferenciados de recogida de información es el siguiente:

- 1.** Revisión solo del **informe de alta**, extracción de los datos clínicos y codificación en el formulario de recogida de información.
- 2.** Revisión de la totalidad de los documentos integrantes de la **historia clínica** (incluyendo los documentos electrónicos existentes), extracción de los datos clínicos y codificación en el formulario de recogida de información.

El coordinador del equipo de trabajo graba la información recogida por los auditores en los formularios en la base de datos elaborada para tal fin. Dicha base contiene los datos de diagnósticos, procedimientos y causas externas del CMBD emitido por el hospital lo que permite al coordinador identificar las discrepancias existentes y, si lo estima necesario, consultar en el mismo momento con el auditor que haya realizado la codificación de ese episodio.

Son también funciones del coordinador del equipo el control de la sustitución de las historias de la muestra por historias de reserva, la solicitud de una copia de las normas de codificación internas y del reglamento de historias clínicas del hospital, en el caso de que existan.

Tras la finalización de la recogida de información el coordinador realiza un informe recogiendo las incidencias surgidas durante el trabajo de campo en el hospital.

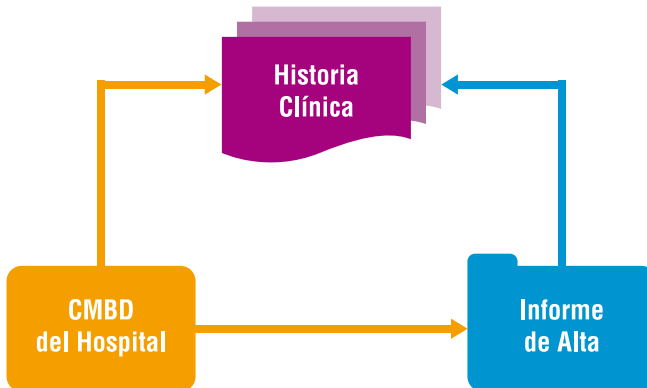
4.3. Análisis de la información

De los procesos de revisión y recodificación del informe de alta y de la historia clínica completa se obtienen dos bases de datos que se comparan entre sí y con el CMBD del hospital, analizando:

- Las variables clínicas, cuantificando los errores de indización, exhaustividad y exactitud de los campos de diagnóstico, procedimientos y causas externas.
- Las discrepancias en la asignación de GRD.

- La variación del índice casuístico.
- Las variables no clínicas, cuantificando su cumplimentación y los errores detectados.

El siguiente gráfico presenta el esquema del análisis a realizar, considerando como **estándar de comparación** el obtenido en el proceso de revisión de todos los documentos integrantes de la historia clínica por los auditores.



El análisis se realiza comparando dos a dos las tres bases de datos:

- **CMBD elaborado por el hospital y CMBD elaborado por los auditores a partir de la historia clínica completa (Hospital → HC).** Refleja la calidad de la codificación

del CMBD realizada por el hospital frente al **estándar de comparación**.

- **CMBD del hospital y CMBD elaborado por los auditores a partir del informe de alta únicamente** (Hospital → IAH). Refleja los errores de codificación del hospital si se hubiera utilizado el informe de alta como *documento fuente*.
- **CMBD elaborado por los auditores a partir de la historia clínica completa y CMBD elaborado por los auditores a partir del informe de alta únicamente** (IAH → HC). Estima los errores de codificación provocados por el grado de exhaustividad y precisión del informe de alta frente a la historia clínica.

Los auditores realizan una valoración de la calidad de las historias clínicas y de los informes de alta en relación a su estructura, orden y exhaustividad de los documentos que contienen, en función de su percepción durante la revisión de dichos documentos (Anexos III y IV).

Se analiza, además, la disponibilidad de la historia clínica en el momento de la realización de la auditoría y la presencia del informe de alta en las historias clínicas de la muestra seleccionada.

Con toda la información analizada en el desarrollo del trabajo en cada hospital auditado se elabora un informe de evaluación. Los resultados presentados son estimaciones para el hospital a partir de los datos de la muestra. Este informe incluye además las principales características del Servicio de Documentación Clínica.

4.3.a. Definición de los errores e indicadores utilizados en el análisis de la codificación de las variables de diagnóstico, procedimientos y causas externas

A. Diagnóstico principal

El diagnóstico principal se define como «el proceso que, tras el estudio pertinente y al alta hospitalaria, se considera el responsable del ingreso del usuario en el hospital»¹².

En la elección del diagnóstico principal (campo C1) se definen dos tipos de error:

1. Error de indización, donde los tres primeros dígitos del diagnóstico principal (categoría) identificados por el hospital no coinciden con los del estándar de comparación. Dentro de los errores de indización podemos encontrar los siguientes tipos:

- **Error de trasposición** cuando el diagnóstico principal del CMBD estándar aparece en el CMBD del hospital ocupando la posición de un diagnóstico secundario, o cuando el diagnóstico principal del CMBD del hospital ocupa la posición de un diagnóstico secundario del CMBD estándar.
- **Error por exceso** cuando el diagnóstico principal del CMBD del hospital no aparece en ninguna posición en el CMBD estándar.
- **Error por defecto** cuando el diagnóstico principal del CMBD estándar no aparece en ninguna posición en el CMBD del hospital.

En los informes elaborados se analizan las siguientes **combinaciones de errores**:

→ **Doble trasposición**: el diagnóstico principal del CMBD estándar está registrado como secundario en el CMBD del hospital, y el diagnóstico principal del CMBD del hospital aparece como secundario en el CMBD estándar.

	Estándar Auditores	CMBD Hospital
Diagnóstico principal (C1)	A	B
Diagnósticos secundarios (C2-C15)	B	A

→ **Trasposición y exceso**: el diagnóstico principal del CMBD estándar aparece como secundario en el CMBD del hospital y el diagnóstico principal del CMBD del hospital no aparece en el estándar.

	Estándar Auditores	CMBD Hospital
Diagnóstico principal (C1)	A	B
Diagnósticos secundarios (C2-C15)		A

→ **Defecto y trasposición:** el diagnóstico principal del CMBD estándar no aparece en ningún campo diagnóstico del CMBD del hospital, y el diagnóstico principal del CMBD del hospital está recogido como secundario en el estándar.

	Estándar Auditores	CMBD Hospital
Diagnóstico principal (C1)	A	B
Diagnósticos secundarios (C2-C15)	B	

→ **Defecto y exceso:** el diagnóstico principal del CMBD estándar no aparece en ningún campo diagnóstico del CMBD del hospital y el diagnóstico principal del CMBD del hospital no está recogido en el CMBD estándar.

	Estándar Auditores	CMBD Hospital
Diagnóstico principal (C1)	A	B
Diagnósticos secundarios (C2-C15)		

→ **Sólo defecto:** no hay registrado un diagnóstico principal en el CMBD del hospital.

	Estándar Auditores	CMBD Hospital
Diagnóstico principal (C1)	A	
Diagnósticos secundarios (C2-C15)		

- 2. Error de exactitud**, donde los tres primeros dígitos del diagnóstico principal (categoría) identificados por el hospital coinciden con el diagnóstico principal del estándar de comparación pero difieren en el cuarto y/o quinto dígito (subcategoría o subclasificación).

Para el análisis de la codificación del diagnóstico principal utilizamos los siguientes indicadores cuyos resultados se estiman para el conjunto del hospital junto con sus intervalos de confianza:

- → **Porcentaje de errores de indización:** (número de episodios con errores de indización / número de episodios) x 100.
- **Porcentaje de errores de indización:** (número de episodios con errores de indización / número de episodios) x 100. Este porcentaje se desagrega por las siguientes combinaciones de errores definidas:
 - Doble trasposición
 - Trasposición y exceso

- Defecto y trasposición
- Defecto y exceso
- Sólo defecto

→ **Porcentaje de errores de exactitud del diagnóstico principal:** (número episodios con errores de exactitud en el diagnóstico principal / número de episodios correctamente indizados) x 100.

B. Todos los diagnósticos

Para el análisis del conjunto de los códigos diagnósticos (campos C1-C15) se definen tres tipos de errores:

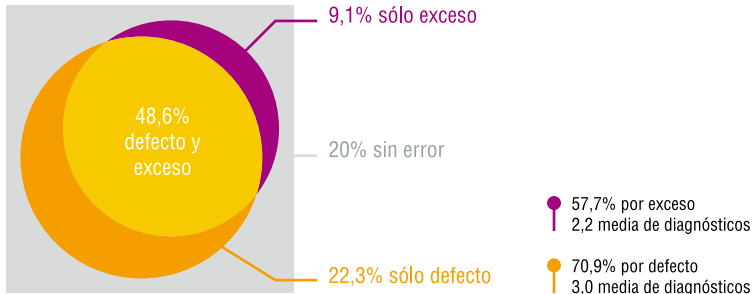
- **Error de exhaustividad por exceso:** En el CMBD del hospital se recoge un diagnóstico cuyos tres primeros dígitos (categoría) no coinciden con ninguno de los del CMBD estándar.
- **Error de exhaustividad por defecto:** En el CMBD estándar se recoge un diagnóstico cuyos tres primeros dígitos (categoría) no coinciden con ninguno de los del CMBD del hospital.
- **Error de exactitud:** Los tres primeros dígitos de un código diagnóstico (categoría) identificados en el CMBD del hospital coinciden con los de un código de diagnóstico del CMBD estándar pero difieren en el cuarto y/o quinto dígito (subcategoría o subclasificación).

Dentro de este análisis:

1. Se estima el porcentaje de episodios con errores de codificación en los diagnósticos en el conjunto del hospital y sus intervalos de confianza:

- **Porcentaje de episodios con errores de exhaustividad por exceso:** $(\text{número de episodios con algún error de exhaustividad por exceso en sus códigos diagnósticos} / \text{total de episodios}) \times 100$.
- **Porcentaje de episodios con errores de exhaustividad por defecto:** $(\text{número de episodios con algún error de exhaustividad por defecto en sus códigos diagnósticos} / \text{total de episodios}) \times 100$.
- **Porcentaje de episodios sin errores de exhaustividad:** $(\text{número de episodios sin ningún error de exhaustividad en sus códigos diagnósticos} / \text{total de episodios}) \times 100$.
- **Porcentaje de episodios con errores de exactitud:** $(\text{número de episodios con algún error de exactitud en sus códigos diagnósticos} / \text{total de episodios}) \times 100$.
- **Media de errores diagnósticos:** media de errores por episodio de los episodios que tienen al menos un error, diferenciando los errores por Exceso, Defecto y Exactitud.

EJEMPLO 1. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ERRORES DE EXHAUSTIVIDAD EN LOS CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS ENTRE EL CMBD DEL HOSPITAL Y EL CMBD ESTÁNDAR



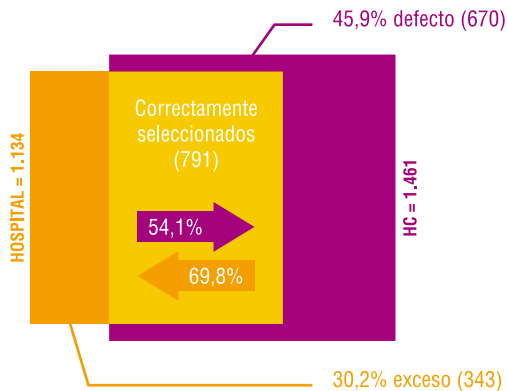
- 2.** Se estudian los errores del total de códigos diagnósticos del CMBD de la muestra. El volumen de códigos erróneos de la muestra se obtiene sumando el número de errores de los episodios que la conforman. Estos indicadores no se pueden extrapolar al conjunto del hospital por el tipo de muestreo utilizado.

- → **Porcentaje de códigos con errores de exhaustividad por exceso:** (número de códigos diagnósticos de la muestra con error de exhaustividad por exceso / número de códigos diagnósticos de la muestra del hospital) x 100.
- **Porcentaje de códigos con errores de exhaustividad por defecto:** (número de códigos diagnósticos de la muestra con error de exhaustividad por defecto / número

de códigos diagnósticos obtenidos de la muestra del CMBD estándar) x 100.

- **Porcentaje de códigos correctamente seleccionados:** (número de códigos diagnósticos de la muestra correctamente seleccionados / número de códigos diagnósticos) x 100. Este porcentaje se calcula respecto al CMBD del hospital y del estándar.
- **Porcentaje de códigos con errores de exactitud:** (número de códigos diagnósticos de la muestra con error de exactitud / número de códigos diagnósticos de la muestra correctamente seleccionados) x 100.

EJEMPLO 2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ERRORES EN CÓDIGOS DIAGNÓSTICOS DE LA MUESTRA COMPARANDO EL CMBD DEL HOSPITAL Y EL CMBD ESTÁNDAR



C. Procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos

En la generación del CMBD estándar, los auditores no han recogido los procedimientos considerados rutinarios según las normas de codificación vigentes en el periodo de estudio.

Para el análisis del conjunto de los códigos de procedimientos (campos P1-P15) se definen tres tipos de errores:

- **Error de exhaustividad por exceso:** En el CMBD del hospital se recoge un procedimiento cuyos dos primeros dígitos (categoría) no coinciden con ninguno de los del CMBD estándar.
- **Error de exhaustividad por defecto:** En el CMBD estándar se recoge un procedimiento cuyos dos primeros dígitos (categoría) no coinciden con ninguno de los del CMBD del hospital.
- **Error de exactitud:** Los dos primeros dígitos de un código de procedimiento (categoría) identificados en el CMBD del hospital coinciden con los de un código de procedimiento del CMBD estándar pero difieren en el tercero y/o cuarto dígito (subcategoría o subclasificación).

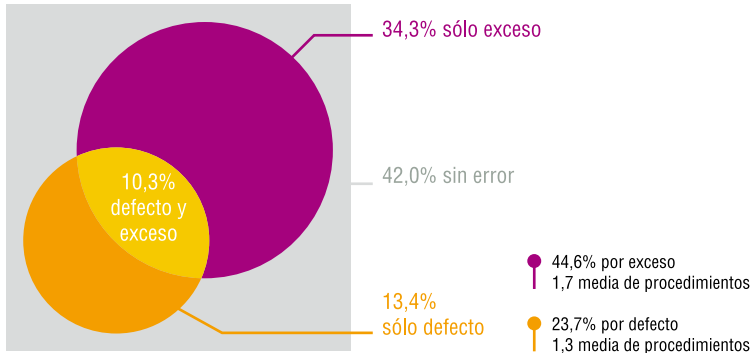
Dentro de este análisis:

- 1.** Se estima el porcentaje de episodios con errores de codificación

en los procedimientos en el conjunto del hospital y sus intervalos de confianza:

- → **Porcentaje de episodios con errores de exhaustividad por exceso:** (número de episodios con algún error de exhaustividad por exceso en sus códigos de procedimientos / total de episodios) x 100.
- **Porcentaje de episodios con errores de exhaustividad por defecto:** (número de episodios con algún error de exhaustividad por defecto en sus códigos de procedimientos / total de episodios) x 100.
- **Porcentaje de episodios sin errores de exhaustividad:** (número de episodios sin ningún error de exhaustividad en sus códigos de procedimientos / total de episodios) x 100.
- **Porcentaje de episodios con errores de exactitud:** (número de episodios con algún error de exactitud en sus códigos de procedimientos / total de episodios) x 100.
- **Media de errores de procedimientos:** media de errores por episodio de los episodios que tienen al menos un error, diferenciando los errores por Exceso, Defecto y Exactitud.

EJEMPLO 3. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ERRORES DE EXHAUSTIVIDAD EN LOS CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS ENTRE EL CMBD DEL HOSPITAL Y EL CMBD ESTÁNDAR



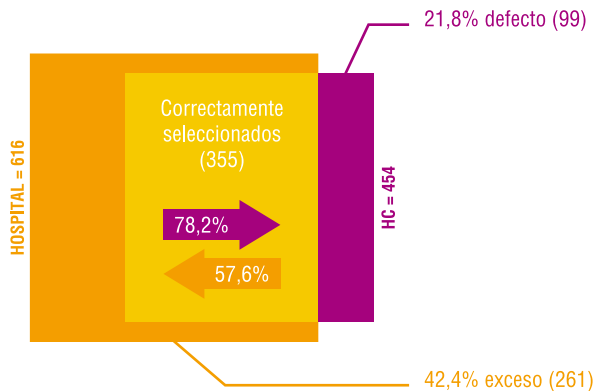
2. Se estudian los errores del total de códigos de procedimientos del CMBD de la muestra. El volumen de códigos erróneos de la muestra se obtiene sumando el número de errores de los episodios que la conforman. Estos indicadores no se pueden extrapolar al conjunto del hospital por el tipo de muestreo utilizado.

- **Porcentaje de códigos con errores de exhaustividad por exceso:** $(\text{número de códigos de procedimientos de la muestra con error de exhaustividad por exceso} / \text{número de códigos de procedimientos de la muestra del hospital}) \times 100$.
- **Porcentaje de códigos con errores de exhaustividad por defecto:** $(\text{número de códigos de procedimientos de la muestra con error de exhaustividad por defecto} / \text{número de códigos de procedimientos de la muestra del hospital}) \times 100$.

muestra con error de exhaustividad por defecto / número de códigos de procedimientos obtenidos de la muestra del CMBD estándar) x 100.

- **Porcentaje de códigos correctamente seleccionados:** (número de códigos de procedimientos de la muestra correctamente seleccionados / número de códigos de procedimientos) x 100. Este porcentaje se calcula respecto al CMBD del hospital y del estándar.
- **Porcentaje de códigos con errores de exactitud:** (número de códigos de procedimientos de la muestra con error de exactitud / número de códigos de procedimientos de la muestra correctamente seleccionados) x 100.

EJEMPLO 4. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ERRORES EN CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS DE LA MUESTRA COMPARANDO EL CMBD DEL HOSPITAL Y EL CMBD ESTÁNDAR



D. Causas externas

«Las causas externas identifican los acontecimientos, circunstancias, fármacos o condiciones ambientales que motivan una lesión, envenenamiento u otro efecto adverso»¹².

Para el análisis del conjunto de los códigos E (campos E1-E4) se definen tres tipos de errores:

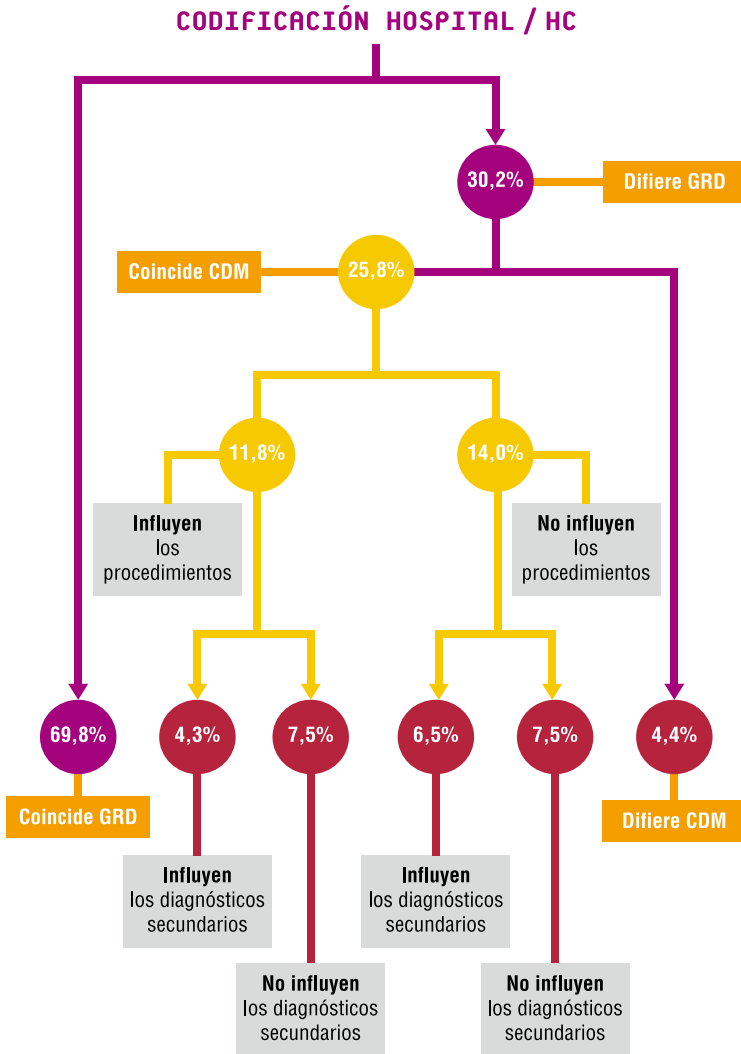
- **Error de exhaustividad por exceso:** En el CMBD del hospital se recoge un código E cuyos cuatro primeros dígitos (categoría) no coinciden con ninguno de los del CMBD estándar.
- **Error de exhaustividad por defecto:** En el CMBD estándar se recoge un código E cuyos cuatro primeros dígitos (categoría) no coinciden con ninguno de los del CMBD del hospital.
- **Error de exactitud:** Los cuatro primeros dígitos de un código E (categoría) identificados en el CMBD del hospital coinciden con los de un código E del CMBD estándar pero difieren en el quinto dígito (subcategoría).

Los indicadores para las causas externas se definen de forma análoga a los descritos en el análisis de diagnósticos y procedimientos.

4.3.b. Discrepancias en la asignación de GRD

Se estiman las discrepancias en la asignación de GRD para el conjunto del hospital tras agrupar los episodios de los tres CMBD analizados con la versión «All Patient Grouper» correspondiente al año analizado.

EJEMPLO 5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS DISCREPANCIAS EN LA ASIGNACIÓN DE GRD ENTRE EL CMDB DEL HOSPITAL Y EL CMDB ESTÁNDAR



Para los episodios con discrepancias detectadas en los GDR, se calcula el porcentaje de coincidencia en la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) y dentro de este grupo, se muestran los porcentajes de episodios en los que influye o bien la selección y exactitud del diagnóstico principal o bien los diagnósticos secundarios y/o los procedimientos.

4.3.c. Discrepancias en el valor del índice casuístico

Se estiman los índices casuísticos para el conjunto del hospital tras agrupar las muestras de los episodios de los tres CMBD comparados con la versión «All Patient Grouper» correspondiente al año analizado. Dichas estimaciones se muestran junto con sus intervalos de confianza.

4.3.d. Análisis de las variables administrativas

Se han seleccionado las variables administrativas más relevantes del CMBD para su análisis.

Al comparar la información del CMBD del hospital con la contenida en los informes de alta o historias clínicas, la primera puede considerarse como:

- **Correcta:** el dato del CMBD del hospital coincide con la información que aparece en el informe de alta / historia clínica.
- **Incorrecta:** el dato del CMBD del hospital no coincide con la información del informe de alta / historia clínica o no está cumplimentado.

→ **No validada:** el dato del CMBD del hospital no se puede validar porque no existe información en el informe de alta / historia clínica.

	Validado y correcto	Validado e incorrecto		No validado
Estándar - Auditores	●	●	●	
CMBD - Hospital	●	●		●

Para el análisis de las variables administrativas utilizamos los siguientes indicadores cuyos resultados se estiman para el conjunto del hospital junto con sus intervalos de confianza:

- → **Porcentaje de episodios no validados o incorrectos:** (número de episodios incorrectos o no validados / total de episodios) x 100.
- **Porcentaje de episodios validados:** (número de episodios validados / total de episodios) x 100.
- **Porcentaje de episodios validados e incorrectos:** (número de episodios validados e incorrectos / número de episodios validados) x 100.

4.3.e. Estructura y orden de la historia clínica e informe de alta

Para valorar la estructura y orden de la historia clínica y del informe de alta sólo se tiene en cuenta la información relativa al episodio auditado.

Se estiman, para el conjunto del hospital, los porcentajes de historias clínicas e informes de alta asignados a cada uno de los niveles de valoración de una escala de 1 (muy mal) al 5 (muy bien) y su intervalo de confianza.

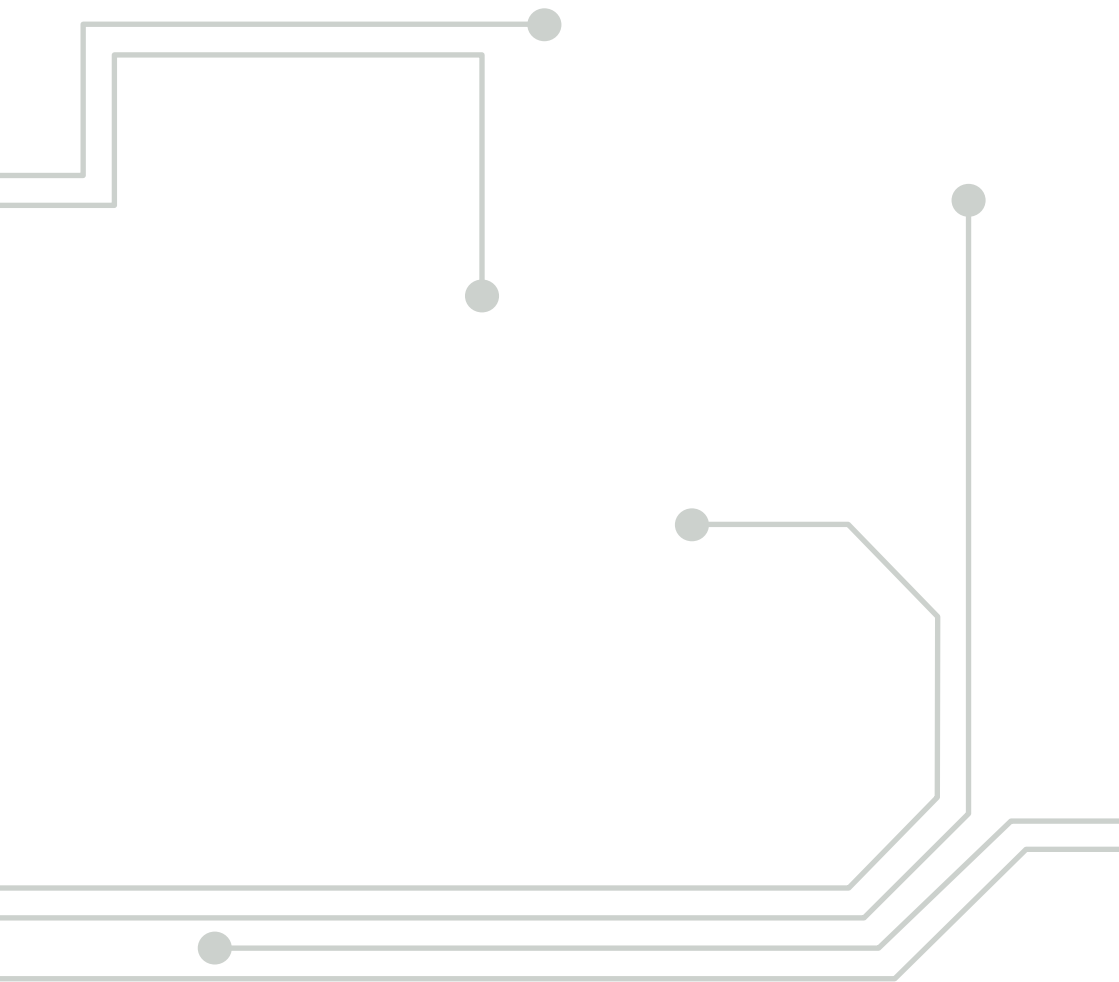
Para valorar la estructura y orden de la **historia clínica** se tienen en cuenta:

- La ordenación de los documentos según los criterios establecidos en el hospital.
- La cronología lógica del proceso asistencial.
- La identificación del paciente en los documentos.
- La identificación del tipo de documentos.

Para valorar el **informe de alta** se tienen en cuenta:

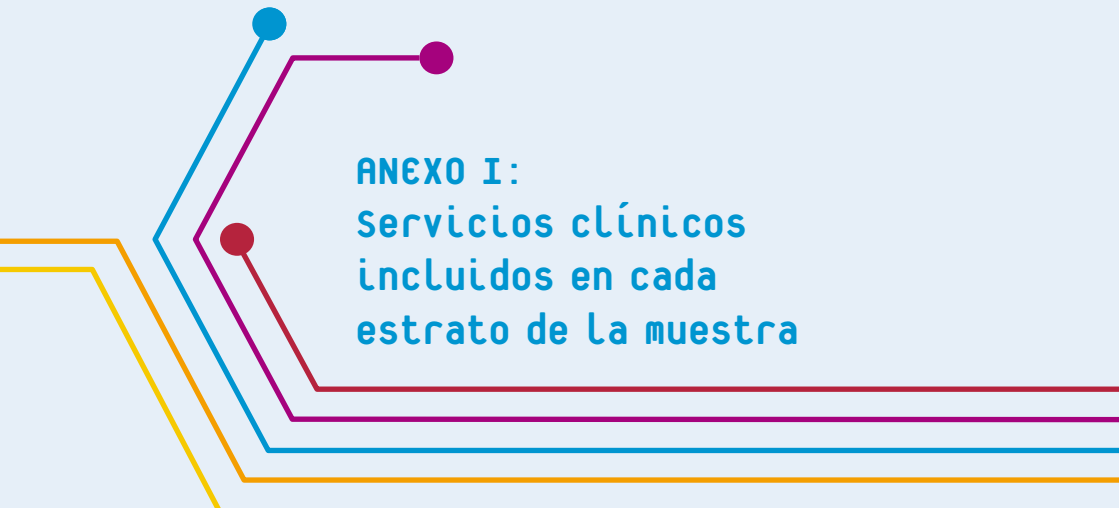
- Estructura y orden.
 - Cronología lógica del proceso.
 - Estructuración de la información: datos del hospital, del paciente y del proceso asistencial.
 - Ausencia de información relevante.
- Legibilidad e inteligibilidad del informe de alta y correcta identificación del paciente en todas sus páginas.

- Exhaustividad. Presencia de los campos de obligada cumplimentación según la normativa reguladora del informe de alta hospitalaria^{13,14}, diferenciando entre datos administrativos y datos clínicos. Para cada una de las variables administrativas consideradas se estima el porcentaje de no cumplimentación.



The image features a solid purple background. On the left side, there is a complex graphic composed of several parallel lines in yellow, cyan, and white. These lines enter from the left edge and branch out towards the center. The top-most line is white and ends in a white circular dot. The line below it is cyan and ends in a cyan circular dot. The line below that is white and ends in a brown circular dot. The bottom-most line is yellow. The word "Anexos" is written in a white, bold, sans-serif font, positioned to the right of the branching lines and above the bottom-most yellow line.

Anexos




ANEXO I:
Servicios clínicos
incluidos en cada
estrato de la muestra

Servicios clínicos incluidos en cada estrato de la muestra

CÓDIGO	DENOMINACIÓN	ESTRATO
70100	Alergología	Servicios Médicos
70270	Medicina Interna	Servicios Médicos
70271	Infecciosos	Servicios Médicos
70276	Larga estancia	Servicios Médicos
70280	Medicina Nuclear	Servicios Médicos
70310	Cardiología	Servicios Médicos
70320	Aparato Digestivo	Servicios Médicos
70330	Endocrinología	Servicios Médicos
70340	Hematología	Servicios Médicos
70350	Nefrología	Servicios Médicos
70360	Neumología	Servicios Médicos
70370	Neurología	Servicios Médicos
70380	Oncología Médica	Servicios Médicos
70460	Oncología Radioterápica	Servicios Médicos
70480	Rehabilitación	Servicios Médicos
70490	Psiquiatría	Servicios Médicos
70580	Reumatología	Servicios Médicos
70600	UDH	Servicios Médicos
70150	Cirugía General y Digestiva	Servicios Quirúrgicos
70190	Cirugía Cardiovascular	Servicios Quirúrgicos
70210	Cirugía Maxilofacial	Servicios Quirúrgicos
70220	Neurocirugía	Servicios Quirúrgicos
70230	Cirugía Pediátrica	Servicios Quirúrgicos
70240	Cirugía Plástica	Servicios Quirúrgicos

70250	Cirugía Torácica	Servicios Quirúrgicos
70260	Dermatología	Servicios Quirúrgicos
70420	Oftalmología	Servicios Quirúrgicos
70430	Otorrinolaringología	Servicios Quirúrgicos
70530	Traumatología	Servicios Quirúrgicos
70531	Traumatología Infantil	Servicios Quirúrgicos
70540	Urología	Servicios Quirúrgicos
70560	Angiología y Cirugía Vascular	Servicios Quirúrgicos
70440	Pediatría	Pediatría
70441	Neonatología	Pediatría
70500	Obstetricia y Ginecología	Ginecología
70551	Ginecología	Ginecología
70552	Obstetricia	Ginecología
70390	Medicina Intensiva	Medicina Intensiva
70391	Medicina Intensiva Traumatología	Medicina Intensiva
70392	Medicina Intensiva Pediátrica	Medicina Intensiva



ANEXO II:
Componentes del
grupo de auditoría

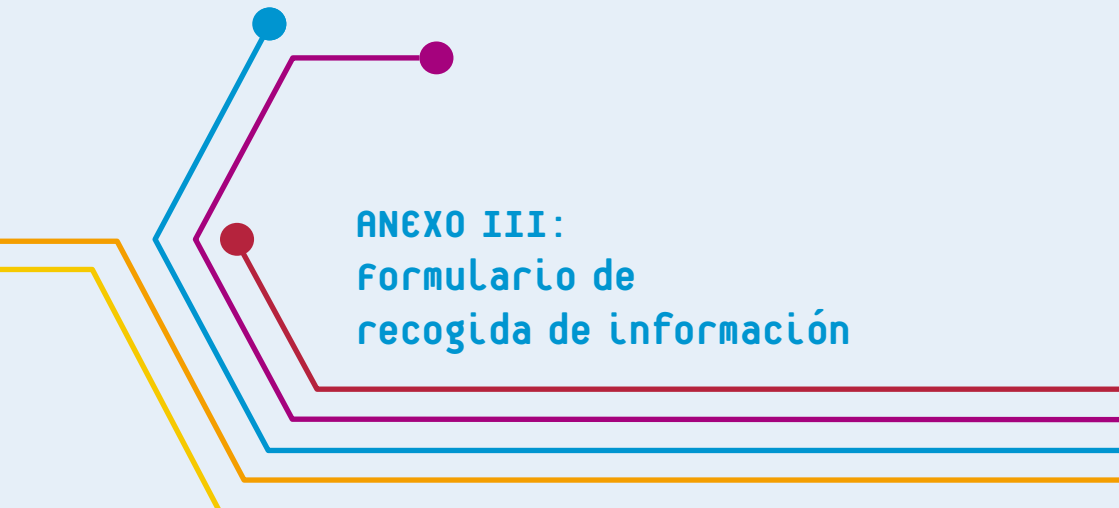
Equipo de auditores

- Carlos Álvarez Delgado
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
- Leonardo Calero Romero
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva
- Eloísa Casado Fernández
Hospital San Cecilio, Granada
- Carolina Conejo Gómez
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga
- Andrés del Águila González
Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa, Almería
- Javier Delgado Alés
Hospital de Riotinto, Huelva
- M^a José Ferreras Fernández
Hospital Regional de Málaga
- Inmaculada Garzón Tamayo
Hospital Virgen de las Nieves, Granada
- Javier Irala Pérez
Hospital Virgen de la Merced de Osuna, Sevilla
- Dionisia Labrador Gómez
Hospital Virgen de Valme, Sevilla
- M^a Jesús Linares Navarro
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén

- M^a Mercedes López Torné
Hospital Santa Ana de Motril, Granada
- Alfonso Martínez Reina
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga
- Jesús Pena González
Hospital de Antequera, Málaga
- Antonio Romero Campos
Hospital Reina Sofía, Córdoba
- Mariano Sánchez García
Hospital de Baza, Granada

Equipo director de la auditoría

- Juan Goicoechea Salazar
Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud
- Araceli Díaz Martínez
Servicio de Producto Sanitario. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud
- Yolanda Fornieles García
Área de Conocimiento de Gestión de la Práctica Asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Guadalupe Carmona López
Área de Conocimiento de Gestión de la Práctica Asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública



ANEXO III:
Formulario de
recogida de información

AUDITOR	HOSPITAL	HISTORIA	INGRESO	ALTA										
DATOS ADMINISTRATIVOS														
NUHSA		IAH	FECING	IAH	HC									
FECNAC			SERVING											
EDAD			TIPING											
SEXO			PROCEDE											
RESIDE			PROCH											
REGFIN			FECALT											
			SERVALT											
			TIPALT											
			TRASH											
			FEPROQ											
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CLAVE</td> <td>C</td> <td>Correcto</td> </tr> <tr> <td></td> <td>I</td> <td>Incumplido</td> </tr> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>No validado</td> </tr> </table>						CLAVE	C	Correcto		I	Incumplido		N	No validado
CLAVE	C	Correcto												
	I	Incumplido												
	N	No validado												
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL														
C1		IAH	HC		POA									
C2														
C3														
C4														
C5														
C6														
C7														
C8														
C9														
C10														
C11														
C12														
C13														
C14														
C15														
OTROS DIAGNÓSTICOS														



ANEXO IV:
formulario de grabación

Auditoría CMBD- Andalucía

AUDITOR

021000

HISTORIA

BUSCAR

Ingreso

ALTA

DATOS CLÍNICOS: INFORME DE ALTA | **DATOS CLÍNICOS: HISTORIA COMPLETA**

INFORME DE ALTA

DATOS ADMINISTRATIVOS		DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	PRIMER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO
MUJER	<input type="checkbox"/>	C1	P1
FECINAC	<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS	
EDAD	<input type="text"/>	C2	P2
SEXO	<input type="text"/>	C3	P3
RESIDE	<input type="text"/>	C4	P4
REGFIN	<input type="text"/>	C5	P5
		C6	P6
		C7	P7
		C8	P8
		C9	P9
		C10	P10
		C11	P11
		C12	P12
		C13	P13
		C14	P14
		C15	P15
		CAUSAS EXTERNAS	
		CE1	VALORACIÓN INFORME DE ALTA
		CE2	COMENTARIOS
		CE3	DISPONIBILIDAD DEL INFORME DE ALTA
		CE4	0

◀
▶
▶▶
◀◀

SALIR

COPIAR DATOS ADMINISTRATIVOS

COPIAR CODIFICACIÓN

Auditoria CMBD- Andalucía

HISTORIA

INGRESO

BUSCAR

ALTA

DATOS CLÍNICOS: INFORME DE ALTA
DATOS CLÍNICOS: HISTORIA COMPLETA

HISTORIA CLÍNICA

DATOS ADMINISTRATIVOS

NUMERA

FECINAC

EDAD

SEXO

RESIDE

REGFIN

FECING

SERVING

TIPING

PROCEDE

PROCH

FECALT

SERVALT

TIPALT

TRASH

FERROQ

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

C1

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

C2

C3

C4

C5

C6

C7

C8

C9

C10

C11

C12

C13

C14

C15

CAUSAS EXTERNAS

CE1

CE2

CE3

CE4

POA PRIMER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROGRAMADO

OTROS PROC. QUIRÚRGICOS/DIAGNÓSTICOS/TERAPEÚTICOS

P1

P2

P3

P4

P5

P6

P7

P8

P9

P10

P11

P12

P13

P14

P15

VALORACIÓN HISTORIA CLÍNICA

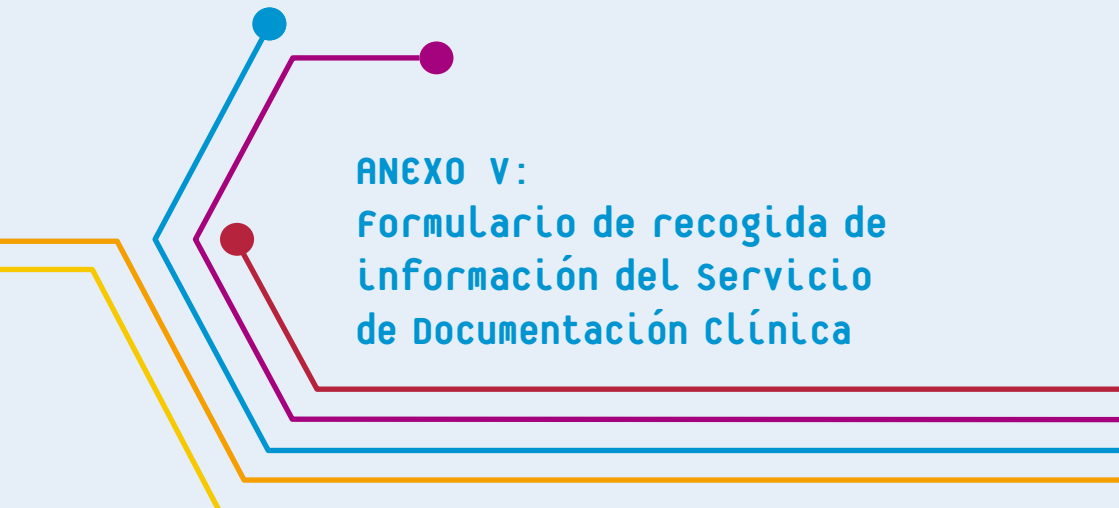
COMENTARIOS

DISPONIBILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

COPIAR DATOS ADMINISTRATIVOS

COPIAR CODIFICACIÓN

◀ ▶ ⏪ ⏩ SALIR



ANEXO V:
**Formulario de recogida de
información del servicio
de Documentación Clínica**

Características del servicio de Documentación Clínica

Hospital

¿Existe un responsable del Servicio de Documentación Clínica? Sí No

En caso afirmativo: ¿Qué cargo ocupa?

¿Cuál es la dependencia funcional del Servicio de Documentación Clínica en el hospital?
.....

1. Perfil profesional

Complete el perfil de cada profesional del servicio de documentación utilizando la leyenda y las tablas que aparecen a continuación:

TITULACIÓN	
1	Médico/a documentalista
2	Otras licenciaturas
3	ATS / DUE
4	Técnico/a documentación
5	Administrativo/a

FORMACIÓN	
1	Máster en documentación clínica
2	Curso de documentación clínica
3	Curso de codificación
4	Sistemas de información
5	Agrupación de pacientes
6	Calidad de la información
7	Gestión clínica

EXPERIENCIA	
1	Codificación
2	Sistemas de información
3	Agrupación de pacientes
4	Calidad de la información

TAREAS (habituales)	
1	Codificación
2	Sistemas de información
3	Agrupación de pacientes
4	Calidad de la información

Ejemplo: Médico documentalista con un curso en documentación clínica, experto universitario en bioética, experiencia en codificación y agrupación de pacientes y asignado actualmente a tareas de control de calidad.

PROFESIONAL EJEMPLO

PERFIL		OTROS (Especificar...)					
Titulación	1						
Formación	2						Experto universitario en bioética
Experiencia	1	3					
Tareas	4						

PROFESIONAL 1

PERFIL		OTROS (Especificar...)					
Titulación							
Formación							
Experiencia							
Tareas							

PROFESIONAL 2

PERFIL		OTROS (Especificar...)					
Titulación							
Formación							
Experiencia							
Tareas							

2. Historia clínica

La historia clínica está conformada con datos relativos a:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Hospital de día médico |
| <input type="checkbox"/> Consultas externas | <input type="checkbox"/> Hospital de día quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Hospitalización a domicilio |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): | |

Documentos electrónicos de los que dispone la historia clínica:

- Informe de alta
- Informes de anatomía patológica
- Informes de radiología
- Informes de laboratorio
- Informes de interconsultas
- Informes de traslados interservicios
- Informes de intervenciones quirúrgicas
- Otros (especificar):

3. Codificación

Documentos fuente utilizados para la codificación clínica:

- Historia clínica completa
- Informe de alta en papel
- Documentos electrónicos

Personal que realiza las tareas de codificación clínica:

- Personal del servicio
- Empresa externa (especificar):
 Nombre de la empresa:
 NIF
- Sede
- ¿Se desplaza el técnico de la empresa al hospital? Sí No

Sistemas auxiliares de ayuda a la codificación clínica:

- ¿Se utiliza tesauros como ayuda para la codificación? Sí No

En caso afirmativo:

- ¿En qué software está integrado tesauros?
- ¿Se realiza una revisión periódica de tesauros? Sí No
- ¿Cada cuanto tiempo?
- ¿Quién la realiza?
- ¿Se utiliza como ayuda para la codificación el acceso a internet? Sí No

Sesiones de consulta con los servicios asistenciales:

¿Se realizan sesiones de consulta con los servicios asistenciales? Sí No

En caso afirmativo:

¿Con qué servicios?

.....

¿Con qué periodicidad?

4. Metodología de validación del CMBD

¿Existe un método de validación interna de la calidad del CMBD?

Sí No

En caso afirmativo:

¿Qué método se utiliza?

Test CMBD: Detección de errores del CMBD-A

Revisión de GRD no válidos

Otros (Especificar, metodología y periodicidad):

.....

5. explotación y difusión del CMBD

Especificar tipo de explotaciones e informes realizados y periodicidad:

.....

.....

.....

.....

6. Medidas de seguridad del CMBD

¿Qué servicio es el responsable de la seguridad del CMBD?

- Documentación Clínica
- Informática
- Otros (Especificar):

A cumplimentar por el servicio responsable de la seguridad del CMBD:

Marque las afirmaciones verdaderas relativas a los siguientes aspectos de seguridad:

Documentos y responsable de seguridad:

- Existe un documento que recoge la normativa de seguridad a cumplir en el servicio.
- Existe un responsable de seguridad del CMBD.
- El responsable de seguridad elabora un informe con las revisiones y problemas detectados al menos una vez al mes.
- Existe un registro de incidencias y de procesos realizados de recuperación de datos.

Personal del Servicio de Documentación Clínica:

- El acceso a los equipos informáticos y/o archivos está restringido.
- Existe una relación del personal con acceso autorizado al CMBD mediante procesos de identificación y autenticación.
- Existe un registro de accesos al sistema conservándose al menos dos años.

Gestión de soportes:

- La salida del servicio de soportes informáticos con información del CMBD es autorizada siempre por el responsable del CMBD.
- Existe un registro de entrada/salida de soportes informáticos con información del CMBD.
- Los soportes informáticos que se distribuyen fuera del servicio llevan los datos de carácter personal cifrados y/o es imposible su lectura y manipulación durante el transporte.
- Existe un protocolo de eliminación o reutilización de soportes informáticos que impida cualquier recuperación posterior de la información almacenada.

Copias de respaldo y recuperación:

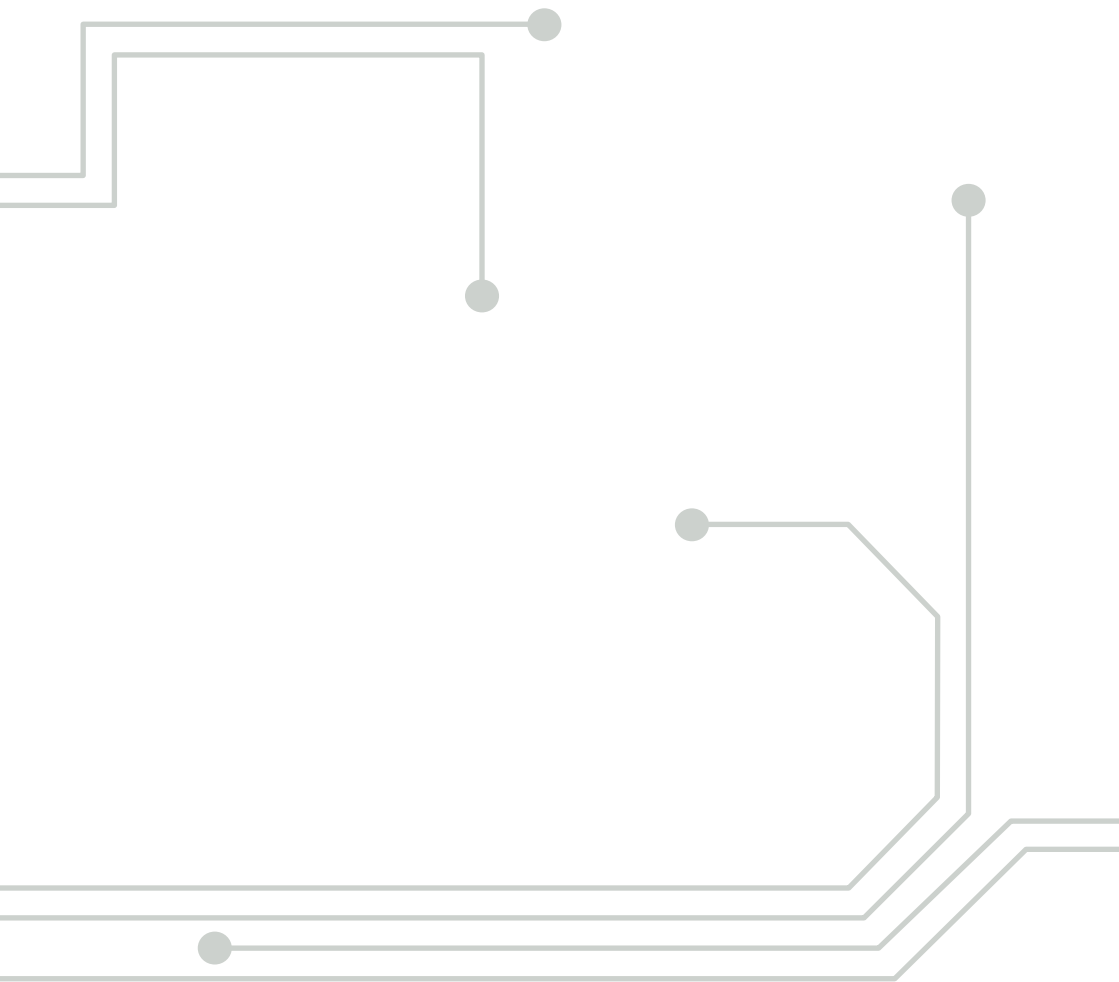
- Se realizan copias de respaldo del sistema al menos una vez a la semana.
- Las copias de respaldo están inventariadas y almacenadas con acceso restringido.
- El responsable del CMBD autoriza por escrito los procesos de recuperación de datos.
- Las copias de respaldo se conservan separadas de los equipos que tratan los datos.

A cumplimentar por el Servicio de Documentación Clínica:

Marque las afirmaciones verdaderas:

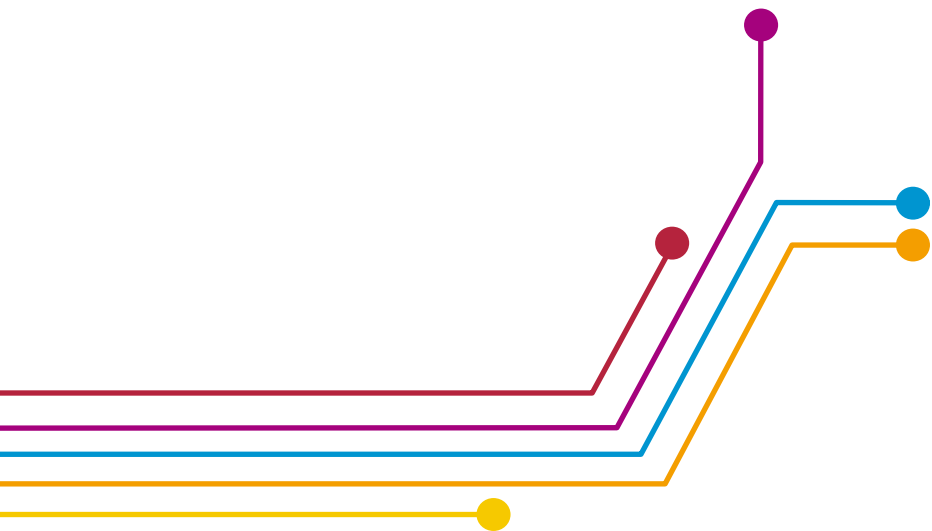
Solicitudes de información al Servicio de Documentación:

- Existen formularios de solicitud de información del CMBD a disposición de los usuarios.
- Los formularios de solicitud están autorizados por el responsable del servicio, de la unidad de gestión, del departamento, etc. correspondiente.
- Al firmar los formularios de solicitud de información, el usuario y el responsable del servicio, de la unidad de gestión, del departamento, etc. se comprometen a cumplir las medidas de seguridad previstas en la ley.
- Existe un registro de entrada/salida de solicitudes de información.



A decorative graphic on a purple background. It features several colored lines (yellow, blue, white, brown) that start from the left edge and branch out towards the center. The lines end in small circles of the same color. The word "Referencias" is written in white, bold, sans-serif font in the center-right area.

Referencias



1. Servicio Andaluz de Salud. Manual de instrucciones del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria. Ed. 2005. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2005.
2. Librero J, Peiró S. ¿Previenen las enfermedades crónicas la mortalidad intrahospitalaria? Paradojas y sesgos en la información sobre morbilidad hospitalaria. *Gac. Sanit.* 1998; 12:199-206.
3. Peiró S, Librero J. Evaluación de calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria. *Rev. Neurol.* 1999; 29: 651-661.
4. Renau J, Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de la información clínica: validez en la asignación de los grupos de diagnósticos relacionados (GRD). *Rev. Calidad Asistencial.* 2000; 15.
5. Peiro S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev. Calidad Asistencial.* 2001; 16:119-130.
6. Librero J, Ordíñana R, Peiró S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. *Gac. Sanit.* 1998; 12:9-21.
7. Instituto Nacional de la Salud. Proyecto coste por proceso. Hospitales INSALUD. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1995.
8. Calle JE, Saturno PJ, Parra P, Rodenas J, Pérez MJ, San Eustaquio F, Aguinaga E. Quality of the information contained in the minimum basic data set: Results from an evaluation in eight hospitals. *European Journal of Epidemiology.* 16: 1073-1080, 2000.

- 9.** Yetano J, Izarzugaza I, Aldasoro E, Ugarte T, Lopez-Arbeloa G, Aguirre U. Calidad de las variables administrativas del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. *Rev. Calidad Asistencial*. 23 (5): 216-21, 2008.
- 10.** Servicio Andaluz de Salud. Manual de auditoría. Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios Andaluz (CMBDA). Proceso de acreditación 2000. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2000.
- 11.** Ministerio de Justicia. Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, 25 de junio de 1999, núm. 151, p. 24241-24245.
- 12.** Servicio Andaluz de Salud. Manual de instrucciones del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria. Ed. 2009. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2009.
- 13.** Servicio Andaluz de Salud. Resolución 14 de 4 de junio de 1993, de regulación del Informe Clínico de Alta Hospitalaria y del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria.
- 14.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden de 6 de septiembre de 1984, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. *Boletín Oficial del Estado*, 14 de septiembre de 1984, núm. 221, p. 26685-26686.

