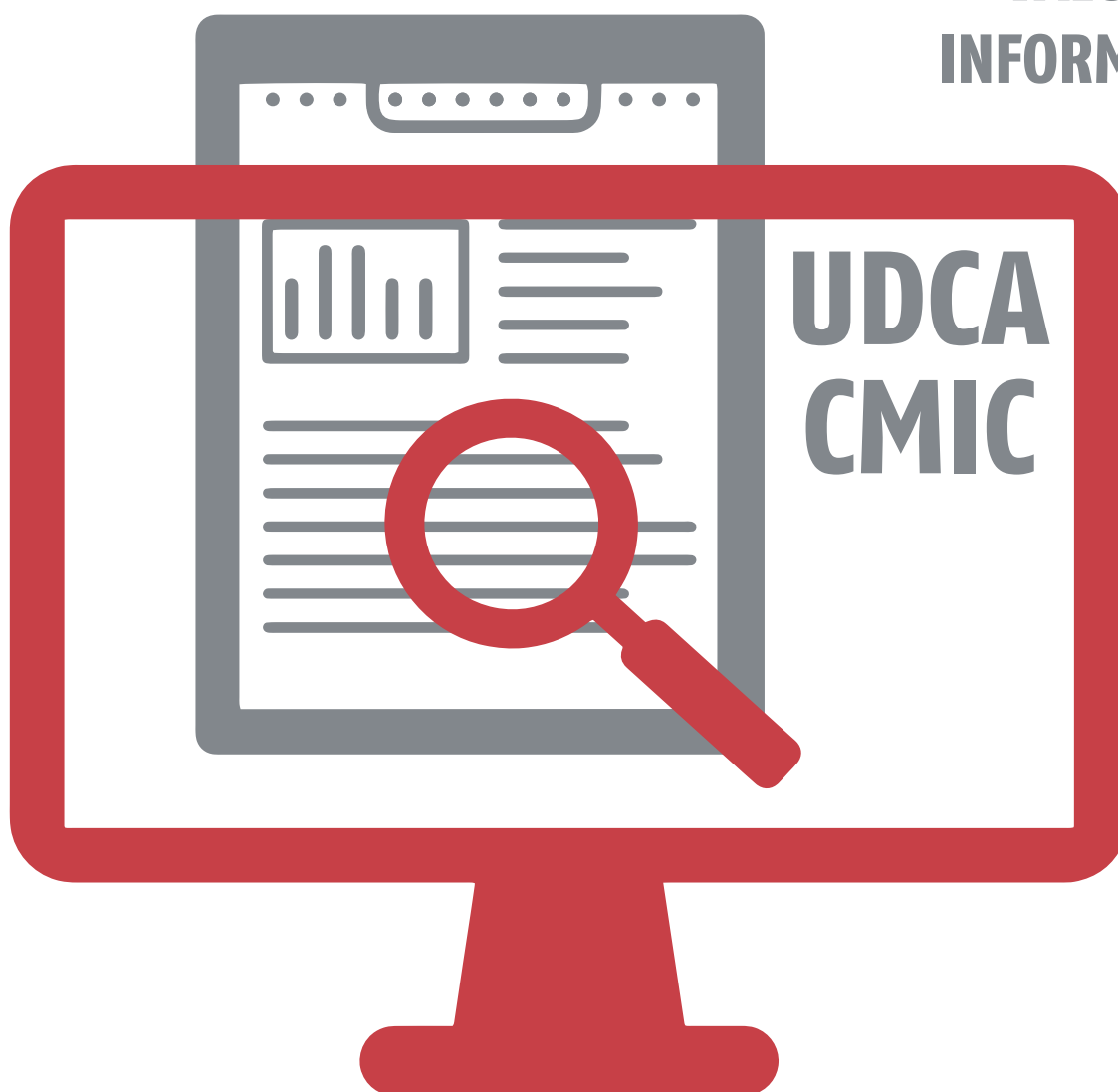


CÓMO MEJORAR LA INFORMACIÓN CLÍNICA

APORTANDO
VALOR A 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 primer número queremos dar a conocer **quiénes** somos, **para qué** sirve nuestro trabajo y **por qué** necesitamos vuestra implicación.



PACIENTE 1

Para empezar, veamos un **ejemplo** de cómo la **información** recogida en un informe de alta, influye de modo decisivo en los **resultados**:



PACIENTE 2

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
J96.00 Insuficiencia respiratoria aguda	
DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS	
	N.Severidad
E11.9 Diabetes mellitus 2	1
Z79.4 Insulinodependiente	1
E66.9 Obesidad	1
I10 Hipertensión arterial	1
E78.5 Dislipemia	1
N18.9 Insuficiencia renal crónica	1
I50.9 Insuficiencia cardíaca	1
Z79.01 Anticoagulado con sintrom	1
J20.9 Infección respiratoria	1

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
J96.00 Insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia/Hipoxia	
DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS	
	N.Severidad
E11.51 DM 2 con trastornos vasculares	2
E11.21 DM 2 con nefropatía	2
E11.31 DM 2 con retinopatía	2
E66.01 Obesidad mórbida	2
Z68 IMC >40 adulto	2
I13.0 HTA con IRC e Insuf. Cardíaca	2
E78.5 Dislipemia	1
N18.3 IRC grado III	1
I50.31 Insuficiencia cardíaca diastólica congestiva aguda	3
I48.0 Fibrilación auricular paroxística	2
Z79.01 Anticoagulado con sintrom	1
J20.9 Infección respiratoria	1

PROCEDIMIENTOS				
5A09457 VMNI +48h	3E0F7SF Oxigenoterapia	3E0F7GC Aerosolterapia	3E03329 Antibioterapia	3E0333Z Corticoterapia

RESULTADOS APR GRD (v32)	133-EDEMA PULMONAR Y FALLO RESPIRATORIO
NIVEL DE SEVERIDAD	2
RIESGO DE MORTALIDAD	2
PESO	0,770

RESULTADOS APR GRD (v32)	133-EDEMA PULMONAR Y FALLO RESPIRATORIO
NIVEL DE SEVERIDAD	3
RIESGO DE MORTALIDAD	3
PESO	1.054



En el ejemplo vemos como el nivel de detalle de la información que se da de cada paciente, influye de modo decisivo en los resultados. Además, esta mejora de la información redundante en una mayor riqueza cuando queremos **recuperar casos clínicos**.

LAS COSAS CLARAS ... CONCEPTOS BÁSICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

- Proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y al alta del o la paciente, y según criterio del personal facultativo, se establece como causa del ingreso (o contacto con el centro hospitalario).
- Siempre debe secuenciarse en primer lugar, y es independiente de la aparición de otros procesos o complicaciones de mayor duración o gravedad que puedan surgir durante el episodio de atención.

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

- Aquellos diagnósticos o circunstancias que no reuniendo las características del principal, coexisten (**comorbilidades**) con él en el momento del ingreso (o episodio de asistencia) o aparecen durante la estancia hospitalaria (**complicaciones**) influyendo en la duración de la misma o en el tratamiento administrado

COMORBILIDAD

- Cualquier proceso que coexiste en el momento del ingreso o que se desarrolla tras el mismo y que afecta a la estancia o recibe tratamiento. Se excluyen los procesos anteriores que no tienen relación con la estancia actual (la "historia personal de..." que no influye en el la asistencia actual).

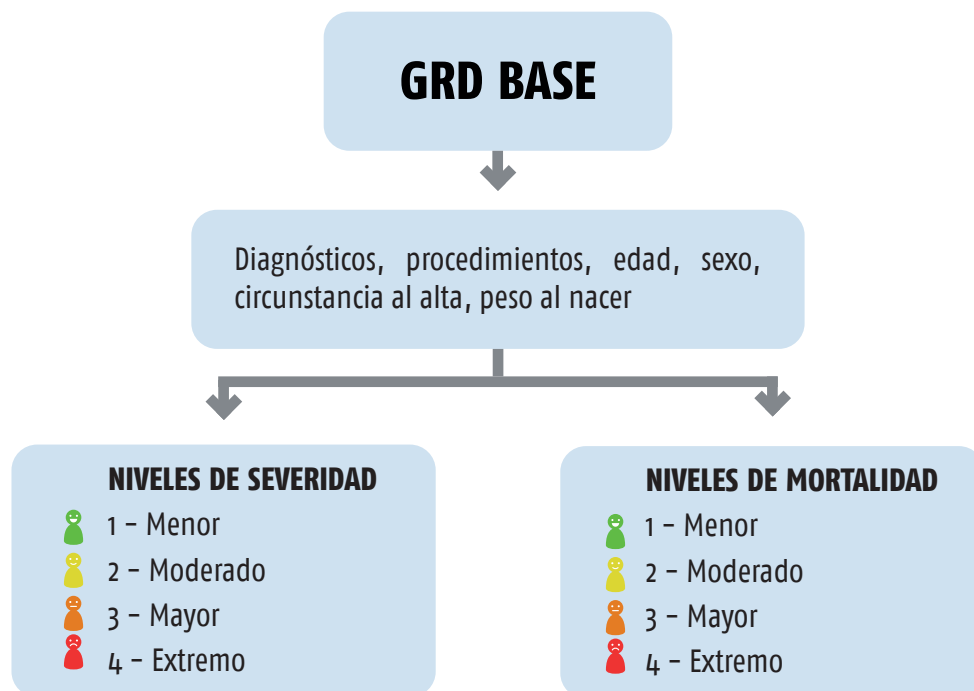
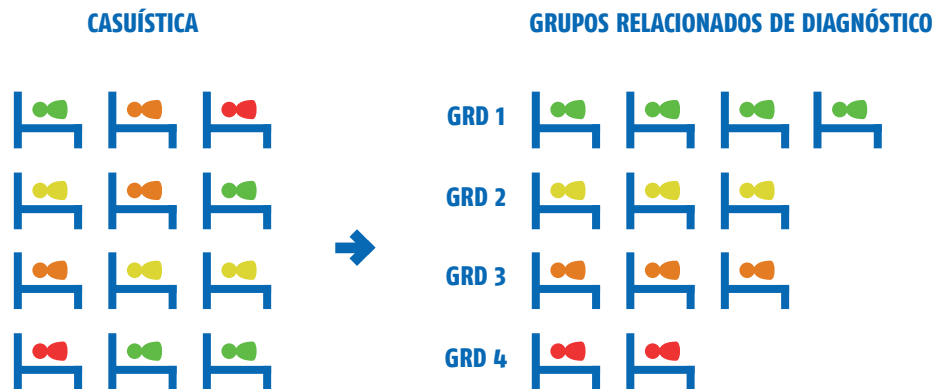
COMPLICACIÓN

- Proceso que surge tras el ingreso debido a cualquiera de los procesos que tiene el o la paciente (enfermedad del ingreso o comorbilidad) o a la asistencia dada (médica o quirúrgica, o por defecto estructural u organizativo de la institución).

¿QUÉ ES UN GRUPO RELACIONADO CON EL DIAGNÓSTICO (GRD)?

Clasifican los casos con respecto a su complejidad clínica, de manera que todos los y las pacientes de un GRD deben consumir una cantidad parecida de recursos porque reciben cuidados hospitalarios similares.

Por lo tanto, la relación entre los diagnósticos de un grupo se da no sólo por su manifestación clínica sino por su similitud en el consumo de recursos.



Actualmente utilizamos los **GRD REFINADOS (APR-GRD)**, que miden además del consumo de recursos del paciente, su **NIVEL DE SEVERIDAD Y RIESGO DE MORTALIDAD**.

EL PROCESO DE CODIFICACIÓN

La Unidad de Documentación Clínica codifica el **100% de los informes de alta de Hospitalización y Cirugía Mayor Ambulatoria**. Para mejorar la calidad de la información, necesitamos vuestra colaboración.

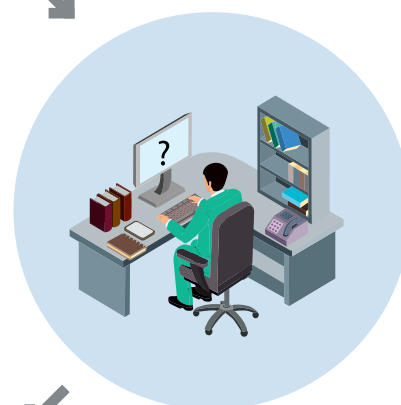
¿Qué es la codificación clínica? Se trata de convertir el lenguaje médico o clínico asistencial al lenguaje de la CIE 10-ES, respetando las reglas y normas que lo rigen.



Paciente ingresado con toda su complejidad



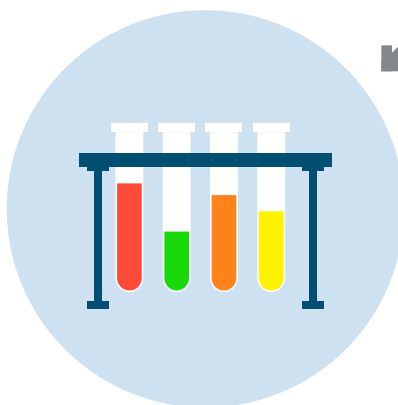
Los y las profesionales anotan en los informes ¿de verdad está todo lo que le pasa al o la paciente?



Los codificadores se vuelven locos: encontrar los datos y entender lo que le pasa al o la paciente



En equipo mejoramos la calidad de la información.
Para tener una comunicación más fluida:
Codificacion_udca_lafe@gva.es



Llegamos a los resultados...

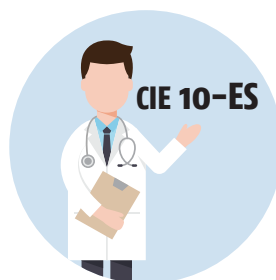
NORMAS DE CODIFICACIÓN PARA RETENER

En esta sección abordamos aquellas reglas y normas de codificación que todos debemos conocer.

- Paciente con diabetes mellitus tipo 2 con manifestaciones renales. **¡SIEMPRE DOCUMENTADO EN EL INFORME!**



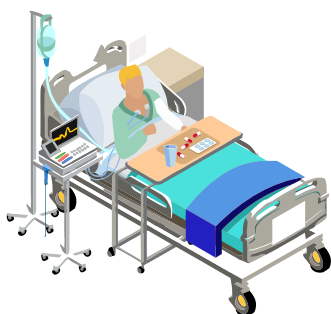
CIE 10-ES: La relación causa-efecto entre diabetes y enfermedad renal sólo se considerará cuando venga especificado con el diagnóstico.



- Paciente con neumococo positivo en orina y sangre, siempre especificar neumonía neumocócica.



CIE 10-ES: Si el personal facultativo no lo especifica en su informe, aunque aparezca en la analítica no se puede codificar como tal. Se codificaría como neumonía con microorganismo inespecífico.



Los codificadores **NUNCA** podrán **INTERPRETAR**, se deben respetar las normas de la **CIE 10**.



Cualquier duda, sugerencia o comentario que tengas lo puedes hacer a través de codificacion_udca_lafe@gva.es