

CÓMO MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA

CUIDANDO LA INFORMACIÓN



El objetivo de esta publicación es facilitar **pautas** al personal clínico para mejorar el registro de la **información clínica** y obtener unos **resultados** mejores y más fiables, tratando de evitar el modelo **GIGO (garbage in= garbage out)**.

En este segundo número queremos resaltar el **valor de la información registrada por enfermería**.

- La evolución de cuidados
- Valoración por necesidades.

De estos registros obtenemos una visión objetiva del estado actual del/ de la paciente y de sus necesidades según evolución.

EL PROCESO DE CODIFICACIÓN

¿Qué es la codificación clínica? Se trata de convertir el lenguaje clínico asistencial al lenguaje de la CIE 10-ES, respetando las reglas y normas que lo rigen.

Para codificar el episodio asistencial de cada paciente nos basamos en el informe de alta, para que dicha codificación sea más ajustada a la CIE 10 y a la realidad, consultamos los registros de enfermería.



Paciente ingresado con toda su complejidad



Enfermería

- Registra en el informe de evolución de cuidados.
- Valoración por necesidades

- Úlceras.
- Dispositivos y drenajes: sondas, vías centrales...
- Tratamientos: quimioterapia, oxigenoterapia, nutrición...
- Complicaciones: flebitis, extravasaciones...



Los codificadores utilizan informes de enfermería para una codificación más precisa

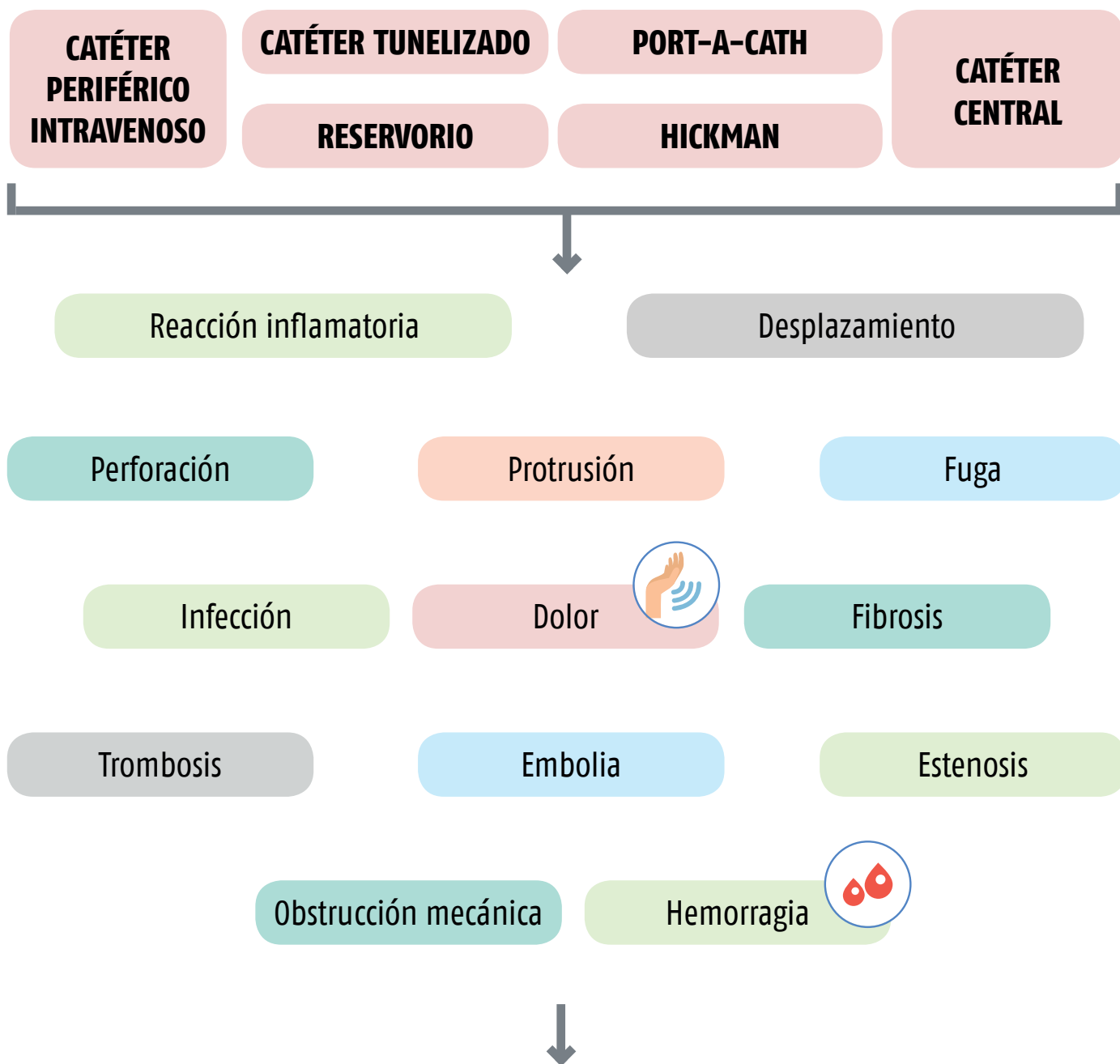


Llegamos a los resultados...

Con una información clara y detallada se aumenta el nivel de complejidad y la severidad del paciente

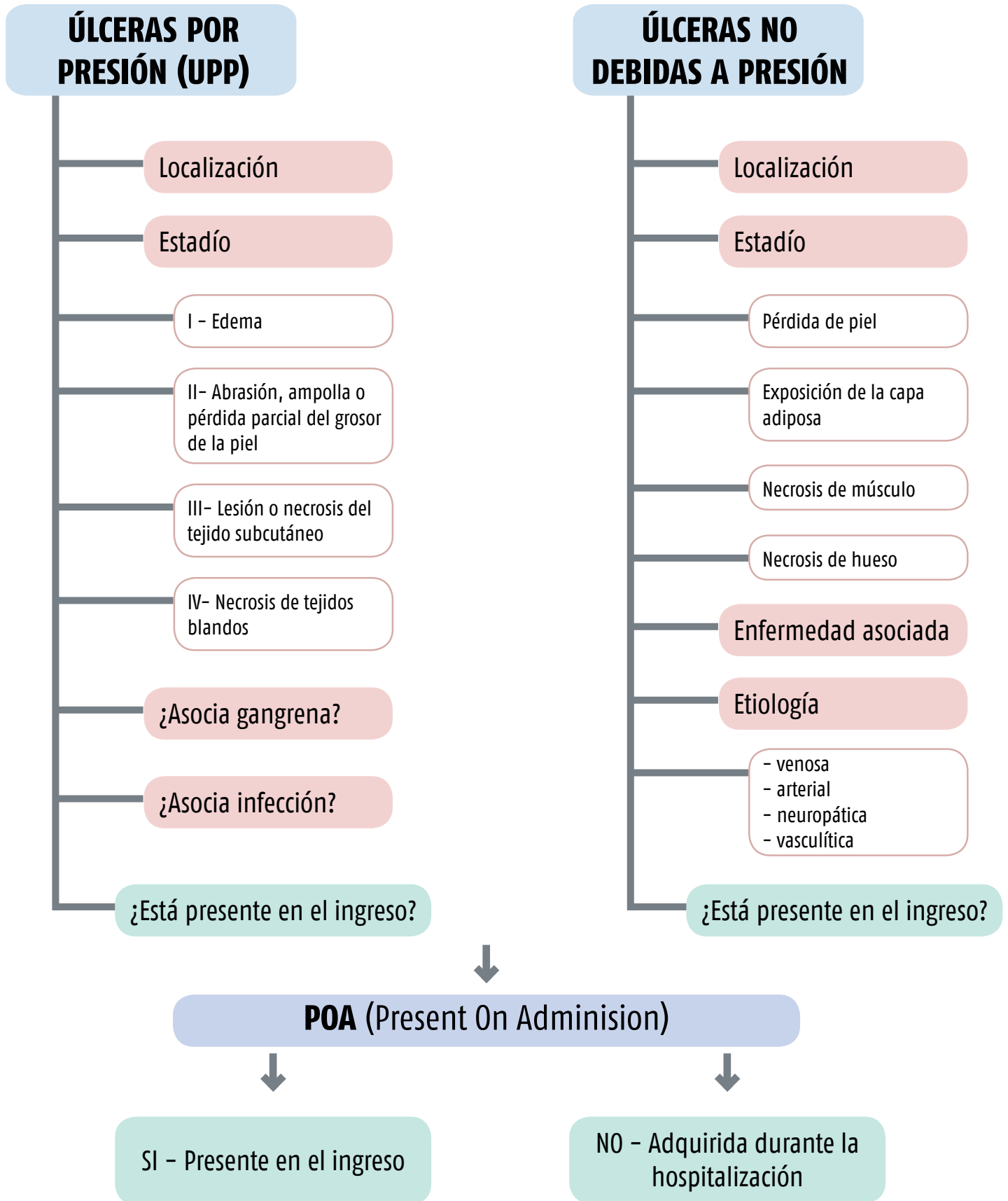
LAS COSAS CLARAS ... CONCEPTOS BÁSICOS

Identificar las complicaciones de los accesos vasculares



La identificación de las complicaciones es importante para conocer las características de las personas enfermas que tratamos, construir de modo fiable los indicadores de seguridad y justificar estancias y el tratamiento

Información necesaria para identificar y codificar las úlceras



Ejemplo 1

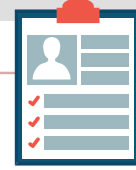
Diagnóstico enfermero: Alteración de la integridad cutánea

Informe de alta:

- Úlcera no específica en pie.
CIE-10 Diagnósticos L89.500
- Úlcera pantorrilla
(No hay código en CIE-10, falta información)

Informe de alta + registro enfermero:

- Úlcera por presión grado II tobillo, pie derecho.
CIE-10 Diagnósticos L89.512
- Úlcera isquémica de presión pantorrilla derecha. Necrosis músculo



Si sabemos la localización y grado de la úlcera, podremos codificar con mucha más precisión.

Ejemplo 2

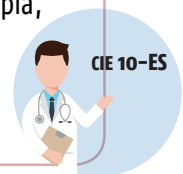
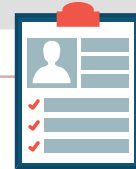
Diagnóstico enfermero: Accesos hidratación

Informe de alta:

- Administración de quimioterapia sin incidencias. CIE-10.
Procedimientos 3E03305
- Por defecto, consideramos que es administración por vía periférica

Evolución de cuidados:

- Acceso venoso central con reservorio.
- Administración de quimioterapia, vía central percutánea CIE-10
Procedimientos 3e04305

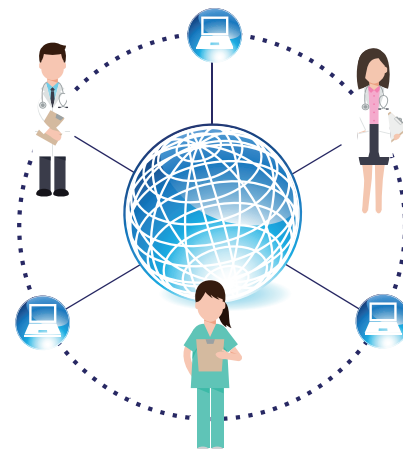


Con una información clara y detallada se aumenta el nivel de complejidad del/de la paciente y la severidad. Gracias a buen registro enfermero, queda reflejada la carga de trabajo realizada. Lo ideal, sería que el informe de alta reflejara la actividad de todo el personal que participa en el proceso asistencial.

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (C.M.B.D)

¿Qué es?

Es un sistema de información sanitario formado por un núcleo de información mínima y común (a nivel nacional e internacional), que recoge datos administrativos y clínicos estandarizados para cada contacto asistencial.



¿Para qué?

Conocer la morbilidad atendida

Complejidad
GRD
Estancias...

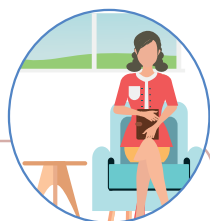
Evaluación de resultados

Seguridad
Mortalidad...

Estadísticas nacionales e internacionales

Comparación
Estudios de calidad
Planificación...

¿Qué contiene?



Variables pacientes

Código Hospital
NHC
CIP
Provincia de residencia
Fecha de nacimiento
Sexo
Código INE CCAA



Variables del episodio

Tipo de contacto
Fecha de contacto
Tipo de ingreso
Tipo de alta
Régimen de financiación
Fecha de intervención
Servicios



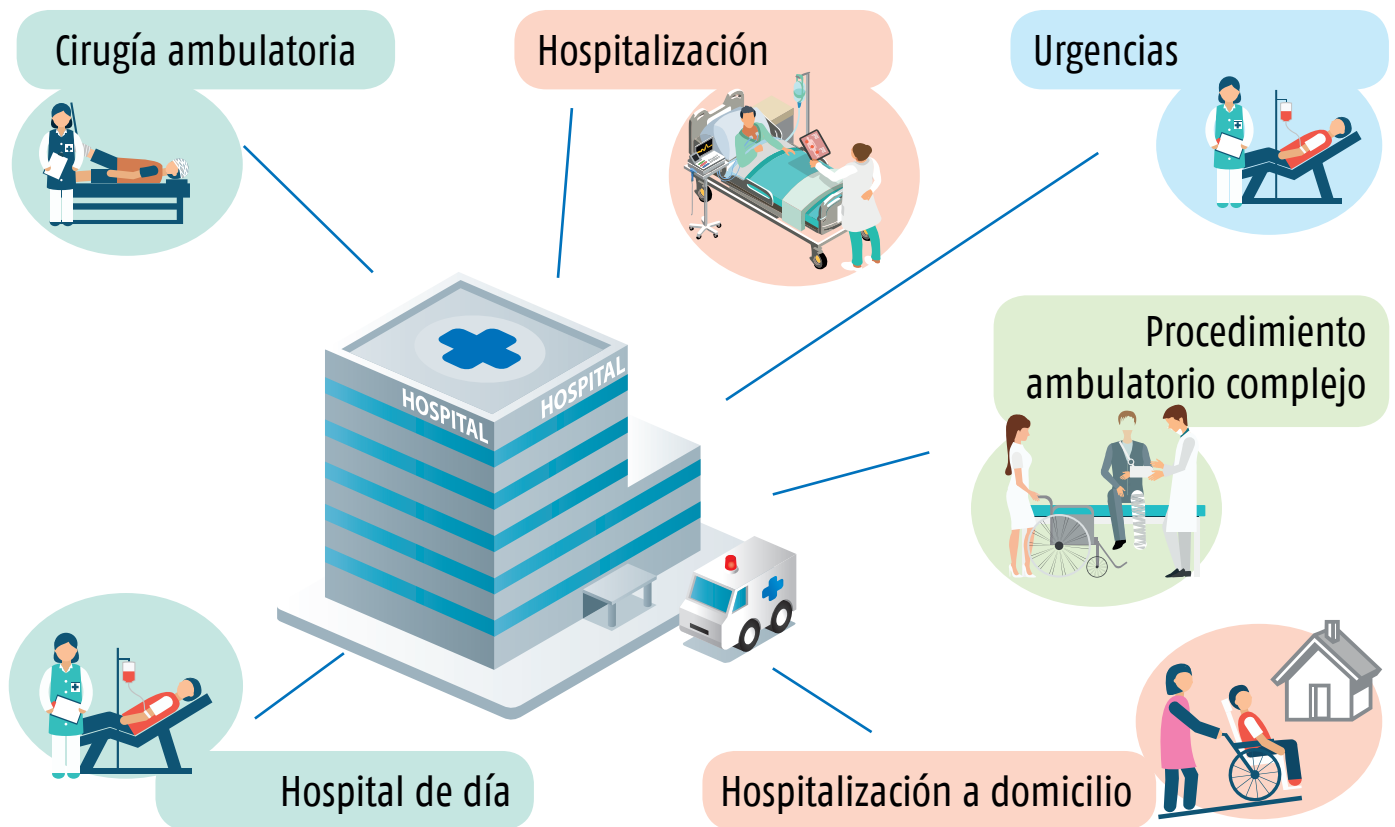
Variables clínicas

Diagnóstico principal
Diagnósticos secundarios
Procedimientos

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

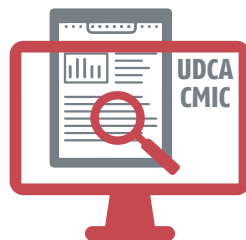
CONTACTO ASISTENCIAL unidad de registro

Atención sanitaria prestada bajo la misma modalidad asistencial de forma ininterrumpida



Atención realizada, **sin ingreso hospitalario**, que incluye específicamente tratamientos médicos destinados a pacientes que requieren especial **atención médica y/o de enfermería de forma continuada durante varias horas** (incluye la quimioterapia para pacientes oncológicos y hematológicos cuando se preste en régimen de hospital de día), con independencia de la naturaleza de la finalidad y destino tras la misma (domicilio, traslado, hospitalización, etc.)

Atención realizada en el domicilio de cada paciente por parte de los servicios de atención especializada. Se considerará el **comienzo del episodio a partir de su fecha de indicación (ingreso bajo esta modalidad) hasta la fecha de finalización de la misma bajo esta modalidad y causa (alta en esta modalidad)**, con independencia de su servicio de procedencia, del número de visitas realizadas en el domicilio y de su destino tras el alta.



Cualquier duda, sugerencia o comentario que tengas lo puedes hacer a través de

✉ codificacion_udca_lafe@gva.es