

Importancia de un sistema informático de registro en las unidades de observación de los Servicios de Urgencias

ENRIQUE ALONSO FORMENTO, MARÍA JOSÉ CALPE GIL, CARMEN MARÍA ROS TRISTÁN, ANA GARZARÁN TEIJEIRO, JESÚS ÁNGEL MARTÍNEZ BURGUI, FERNANDO GALVE ROYO

Servicio de Urgencias. Hospital "Obispo Polanco" de Teruel, España.

CORRESPONDENCIA:

Enrique Alonso Formento
Plaza Playa de Aro nº 1,
piso 10, puerta 3
44002 Teruel, España
E-mail:
ealonsof@salud.aragon.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

18-5-2007

FECHA DE ACEPTACIÓN:

29-10-2007

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

Los autores quieren expresar su agradecimiento a todo el personal de Enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel, y a todos los médicos de los Servicios de Urgencias de los hospitales encuestados que han colaborado en este trabajo.

Objetivos: Evaluar la importancia de un registro informático de los datos en la sala de observación de un Servicio de Urgencias, así como la descripción de los diferentes tipos de registros implementados actualmente en los diferentes Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) en España.

Método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo que analiza los datos registrados de la actividad del área de observación de nuestro hospital durante los tres últimos años. También realizamos una encuesta telefónica a 183 Servicios de Urgencias hospitalarios. Se recogió información acerca de la forma de registro de los datos de los pacientes ingresados en el área de observación.

Resultados: Entre los años 2004 y 2006, 9.536 pacientes (10,46% de los pacientes atendidos) fueron ingresados en la unidad de observación de nuestro hospital. Los tres diagnósticos clínicos más frecuentes de estos pacientes fueron las patologías respiratorias, el dolor abdominal y el dolor torácico. El tiempo de estancia medio de los pacientes en esta unidad fue de 9 horas y 20 minutos. De los 183 SUH consultados encontramos que el 6,01% no disponían de área de observación. De los que sí disponían, el 10,47% tenían un registro informático completo de la unidad de observación y el 8,72% no realizaban ningún registro de datos.

Conclusiones: En la actualidad, los registros informáticos están poco difundidos en los SUH españoles. La actividad asistencial llevada a cabo en las unidades de observación debe quedar reflejada de forma que pueda ser posteriormente analizada y evaluada periódicamente, con el fin de prever la necesidad de recursos asistenciales, así como para el desarrollo de indicadores de calidad. [Emergencias 2008; 20: 35-40]

Palabras clave: Unidades de observación. Urgencias. Informático. Proceso de datos automático.

Introducción

Una de las grandes dificultades en la práctica clínica de la medicina de Urgencias es decidir con una exploración física y con unas pruebas complementarias básicas el enfoque diagnóstico y el destino del paciente. Muchas veces la evolución clínica del paciente es fundamental para este proceso, especialmente en aquéllos con incertidumbre diagnóstica inicial.

Las unidades de observación de los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) son aquellas áreas destinadas para resolver incertidumbres diagnósticas o evolutivas, tratar o estabilizar enfermedades agudas y valorar la indicación de ingreso hospitalario o alta¹. Estas áreas deben disponer de personal entrenado exclusivo, equipamiento ade-

cuado y reglado, y tener unos criterios de ingreso escritos y claros^{2,3}.

La utilidad de las áreas de observación ha sido ampliamente demostrada tanto en la reducción de ingresos hospitalarios y por lo tanto de costes, como de una mejora de la atención médica^{2,4}. De ahí la importancia que han adquirido en los últimos años dichas unidades, permitiendo mejorar el uso racional de los recursos sanitarios⁵.

Los sistemas de información tienen un interés creciente en las organizaciones sanitarias, ya que son un instrumento que facilita la mejora de la calidad asistencial y de la gestión de los recursos.

El desarrollo de fuentes de datos automatizadas en las unidades de observación de los SUH facilitarían la cuantificación periódica de los indicado-

res, permitiendo monitorizar la actividad asistencial a lo largo del tiempo, asegurándonos que se cumplen los niveles previamente definidos y así poder introducir acciones de mejora continua.

De hecho, algunos autores recomiendan establecer una serie de indicadores de calidad en las unidades de observación, basados en el número de ingresos, porcentaje de pacientes ingresados, la estancia media, los diagnósticos clínicos más frecuentes y la edad media^{2,6-9}.

Actualmente en la literatura no existen datos sobre la experiencia de la aplicación de un sistema de información computerizado en la unidad de observación de un SUH, ni sobre la difusión de los mismos en los distintos hospitales de la geografía española.

Material y método

En primer lugar se ha desarrollado un estudio descriptivo de la actividad asistencial durante un periodo de 3 años (2004-2006) en la unidad de observación de nuestro Servicio de Urgencias en la cual se ha implantado un registro informático de los datos.

Nuestro hospital está ubicado en el núcleo urbano de la capital de provincia, con una población de referencia de 81.083 sujetos. La distribución de esta población según la edad es de un 0,7% menores de 1 año, un 11,2% de 1 a 14 años, un 61,6% de 15 a 64 años, un 17,3% de 65 a 79 años y un 9,1% mayores de 79 años.

Nuestro Servicio de Urgencias se divide en dos áreas bien definidas: el área de boxes, con una media de atenciones urgentes por día de 83 pacientes y un porcentaje de ingresos del 17%, y el área de observación, que se compone de siete camas con la posibilidad de una cama más accesorio, lo que cumple las recomendaciones del Colegio de Médicos de Emergencias Americano (*American Collage of Emergency Physicians, ACEP*)¹⁰. No disponemos de Unidad de Corta Estancia.

En la base de datos informatizada se registra nombre y apellidos del paciente, edad, sexo, ciudad y provincia, número de historia clínica, médico y enfermero/a responsable, diagnóstico y codificación CIE9, motivo de estancia, hora de entrada, hora de ingreso o alta, destino, motivo de demora y hora de salida. Los datos son introducidos por el personal de enfermería de nuestro Servicio de Urgencias. Posteriormente se hizo un análisis de los datos en función del motivo de es-

tancia, el cual dividió en cuatro posibles razones: a) criterio terapéutico o de estabilización; b) pendiente de decisión de ubicación definitiva; c) pendiente de ingreso; d) pendiente de alta.

En segundo lugar, se ha realizado un estudio descriptivo de los diferentes sistemas de registro de datos en las áreas de observación hospitalarias. Para ello se llevó a cabo una encuesta telefónica durante los meses de marzo y abril del 2007 a los Hospitales Generales Públicos Civiles con Servicios de Urgencias, con dependencia patrimonial de la Seguridad Social, Comunidad Autónoma o Entidades Públicas de España. Los hospitales incluidos son aquellos reflejados en el listado de hospitales del Catálogo Nacional de Hospitales 2006, del Ministerio de Sanidad y Consumo, con la colaboración de las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas y de los órganos competentes de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y actualizado en el 2007¹¹. En la encuesta telefónica se preguntaba a un Médico Adjunto del SUH si disponían de área de observación, si había algún tipo de registro de datos, y cuál era éste. Clasificábamos las respuestas en seis grupos: aquellos SUH que tienen todo informatizado, aquéllos con registro informático completo de los datos, aquéllos con un registro informático parcial (sólo se registra de forma informática el nombre del paciente), aquéllos con un registro de datos manual (generalmente en un libro), aquéllos que no realizan ningún registro, y SUH que no disponían de Unidad de Observación.

El análisis estadístico de los datos se ha llevado a cabo mediante la versión 13.0 para Windows del programa informático SPSS.

Resultados

En nuestro Servicio de Urgencias fueron atendidos 91.190 pacientes durante el periodo de 2004 a 2006, de los cuales ingresaron 9.536 en la Unidad de Observación (10,46% con una media de $8,7 \pm 3,3$ pacientes/día). La media de edad fue de $64,4 \pm 20,2$ años, con un predominio del grupo de edad de 75 a 90 años (34,1%), y del género masculino (55,2%). El turno con mayor porcentaje de ingreso fue por la mañana (42%), el día de la semana el lunes (15,9%), y el mes agosto (10,4%). En cuanto al lugar de procedencia el 88% eran de la misma provincia, y de éstos el 50,6% de la misma capital.

La estancia media de los pacientes ingresados en nuestra sala de observación fue de 9 horas y

Tabla 1. Especialidades más frecuentes de las patologías causantes de ingreso en la sala de observación de nuestro hospital entre 2004 y 2006, estancia media, pacientes ingresados para estabilización clínica, y porcentajes de ingresos en planta

Especialidades	N (%)	Estancia media (h)	Estabilización clínica (%)	Ingresos en planta (%)
1. Medicina interna	2.438 (39,4%)	9,88	3,3%	41,7%
2. Neumología	657 (10,6%)	9,64	10,1%	65,2%
3. Cirugía	577 (9,3%)	8,13	3,4%	53,4%
4. Cardiología	572 (9,2%)	9,91	10,2%	46,8%
5. Digestivo	524 (8,5%)	8,68	6,8%	45,9%
6. Traumatología	448 (7,2%)	6,33	6,6%	45,3%
7. Urología	258 (4,2%)	8,22	7,4%	37,7%
8. Neurología	227 (3,7%)	8,42	10,6%	42,2%
9. Hematología	83 (1,3%)	11,02	20,9%	23,5%
10. Otorrinolaringología	74 (1,2%)	8	13,5%	35,1%

Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes de los pacientes ingresados en la sala de observación de nuestro hospital entre 2004 y 2006, estancia media, pacientes ingresados para estabilización clínica, y porcentajes de ingresos en planta

Especialidades	N (%)	Estancia media (h)	Estabilización clínica (%)	Ingresos en planta (%)
1. Patología respiratoria	815 (8,5%)	10,27	2,7%	66,9%
2. Dolor abdominal	804 (8,4%)	10,39	2,0%	29,3%
3. Dolor torácico	802 (8,4%)	8,96	1,5%	27,8%
4. Taquiarritmias	553 (5,8%)	12,05	7,2%	37,2%
5. Traumatismos	535 (5,6%)	6,64	2,6%	43,4%
6. Síncope	372 (3,9%)	11,28	4,6%	18,2%
7. Síndrome diarreico	368 (3,9%)	12,71	5,2%	23,1%
8. Accidente cerebrovascular	260 (2,7%)	7,72	0,8%	68,9%
9. Cardiopatía isquémica	246 (2,6%)	8,61	3,7%	79,0%
10. Anemias	230 (2,4%)	12,95	10,9%	25,3%
11. Hemorragias digestivas	224 (2,3%)	7,99	1,3%	69,6%
12. Vértigos y mareos	190 (2%)	9,63	5,3%	16,1%
13. Cólico nefrítico	183 (1,9%)	8,14	2,2%	33,3%
14. Traumatismo craneal	164 (1,7%)	9,54	1,2%	13,6%
15. Infección urinaria	133 (1,4%)	10,98	3,8%	41,8%
16. Intoxicaciones	127 (1,3%)	10,61	5,5%	28,4%
17. Diabetes	115 (1,2%)	10,20	10,4%	32,5%
18. Patología biliar	112 (1,2%)	7,63	1,8%	77,3%
19. Epilepsia	112 (1,2%)	10,41	5,4%	20,5%
20. Insuficiencia cardiaca	105 (1,1%)	8,59	2,9%	86,9%

20 minutos, con un 4,6% de pacientes que permanecieron más de 24 horas.

En todos los casos la persona responsable del ingreso fue un médico adjunto de urgencias, y en un 8,5% de los casos había sido comentado previamente con un médico especialista.

Los motivos de estancia de los pacientes que ingresaban en la Unidad de Observación fueron agrupados en cuatro tipos: un 61,6% (5.873) pendientes de decisión de ubicación definitiva, un 33,5% (3.199) pendientes de ingreso, un 3,7% (354) por necesidad de tratamiento específico o estabilización clínica, y un 1,2% (110) pendientes de alta.

Las especialidades más frecuentes de las patologías causantes del ingreso, su estancia media, el porcentaje de aquéllas cuyo motivo de ingreso fue la estabilización clínica, y el porcentaje de pacientes por especialidad que se quedaron finalmente ingresados en un hospital se muestran en la Tabla 1.

Los diagnósticos más frecuentes de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Observación, su estancia media, aquéllas que ingresaron por estabilización clínica y el porcentaje de las que finalmente ingresaron en un hospital se reflejan en la Tabla 2. Las enfermedades con estancias más prolongadas en nuestra unidad de observación fueron, en primer lugar, las anemias y en segundo los síndromes diarreicos.

Del grupo de los pacientes que ingresaron pendientes de decisión clínica destacan por orden de frecuencia las siguientes patologías: epilepsia, dolor torácico, infección urinaria, cólico nefrítico, dolor abdominal y síndrome diarreico. De las que permanecieron más de 24 horas, se encuentran de mayor a menor la patología respiratoria, el dolor abdominal, las taquiarritmias y los síndromes diarreicos.

En cuanto al grupo de pacientes pendientes de ingreso destacan en primer lugar las patologías de la especialidad de medicina interna.

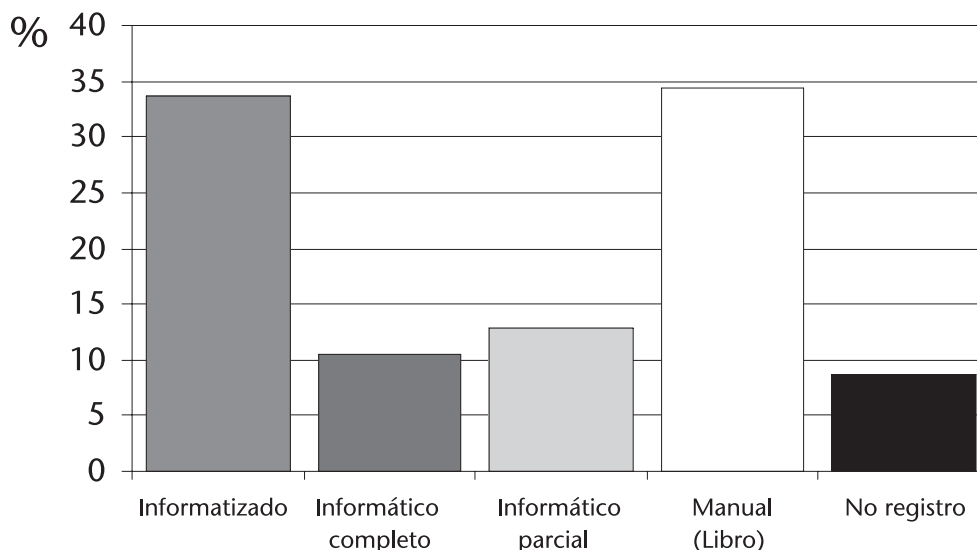


Figura 1. Tipo de registro de datos de la sala de observación de los Servicios de Urgencias hospitalarios.

La especialidad en que más se consultó con el médico especialista previo a su paso a la Unidad de Observación fue cirugía, y en concreto la patología biliar (21,3%) y el dolor abdominal (15,4%).

En referencia al destino final de los pacientes se demuestra que el 45,67% de los sujetos que entraron en nuestra área de observación, terminaron ingresados en algún hospital; el 42,14% en nuestro hospital, el 1,86% en el Hospital Geriátrico y el 1,65% se trasladó a otros hospitales de mayor nivel. Del resto, el 0,6% fueron altas voluntarias, el 2,03% se remitió a consultas externas de nuestro hospital, y el 51,65% se derivó a su médico de cabecera.

Solamente 3 pacientes fallecieron en su estancia en esta Unidad en los tres años del estudio, y en todos ellos fueron pacientes de edad avanzada con complicaciones esperadas de sus patologías, pendientes de ingreso hospitalario.

Del total de pacientes ingresados en estos tres años en la unidad de observación, un 7,5% tuvieron una demora de tiempo para el alta o para su ingreso mayor de 3 horas, una vez que se decidió su alta o ingreso.

De los 183 SUH consultados en la encuesta encontramos que 11 de ellos (6,01%) no disponían de área de observación. Con respecto a los 172 hospitales con Unidad de Observación, el registro de los datos era el detallado en la Figura 1. El 33,72% (58) de los Servicios de Urgencias consultados tenían la historia clínica informatizada. Destaca que de los hospitales que no tenían el Servicio de Urgencias informatizado, sólo el 15,79% (18) de ellos disponían de un registro informático

completo de los pacientes de la Unidad de Observación. Más de la mitad de ellos (51,75%) (59) disponían de registro no informático (libro), y el 13,16% (15) no realizaban ningún registro de datos. En resumen el 47,09% de los SUH consultados tenían un registro de datos manual o informático incompleto.

Discusión

Las Unidades de Observación de los Servicios de Urgencias hospitalarios de nuestro país tienen una estructura variable dependiendo del complejo hospitalario³, pero todas ellas desempeñan una actividad incuestionable y con alto rendimiento^{2,12}.

En nuestro trabajo se ha evidenciado que son áreas donde se realiza una significativa gestión de casos, lo cual debe ser registrado en sistemas de información y así poder prever la necesidad de recursos asistenciales y llevar a cabo un control de calidad de la actividad asistencial.

En nuestro estudio se hizo una evaluación anual. Desde el punto de vista del control, Roig et al² recomiendan realizar un análisis anual de la actividad asistencial desempeñada en esta área y establecer controles de calidad, entre ellos tiempos de estancia de estos pacientes.

La actividad desempeñada en esta área es un fiel reflejo de la actividad general de todo el Servicio de Urgencias. El porcentaje de pacientes que ingresan en nuestra unidad ronda el 10% (10,46%), que es el recomendado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergen-

cias¹. En nuestro Servicio tenemos un mayor número de Urgencias por las mañanas y los lunes por una mayor derivación desde Atención Primaria y mayores problemas de camas disponibles para ingreso hospitalario. Agosto es el mes de mayor afluencia de pacientes debido al mayor turismo de nuestra provincia.

La edad media obtenida en nuestra muestra es algo superior a lo descrito en los artículos revisados de la bibliografía, donde observan una edad media entre los 45 y 70 años, en dependencia del hospital estudiado^{6,8,13}. Esto es debido a que la población atendida por nuestro SUH es de edad avanzada. Estos pacientes son también de predominio rural (49,4% provienen de pueblos de la provincia), lo cual condiciona la decisión de su alta, especialmente en horario nocturno.

Con relación a los tiempos de estancia media de los pacientes en estas áreas de observación hemos encontrado cifras muy variables de unos estudios a otros, desde las 5 horas con 50 minutos⁹, hasta las 23 h con 48 minutos¹⁴. Nuestra cifra (9 horas y 20 minutos) se encuentra entre dicho intervalo.

En nuestra unidad de observación existe un porcentaje de pacientes considerable (61,6%) pendientes de decidir su ubicación definitiva, especialmente con patologías cuyo ingreso o alta depende de su evolución clínica o respuesta al tratamiento inicial.

Los datos de nuestro estudio sobre los individuos que ingresan pendientes de cama de hospitalización demuestran una cifra superior a la descrita en el estudio de Caballero et al¹⁵ (22%), debido a que muchas altas hospitalarias se producen por la tarde, al ser pacientes que viven en pueblos, y a no disponer de ninguna sala de pre-hospitalización ni de pre-alta. El de Medicina Interna es el servicio más saturado y donde más tardan en ingresar y ser dados de alta los pacientes.

Sin embargo, y estando de acuerdo con otros autores, el dividir la sala de observación en áreas de decisión clínica, de alta resolución y de pre-hospitalización, resulta menos rentable, y que interfieren en la dinámica asistencial del SUH^{3,16,17}.

Con respecto a los diagnósticos clínicos más frecuentes de los pacientes que ingresan en el área de observación, coincidimos con otros artículos que los tres primeros y los que más se van a beneficiar de su estancia en una unidad de observación de los Servicios de Urgencias son las patologías respiratorias, el dolor abdominal y el dolor torácico, en diferente orden en dependencia del hospital donde nos encontremos^{13,18,19}. En el primer caso se trata de un ingreso para tratamiento a corto plazo, y en los dos últimos casos para eva-

luación diagnóstica². Aquellos diagnósticos que requieren en mayor número de casos una estabilización clínica son, por orden de frecuencia, las anemias, las complicaciones de la diabetes y las taquiarritmias. Las patologías que acaban ingresadas finalmente con mayor frecuencia son la insuficiencia cardíaca que no responde al tratamiento inicial, la cardiopatía isquémica tras enzimas seriadas y la patología biliar complicada.

Con relación a las especialidades de las patologías responsables de ingreso en el área de observación, la primera en orden de frecuencia es Medicina Interna, la de mayor estancia media y de estabilización clínica es Hematología (por las transfusiones que requieren estos pacientes), y aquella con mayor número de ingresos hospitalarios Neumología, especialmente pacientes con EPOC.

Las patologías quirúrgicas son las que más se consultan con los médicos especialistas, al depender de ellos para su ingreso en planta.

El porcentaje de ingresos de nuestra sala de observación (45,67%) es similar al encontrado en los hospitales americanos⁶⁻⁸ (cerca al 50%) e inferior a un estudio realizado en Terrassa (62%)¹³.

Los pacientes que permanecieron más de 24 horas son sobre todo aquéllos con infección respiratoria, dolor abdominal, fibrilación auricular o diarrea que responden al tratamiento más lentamente de lo esperado inicialmente.

Como sesgo del presente estudio destacar que al ser un Hospital General con predominio de las camas de Medicina Interna existe un mayor porcentaje de los pacientes clasificados en este grupo. Por lo demás, los datos se pueden extrapolar a otros centros, especialmente a aquéllos con un único área de observación de pacientes.

En nuestra encuesta acerca del tipo de registro, destaca el elevado porcentaje de SUH con un registro manual (libro), o informático parcial (solamente el nombre del paciente), que alcanzan entre ambos un 47% del total de hospitales con SUH encuestados. El 34% de los SUH tienen la historia clínica informatizada pero la mayoría de ellos no disponen de un registro específico, exclusivo y personal de estos pacientes.

Bibliografía

- 1 Roig Osca MA. Propuestas para el manejo de las Unidades de observación. *Emergencias* 1998;10:240-4.
- 2 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérez Torres I, Pérula de Torres L. Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España (y IV): Áreas de observación. *Emergencias* 2000;12:259-68.

- 3 Muiño Mínguez A, Gil Gómez J, Gabarro N, Segado Soriano A, López Glez-Cobos C, Villalba García MV. Unidad de observación y corta estancia de Medicina en el Servicio de Urgencias. *An Med Intern (Madrid)* 1998;15:138-41.
- 4 Roberts R, Graff LG 4th. Economic issues in observation unit medicine. *Emerg Med Clin North Am* 2001;19:19-33.
- 5 Manual de organización y funcionamiento de los Servicios de Urgencias hospitalarias. 2006. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.
- 6 Graff LG. Utilization review. Emergency medicine implications. *Emerg Med Clin North Am* 1992;10:583-96.
- 7 Crenshaw LA, Lindsell CJ, Storrow AB, Lyons MS. An evaluation of emergency physician selection of observation unit patients. *Am J Emerg Med* 2006;24:271-9.
- 8 Burkhardt J, Peacock WF, Emerman CL. Predictors of emergency department observation unit outcomes. *Acad Emerg Med* 2005;12:869-74.
- 9 Gallinas Victoriano F, Herranz Aguirre M, Gonzalez Villar M, Viguria Sanchez N, Clerigue Arrieta N, Olivera Olmedo JE. Activity of a short-stay observation unit in an emergency department of a tertiary Hospital. A two-year experience. *An Pediatr (Barc)* 2005;62:252-7.
- 10 Del Prado Martínez MF, Bravo Salamanca I, Hijano Mir A, Fernández Fernández A, Crespillo Gómez C, Garzón Blanco J. Asistencia en el área de observación de un Servicio de Urgencias del paciente postoperado. *Emergencias* 1998;10:167-72.
- 11 Keeler ML, Donovan MR. Observation areas. En: Riggs LM (ed). *Emergency department design*. Dallas, Texas: American College of Emergency Physicians 1993;185:197.
- 12 Catálogo Nacional de Hospitales 2006, actualizado a 31 de diciembre de 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- 13 Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med* 2003;41:668-77.
- 14 Hostetler B, Leikin JB, Timmons JA, Hanashiro PK, Kissane K. Patterns of use of an emergency department-based observation unit. *Am J Ther* 2002;9:499-502.
- 15 Graff LG, Hoseph T. Hospital sie of service. En: Graff LG. *Observation medicine*. Boston: Andover Medical Publishers, Inc. 1993;83-8.
- 16 Keeler ML, Donovan MR. Observations areas. En: Riggs LM (ed). *Emergency department design*. Dallas, Texas: American College of emergency physicians 1993;185-97.
- 17 Caballero A, Garrido I, Montero E, Montilla MA, Herrera J, Navarro A. ¿Por qué ingresan los pacientes en una unidad de observación de un Hospital general? *Emergencias* 1996;8:184.
- 18 Lateef F, Anantharaman V. The short-stay emergency observation ward is here to stay. *Am J Emerg Med* 2000; 18:629-34.
- 19 Tomas Vecina S, Duaso Magana E, Ferrer Tarres JM, Rodríguez Carballeira M, Porta Castejon R, Epelde Gonzalo F. Assessment of the appropriate utilization of an emergency department observation unit with the Appropriateness Evaluation Protocol: analysis of 4,700 cases. *An Med Interna* 2000;17:229-37.

Relevance of the existence of an electronic data record in the emergency department observation units

Alonso Formento E, Calpe Gil MJ, Ros Tristán CM, Garzarán Teijeiro A, Martínez Burgui JA, Galve Royo F

Aims: To assess the value of using an electronic medical record in the emergency department observation unit, and to describe the different types of data records in hospital emergency department observation units of Spain.

Methods: Retrospective observational study to review the activity data recorded in our hospital observation unit during the last three years. A telephone survey in 183 hospital emergency departments was also performed, and we obtained information on different types of data records for patients admitted in the observation unit.

Results: From 2004 to 2006 9536 patients (10,46% patients admitted) were transferred to our hospital observation unit. The most common diagnoses of these patients were respiratory disease, abdominal and chest pain. The average length of stay of these patients in this area was 9 hours and 20 minutes. Among the 183 hospital emergency departments surveyed, the observation unit was absent in 6,01%, there was a complete electronic data record in 10,47%, and data record lacked in 8,72%.

Conclusions: Currently, electronic data records are not widely used in Spanish emergency department observation units. Medical activity at the observation units must be recorded, assessed and evaluated periodically, in order to help to predict the need of medical resources and develop quality markers. [*Emergencias* 2008; 20: 35-40]

Key words: Hospital units. Emergencies. Informatics. Automatic data processing.