

CMBD ambulatorio

López O
*Coordinador de Admisión
y Documentación Clínica
Hospital Universitario Marqués
de Valdecilla. Santander*

FUNDAMENTOS PARA EL TALLER

¿Disponemos de suficiente información sobre la actividad que desarrollan nuestros hospitales en las áreas de consulta externa? ¿Los sistemas de información disponibles permiten medir la evolución de nuestros resultados en estas áreas de actividad?. La respuesta es evidente: no.

Todos somos y hemos sido conscientes de este hecho, pero el avance se ha encontrado con obstáculos metodológicos, organizativos y tecnológicos:

1. El concepto de unidad de medida y análisis. Así como en el paciente ingresado, existe un consenso total en considerar como unidad básica de análisis al ingreso; en el ámbito ambulatorio la unidad básica de medida es de más difícil elección. Si bien el concepto "visita" parece que se va consolidando, esta cuestión todavía está sujeta a discusión.

e-mail: sadldo@humv.es

2. El modelo de datos. No encontramos todavía un consenso que apoye una normativa sobre el establecimiento con carácter de mínimo exigible de un conjunto de datos suficientes con definiciones precisas. Sin duda, esta carencia ha venido provocada por la dificultad ya comentada de elección de la unidad de análisis, pero sin duda también por la heterogeneidad de situaciones clínicas y/o administrativas que se producen en el curso de la atención en consultas.

3. La abundancia de hechos sanitarios que anualmente se producen bajo esta modalidad en cualquier hospital y que provoca que la cantidad de datos que finalmente es necesario registrar, almacenar, elaborar y resumir supere con creces los límites de disponibilidad y coste de transacción a que ya estamos acostumbrados para los pacientes hospitalizados.

4. El retraso en el desarrollo y soporte informático que los hospitales disponen para esta modalidad de atención.

A pesar de todo ello, se observan ciertos avances, y así podemos comprobar cómo se presentan iniciativas tendentes a dar soluciones a estos problemas. A modo de ejemplo y por su interés, citaré la propuesta de Conjunto Mínimo de Datos Básicos para la atención ambulatoria que elaboró el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con diferentes Organismos Gestores y Servicios Regionales de Salud (CMBDA) (Anexo I).

¿QUÉ PRETENDÍAMOS EN ESTE TALLER?

Conscientes de la necesidad de desarrollar un sistema de información (SI) orientado al conocimiento de la actividad que se realiza en las consultas externas hospitalarias, debemos:

- Avanzar en el desarrollo de un SI que nos aporte conocimiento sobre la actividad desarrollada en las consultas externas de nuestro Hospital.
- Resolver los problemas metodológicos y organizativos que conlleva la gestión del CMBDA que da soporte a este SI.

Dadas las dificultades que ya hemos comentado anteriormente, el segundo propósito puede ser el más relevante en este momento inicial, y donde debemos invertir primero tiempo, y luego esfuerzo e imaginación, en resolver los importantes problemas que seguramente se nos van a presentar en su diseño e implantación:

1. ¿Serán muchos datos para el médico en consultas ?

La atención ambulatoria en consultas externas genera una cantidad importante de actos que además, a diferencia de la hospitalización, se caracterizan por su brevedad e inmediatez. Seguramente, parte de los datos necesarios para este SI surgirán de la declaración expresa del facultativo que realiza la consulta, por tanto si imaginamos un registro médico que pueda consumir 1 minuto por paciente en una atención que tiene una duración media total por visita de 10-15 minutos, supone un consumo aproximado del 10-15% del tiempo médico empleado en la asistencia. Sin duda, y a diferencia del CMBD de hospitalización, supone un esfuerzo apreciable.

2. ¿Serán muchos datos para el codificador?

El CMBDH requiere de la participación de personal sanitario experto en codificación para el tratamiento de los datos clínicos que lo componen. Tras la experiencia acumulada, consideramos que se requiere un tiempo

medio mínimo aproximado de 10 minutos por ingreso para las tareas de iniciación y codificación de diagnósticos y procedimientos (documento primario: historia clínica). Obviamente, por la menor complejidad de la información generada en una visita a consultas, este ratio deberá ser menor, pero aun así y asignando un tiempo mínimo de 5 minutos por visita, el coste de personal es inabordable y, aún siéndolo, la complejidad de su gestión no lo aconsejaría.

3. ¿Seremos capaces en la organización?

La puesta en marcha de un SI que afecta a la práctica totalidad de los servicios finales de un hospital, que requiere la recogida, transmisión y tratamiento de datos sobre un volumen diario importante de pacientes cuya atención se realiza de forma dispersa, ya no sólo por las diferentes instalaciones de un hospital, sino también por Centros de Especialidades físicamente alejados, obliga sin duda a un esfuerzo organizativo importante y a un correcto diseño de los flujos de comunicación.

4. ¿Será posible en el apoyo informático?

Hoy en día cualquier SI solo se concibe bajo un modelo tecnológico de soporte basado en recursos informáticos y de comunicaciones. Así lo es en el CMBD de hospitalización y así lo debe ser en el SI para las consultas hospitalarias. Afortunadamente, la mayoría de los hospitales han implantado en los últimos años sistemas automatizados para la cita previa en consultas, lo que permite afirmar que hoy en día se dispone de un registro de pacientes en consultas. Indudablemente, esto supone una oportunidad sobre la que será necesario trabajar para incorporar los otros datos que el SI que proponemos necesita. Finalmente, por el volumen de datos a manejar, la capacidad y potencia de estos recursos informáticos deberán sufrir modificaciones si queremos evitar fracasos derivados de su inadecuación.

5. ¿Será útil la información?

Hasta aquí hemos razonado suficientemente sobre la necesidad de disponer de un SI orientado a arrojar luz al área de consultas. Creemos que nadie podrá argumentar

que este empeño no es necesario. Sin embargo, la información no la aporta la simple suma de datos sino su análisis e interpretación sobre la base de objetivos previamente establecidos. Así los registros son la base de un sistema de información y permiten la existencia de éste, pero la suma de los registros no constituye, por sí misma, dicho sistema. Finalmente este conocimiento precisa de un proceso de entrenamiento en el uso de indicadores claros y estables de los que se conozcan sus valores de referencia en el entorno. Por todo ello, será necesario acordar qué es lo que queremos saber, qué es lo que podemos saber y finalmente aprender a pensar con esta información ("utilizar con inteligencia"). Si no lo logramos el SI que proponemos será inútil, y por tanto caro e ineficiente.

¿CÓMO LO DESARROLLAMOS?

Mediante un debate abierto y participativo entre todos aquéllos que asistieron al Taller (aproximadamente 50 personas). Para introducir el Taller, contamos con las aportaciones de 6 compañeros que nos relataron brevemente sus experiencias en este campo (Cuadro 1).

A continuación se presentó el resultado de las opiniones que, previamente al Taller, se habían recogido entre otros compañeros mediante una encuesta sobre estos mismos temas.

Finalmente se inició el debate entre todos los asistentes sobre las siguientes cuestiones:

1. Sobre los datos del paciente y de la visita.

- ¿Disponemos de ellos?
- ¿Qué necesitamos para su logro?
- ¿Podemos utilizar los de la cita previa a consultas?
- ¿Estamos de acuerdo con los datos del Anexo I?

2. Sobre los datos clínicos de la visita.

- ¿Cómo podemos obtenerlos?
- ¿Cómo podemos facilitarle al médico su comunicación?
- ¿Cómo lograr su colaboración e interés?

3. Sobre la codificación de los datos clínicos de la visita.

- ¿Cómo podemos organizar la codificación?
- ¿Será posible con las actuales unidades de codificación?
- ¿Qué necesitamos?

4. Sobre la elaboración, resumen y presentación de los datos.

- ¿Cuáles pueden ser los datos y series a resumir?
- ¿Es significativo el análisis por visita o necesita alguna agregación posterior?
- ¿Es significativo el análisis por diagnóstico principal de la visita?
- ¿Cómo analizaremos la utilización de procedimientos diagnósticos?

| | | |
|------------------------|--|-----------------------------|
| Francisco Javier Irala | Unidad de Documentación Clínica | Hospital de Osuna |
| Pilar Arconada | Servicio de Admisión y Documentación Clínica | Hospital Cruz Roja Madrid |
| Ramon Castro | Subdirección General de Atención Especializada | SERGAS |
| Arturo Conesa | Unidad de Documentación Clínica | Hospital Clinic Barcelona |
| Pilar Torre | Unidad de Documentación Clínica | IMAS Barcelona |
| Pilar Fabo | Servicio de Admisión y Documentación Clínica | H. U. Marqués de Valdecilla |

Cuadro 1

¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES?

• ¿Serán muchos datos para el médico en consultas? —¿Cómo podemos obtenerlos?

- El diagnóstico de la visita debe informarlo el propio médico.
- Promover el uso de Pc en red en consultas: registro directo por el médico.
- Elaborar un diccionario de conversión de lenguaje médico a código CIE9.
- Captura directa de procedimientos desde las BD de los que la realizan.
- Mientras, minimizar al máximo la tarea administrativa:
 - Hoja preimpresa por visita: el médico marca el diagnóstico y/o procedimientos.
 - Elaborar lista de diagnóstico y procedimientos más frecuentes en consultas.
 - Sucesivas: “traer” código visita anterior. opción de variar por el médico.
 - En fases iniciales, limitarlo al diagnóstico principal es una buena opción.

• ¿Serán muchos datos para el médico en consultas? —¿Cómo lograr su colaboración e interés?

- Iniciar y evaluar el proyecto con el Servicio.
- Con el apoyo, compromiso e interés de la Dirección.
- Utilizar la información de las decisiones organizativas e inversoras.
- Invirtiendo con el servicio en utilidades inmediatas:
 - Posibilitar la realización de informes automáticos desde Cex.
 - Posibilidad de investigación clínica.
 - Sesiones de análisis de su casuística.
 - Información para la gestión de agendas.

• ¿Serán muchos datos para el codificador? —¿Cómo organizar el trabajo?

- Utilizar sólo la HC para validación ante dudas o ausencias.
- Evitar el proceso de codificación: captura (automática) de código.
 - Desde la hoja preimpresa por AA.AA/FP.

- Desde la BD registrada por el médico en su PC de la consulta.

• ¿Serán muchos datos para el codificador? —¿Es posible con nuestras Unidades de Codificación? ¿Qué necesitamos?

- No, para implantaciones en todo el Hospital.
- Incorporar: 1 codificador + 1,5 AA.AA/FP por cada 150.000 visitas al año.
- Aplicación informática “ad hoc”, con:
 - Diccionario médico (equivalente códigos CIES).
 - Interface para el médico de consulta.
 - Integrada con los datos de cita previa.
 - “Arrastre” de códigos de visitas anteriores.
 - Ayuda detección de errores, incoherencias, duplicidades, etc.

• ¿Seremos capaces en la organización?

- Utilizar circuitos y datos de ADM de cex.
- Mejorar/verificar los datos de la cita previa.

• ¿Estamos de acuerdo con el CMBD?

- Sí.
- Añadir destino a las visitas.
- Identificador del episodio para “ligar” visitas sucesivas en el mismo proceso.

• ¿Será útil la información?

—¿Cuáles pueden ser los datos y series a resumir?

- Similares a las casuísticas que utilizamos en el CMBD hos.
- Nº y tipo de visitas por Sº, por médico, por diagnóstico principal.
- Inicialmente: agrupar clínicamente según CIE 9.
- Perfil de utilización de exploraciones por diagnóstico principal.
- Cambios de diagnóstico con respecto al primero.

• ¿Será útil la información?

—¿Es significativo el análisis por visita o necesita alguna agregación posterior?

- Mantener la unidad mínima de análisis en la visita (contacto).

- Necesario incorporar otros análisis donde se agregan visitas.
 - ✗ Episodio de consulta.
- Incorporar agrupación por complejidad y significación clínica.

¿VAMOS A CONTINUAR TRABAJANDO JUNTOS?

Claramente, sí. Sólo acabamos de empezar.

Queremos que el Taller siga constituido con reuniones periódicas que puedan presentarse en las VI Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes.

Para ello, proponemos:

- Ampliar la lista de socios para el Taller. Interesados enviar e-mail a sadldo@humv.es
- Proponer una lista de trabajos a realizar en el 2001.

- Proponer un calendario de reuniones para puesta en común en el 2001. En relación con las listas de temas para trabajar, ya os proponemos algunos:

1. Lista de diagnósticos y procedimientos más frecuentes por especialidad médica. Se trata de tener diseñadas hojas preimpresas por especialidad que mediante un número limitado de diagnósticos y de procedimientos logren abarcar la mayoría de las visitas médicas en consulta.

2. Establecer un modelo de explotación de datos basados en el CMBD con su glosario de términos y definiciones.

3. Analizar los requerimiento de personal y soluciones organizativas desde la perspectiva de las Unidades de Admisión y Documentación Clínica.

Espero vuestras noticias. Hasta pronto.

ANEXO I

PROPUESTA DEL CMBD AMBULATORIO. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS

1. Identificación del Hospital.
2. Identificación del usuario.
3. Fecha de nacimiento.
4. Sexo.
5. Lugar de residencia.
6. Tipo de financiación.
7. Código del servicio.
8. Fecha del contacto.
9. Tipo de contacto.
10. Diagnóstico del contacto.
11. Diagnósticos secundarios.
12. Procedimientos quirúrgicos y/u obstétricos y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos.