

Historias clínicas de calidad para su posterior codificación con CIE-10-ES

Lucía Lorenzo Temprano*

**Técnica Superior en Documentación Sanitaria. Unidad de Codificación. Servicios de Admisión y Documentación Clínica. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: Lucía Loenzo Temprano. llorenzot@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción y objetivos: Los datos obtenidos de la codificación son vitales para la obtención de una mejor calidad sanitaria. La información facilitada en los informes de alta y en las historias clínicas es muy valiosa en cuanto a la obtención de códigos exhaustivos según la CIE-10-ES. Para llegar a esto nos planteamos como objetivos lograr que los pacientes expongan sus antecedentes sanitarios de una manera abierta y concisa durante la asistencia sanitaria y relatar con precisión el episodio asistencial hospitalario.

Material y métodos: Se realiza un estudio estadístico descriptivo, distribuyendo un cuestionario a pacientes en el ámbito sanitario.

Resultados: Se obtiene una muestra de 50 pacientes, el 68% mujeres, el 30% hombres y el 2% prefirió no contestar; con un 26% de pacientes con alguna enfermedad y medicación crónica frente a un 40% de pacientes sin ninguna patología crónica ni tratamiento farmacológico diario. Los valores más altos obtenidos están relacionados con el rango de edad, encontrándose un 34% de pacientes entre 30 y 44 años.

Conclusiones: Los pacientes presentan un alto conocimiento sobre sus enfermedades crónicas y la relación directa con las patologías que presentan sus familiares que pudieran causar algún efecto en su salud. En la actualidad, y gracias a los avances tecnológicos en la medicina, perciben la necesidad de relatar todo aquello relevante a los facultativos para la obtención del diagnóstico.

PALABRAS CLAVE

CIE-10-ES, codificación, historia clínica, informe de alta médica, calidad asistencial

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El trabajo desempeñado por los codificadores consiste en transcribir en códigos alfanuméricos, mediante la norma vigente para ello, la CIE-10-ES (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión, Modificación Clínica, España) [1,2], los datos facilitados por los facultativos sanitarios en los informes de alta médica (IA) y en las historias clínicas (HC), durante las estancias hospitalarias de los pacientes.

La codificación es muy influyente a la hora de recabar cierta información sanitaria necesaria, para obtener la mejor calidad asistencial hospitalaria durante los ingresos de los pacientes.

En la sociedad en la que vivimos, donde la información llega por diversos y cuantiosos canales, es de gran consideración ser conocedores de la importancia de entender que toda información sobre antecedentes sanitarios, tanto personales como familiares, es valiosa a la hora de dar un buen diagnóstico clínico.

En muchas ocasiones, los codificadores nos encontramos con informes de alta médica escuetos de información, datos contradictorios recabados en la historia clínica o repetitivos dentro de la propia evolución del paciente. Este problema cursa desde hace tiempo y es de vital transcendencia innovar en ello.

Relatar con exactitud y coherencia el episodio asistencial por parte de los profesionales, desde la anamnesis hasta el alta médica y lograr que los pacientes sean conocedores de la importancia de exponer sus antecedentes sanitarios, de una manera abierta y concisa a los facultativos que les atienden durante la asistencia sanitaria hospitalaria, hace que se obtenga una buena calidad en la codificación clínica.

De este modo, los códigos de diagnósticos y procedimientos médicos utilizados, serán mucho más explícitos y certeros, consiguiendo una concordancia entre lo expresado por los facultativos en los informes y la transcripción con CIE-10-ES llevada a cabo por los codificadores.

Actualmente, gracias a los programas informáticos que ofrecen los centros asistenciales hospitalarios a los profesionales, los codificadores podemos obtener cierta información necesaria consultando dichos programas. Es cierto que la tecnología en el ámbito sanitario avanza muy rápido y está en continua evolución. Hoy podemos estar trabajando con un programa y mañana, éste mismo, ha mejorado añadiendo un apartado que tan necesario era desde hace tiempo. Por ello, sin olvidar la necesidad de la concordancia antes mencionada, podemos anexionar esta parte tecnológica para incrementar la calidad en la codificación.

La calidad de la codificación no solo depende de todo lo anteriormente mencionado, sino también de la aptitud y continuo aprendizaje en materia de los codificadores. Para conseguirlo, es necesario dedicar horas de estudio de normas que concierna a la codificación con CIE-10-ES.

De todo ello, hemos creado un estudio estadístico descriptivo que ha sido distribuido a pacientes, que a continuación se detallará.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio estadístico descriptivo, con un muestreo no probabilístico intencional. Se distribuyó un cuestionario, de realización propia, a un grupo de pacientes. Se recogieron variables estadísticas para medir la eficacia de la muestra, realizando un análisis estadístico aleatorio estratificado mediante el programa de formularios de Google.

Participantes.

La población a estudio comprende a pacientes que acuden a los centros asistenciales sanitarios, durante el periodo de recogida de datos, realizando un

muestreo no probabilístico intencional con el siguiente criterio de inclusión: ser pacientes que se encuentran ingresados actualmente, que han estado ingresados y actualmente se encuentran en alta médica, pacientes que ha acudido al Servicio de Urgencias, a consultas externas con especialistas o a la realización de pruebas diagnósticas. Quedan excluidas las muestras de aquellos pacientes que no hayan cumplimentado en su totalidad el cuestionario.

Se obtuvo una muestra inicial de $n=70$ sujetos, con una tasa final de participación del 71%. La muestra procedía de pacientes de diferentes centros asistenciales hospitalarios.

Procedimiento.

Los participantes, todos ellos voluntarios, fueron reclutados durante los meses de agosto y septiembre de 2021, para responder mediante un cuestionario en formato digital, distribuido a través de correo electrónico y mensajería instantánea de los teléfonos móviles, asegurando la confidencialidad y anonimato. Antes de responder al cuestionario, los participantes fueron informados sobre el fin del estudio y su duración.

Materiales.

El cuestionario, de elaboración propia, está constituido por 17 preguntas. Las dos primeras, de carácter sociodemográfico, en las cuales se pregunta el sexo y el rango de edad. Las siguientes 15 preguntas están distribuidas en tres bloques:

El primer bloque tiene como objetivo observar, mediante preguntas cortas, el conocimiento que tienen los pacientes sobre las enfermedades crónicas personales y/o familiares, y sus posibles tratamientos farmacológicos. Los valores de referencia han sido respuestas cortas: sí, no, tal vez, no lo sé, muy importante, importante y nada importante.

En el segundo bloque, las preguntas están relacionadas con la historia clínica (HC) y cómo influye ésta a la hora de realizar un informe de alta médica para su posterior codificación. Los valores referenciales fueron: sí, no, tal vez, muy importante, importante y nada importante.

Por último, en el tercer bloque, el objetivo es analizar mediante situaciones ficticias la importancia de exponer a los facultativos sanitarios cuestiones relevantes, como por ejemplo medicación o síntomas, para obtener una buena anamnesis y un informe de

alta médica de calidad. Los valores de referencia fueron: sí y no.

Análisis estadístico.

Para el análisis de los datos, utilizamos las estadísticas desarrolladas en función de las respuestas del formulario (Historias clínicas de calidad) de Google.

RESULTADOS

De la muestra final obtenida (n= 50), el 68% fueron mujeres, el 30% hombres y el 2% prefirió no contestar (figura 1).

La distribución de participantes por edades fue de un 12% menores de 18 años, un 26% entre 18 y 30 años, un 34% de 30 a 44 años, un 24% mayores de 45 años y un 4% mayores de 65 años (figura 2).

Los resultados del primer bloque, cuyo objetivo es observar el conocimiento que tienen los pacientes sobre las enfermedades crónicas personales y/o familiares, fueron los siguientes:

Cuando preguntamos si padecían alguna enfermedad crónica, el 40% contestó que no tiene ninguna, pero que toma algún medicamento para aliviar otras dolencias, el 26% tiene alguna enfermedad crónica y toma medicación todos los días, el 30% no tiene ninguna patología crónica ni toma medicación y el 4% tiene alguna enfermedad crónica pero no toma medicación para ello (figura 3). En relación a esta cuestión, el 18% no conoce el nombre de la medicación, pero sí para que sirve, el 82% conoce el nombre de la medicación que toma, ya sea diariamente para su patología crónica o para aliviar otras patologías (figura 4).

Respecto a los antecedentes familiares, el 64% contestó que alguno de sus familiares más cercanos tiene enfermedades crónicas, frente al 36% que no tiene familiares con patologías crónicas (figura 5). Así mismo, el 42% creen que son muy importantes los antecedentes familiares, el 42% importante y el 16% nada importante (figura 6). El 62% cree que las enfermedades que padecen sus familiares pueden repercutir de alguna manera en su salud, el 16% no cree que puedan trascender en su salud y el 22% no lo sabe (figura 7).

Los resultados del segundo bloque, cuyo objetivo es cómo influye la historia clínica [3] a la hora de que los facultativos realicen un informe de alta, destaca que el 80% sabe lo que es una historia clínica, el 14% cree saberlo y el 6% no sabe lo que es. (Figura 8).

El 96% de los encuestados cree que es muy importante conocer las patologías tanto pasadas como actuales, frente al 4% que considera solo importantes las actuales (figura 9).

Con respecto a la importancia de informar al facultativo de la toma de ciertos medicamentos recetados o no como, por ejemplo, suplementos vitamínicos, antiinflamatorios para la menstruación,..., el 66% cree que es muy importante, el 26% importante y el 8% nada importante (figura 10).

Por último, en el tercer bloque, planteamos siete situaciones ficticias para analizar la importancia de exponer a los facultativos sanitarios cuestiones relevantes, como por ejemplo medicación o síntomas, de cara a obtener una buena anamnesis y un informe de alta médica de calidad.

Con respecto a padecer un dolor en el brazo izquierdo durante horas y ser diabético (DMII) con tratamiento diario de antidiabéticos orales, el 90% expondría al facultativo su patología y la medicación que toma, frente al 10% que no diría nada por creer que no es relevante para el diagnóstico (figura 11).

Frente a la situación de ser recién diagnosticado de enfermedad renal crónica y que en su familia haya más personas que la padecen [4], el 92% relataría la existencia en su familia de dichas personas, frente al 8% que no diría nada acerca de sus familiares (figura 11).

En relación al hecho de acudir a la consulta del especialista, recibir el resultado de padecer una neoplasia maligna y ser conocedor de que en su familia hay más casos de ese tipo de cáncer [5], el 94% le diría al especialista sus antecedentes familiares frente al 6% que no le diría nada de sus familiares (figura 11).

Con respecto a la situación de ser acompañante de un familiar directo a la consulta del especialista y su familiar recibir el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer [6], padeciendo usted ciertos síntomas relacionados con esta enfermedad neurodegenerativa, el 84% expondría al especialista su sintomatología, puesto que es una entidad clínica que puede heredarse, el 8% no diría nada y el 8% tal vez le diría algo, dependiendo de la actitud del facultativo en ese momento (figura 11).

Frente al padecimiento de hemorragias rectales que no cesan y tomar Sintrom [7] desde hace años, pero solo cuando lo recuerdan, el 54% le diría que lo toma, el 40% explicaría que toma Sintrom solo cuando se acuerdan y el 6% no diría nada (figura 11).

En referencia a ser ingresado por una posible trombosis venosa y tomar anticonceptivos orales [8], el 84% le expondría al facultativo que toma la píldora, ya que puede ser un efecto secundario y el 16% no diría nada por creer que no cursa ninguna relación con la patología (figura 11).

Por último, en relación a acudir a la realización de una prueba diagnóstica (resonancia magnética) y haber sido intervenido quirúrgicamente de la cadera hace años, donde le pusieron unos tornillos, el 92% explicaría que tiene unas prótesis metálicas en la cadera, frente al 8% que no diría nada por creer que no influye a la hora de realizar la prueba (figura 11).

CONCLUSIONES

El objetivo del estudio fue analizar el motivo por el cual, en muchas ocasiones, los codificadores nos encontramos con informes de alta médica escuetos, contradictorios y/o repetitivos. Los resultados obtenidos muestran cómo en ciertas situaciones los pacientes, por diversos motivos, no relatan ciertas cuestiones que son relevantes para obtener un informe de alta de calidad.

En algunos momentos, la falta de información, de tiempo y/o de otros factores extrínsecos hace que los informes de alta, llevados a cabo durante los episodios asistenciales, no muestren un trabajo interdisciplinario y en equipo, donde el paciente es atendido por múltiples facultativos para lograr una historia clínica completa. Es importante exponer que esta problemática, de una manera u otra, está siendo solventada gracias a la utilización de los programas informáticos que permiten la unificación de la información obtenida por los diferentes servicios asistenciales y hospitalarios.

Sería interesante realizar estudios que reflejen las experiencias profesionales encontradas a la hora de transcribir los informes médicos, para obtener una mejor comprensión de la situación. Así mismo, es recomendable estudios a largo plazo para valorar la evolución y proponer ciertas estrategias de intervención de cara a un futuro ante situaciones similares, así como investigar los efectos que pueden causar una mala codificación de un informe de alta deficiente

BIBLIOGRAFÍA

1. Asensio Villahoz P, Salido Campos C, Anso Borda I, Rodríguez Martínez G, Rocés Fernández A, Gutiérrez Miras G. Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos. 3ª ed. 2020. [consultado el 7 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/documentacion/documentation.html>
2. Pastor San Millán D, Trancoso Estrada J, Navalón Cebrián R, Falagán Mota J, Rey García G, Pato Alonso P. Manual de Codificación. CIE-10-ES Procedimientos. Ed. 2020. [consultado el 7 de agosto de 2021]. Disponible en <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/documentacion/documentation.html>
3. Siso Martín J. Historia clínica: su significado en la asistencia sanitaria. *Matronas hoy* [Internet] 2013; 1(2):27-35. [consultado el 12 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/12/historia-clinica-su-significado-en-la-asistencia-sanitaria/>
4. González P, Álvarez R, Álvarez V y Coto E. Variación genética y progresión de la insuficiencia renal. *Revista Nefrología* [Internet]. 2003; XXIII (4). [consultado el día 15 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-variacion-genetica-progresion-insuficiencia-renal-articulo-X0211699503029162>
5. Schmitt F.C, Reis Filho J.S, Milanezi F, Soares R, Duarte F, Seixas C y Cameselle Teijeiro J.F. Patología del cáncer de mama hereditario. *Revista de Senología y Patología mamaria*. Revista. [Internet] 2001;14 (1); 29-35. [consultado el 13 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-senologia-patologia-mamaria-131-articulo-patologia-del-cancer-mama-hereditario-13013628>
6. Fernández Viadero C, Rodríguez Rodríguez E, Combarros Pascual O y Crespo Santiago D. Genética y enfermedad de Alzheimer: población de riesgo. *Revista Española Geriatria y Gerontología* [Internet] 2013; 48(1):36-44. [consultado el 17 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X1200090X>
7. Moya Rodríguez R.M y Montero Balosa M.C. Anticoagulantes clásicos. *Revista FAP* [Internet]. 2012;10(2):50-54. [consultado el 21 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista->

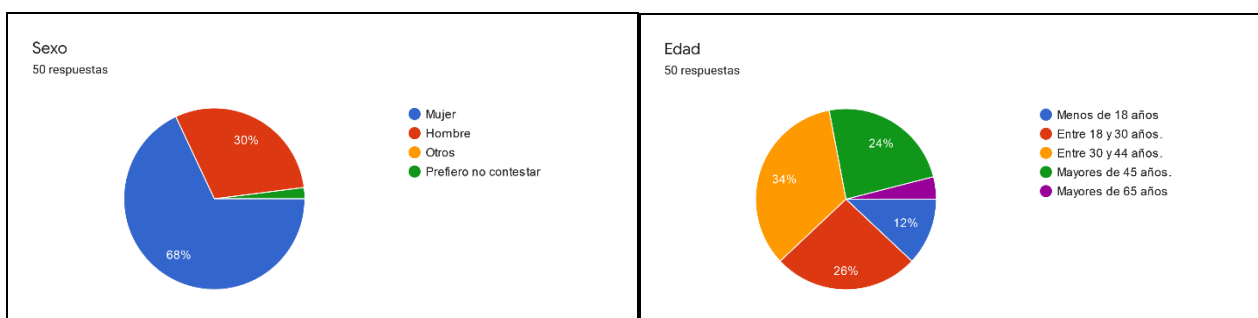
farmaceuticos-atencion-primaria-317-pdf-X2172376112656193

8. Nápoles Méndez C. y Couto Núñez D. Riesgo de tromboembolismo venoso en mujeres consumidoras de anticonceptivos hormonales combinados.

MEDISAN [Internet]. 2016; 20(12):2548 [consultado el 23 de agosto de 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200014

TABLAS Y FIGURAS

PORCENTAJES DE PARTICIPACION SEGÚN SEXO Y EDAD



Figuras 1 y 2: Estadísticas sociodemográficas de los participantes en el estudio según su sexo y rango de edad. (Fuente: elaboración propia).

PORCENTAJES DE PARTICIPACIÓN DEL BLOQUE I.

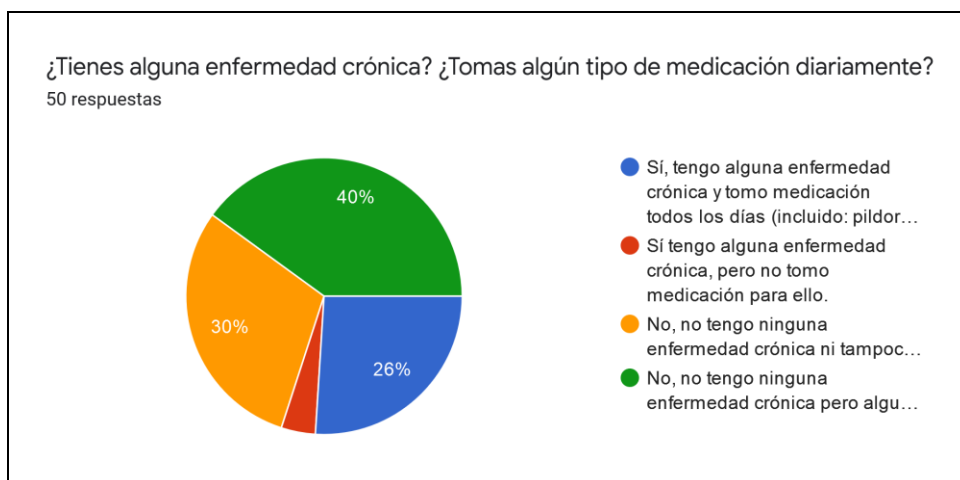


Figura 3: Estadística de padecer alguna enfermedad y tratamiento crónico. (Fuente: elaboración propia).

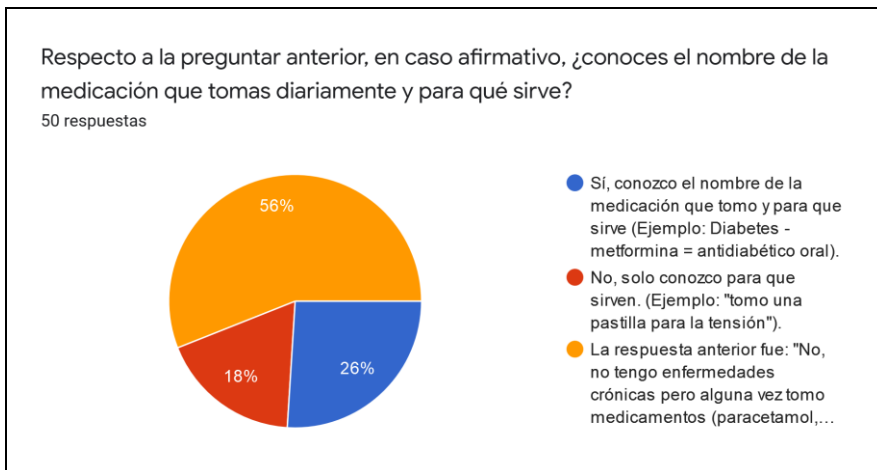


Figura 4: Estadística sobre el conocimiento de la medicación crónica que toman y su utilidad. (Fuente: elaboración propia).

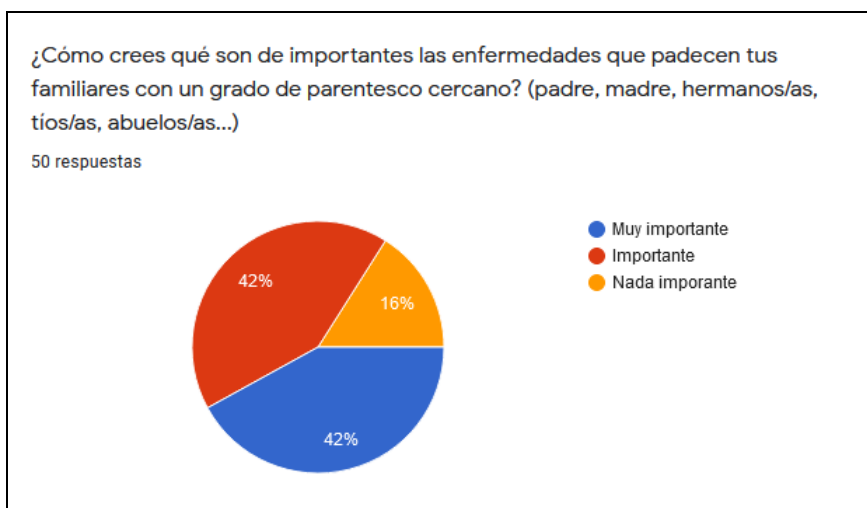


Figura 5: Estadística sobre la importancia de las enfermedades que padecen sus familiares. (Fuente: elaboración propia).

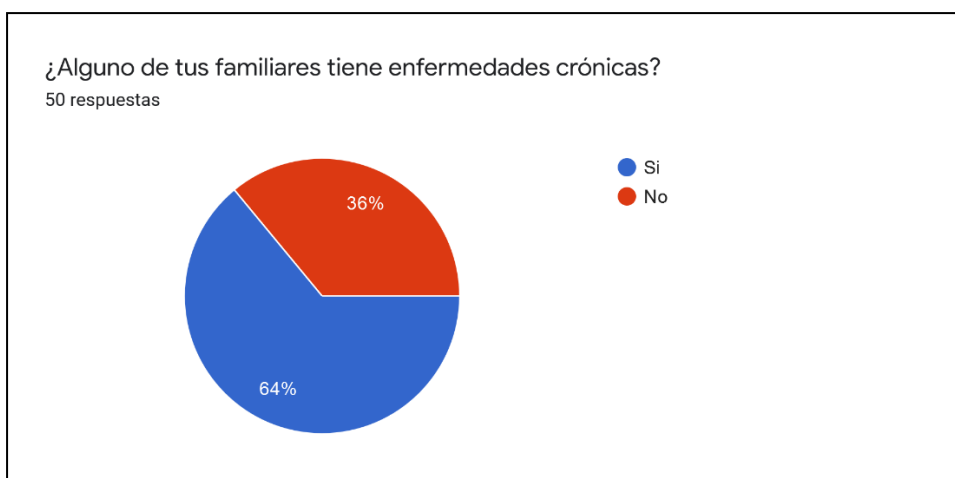


Figura 6: Estadística sobre el conocimiento de las enfermedades que puedan padecer sus familiares. (Fuente: elaboración propia).

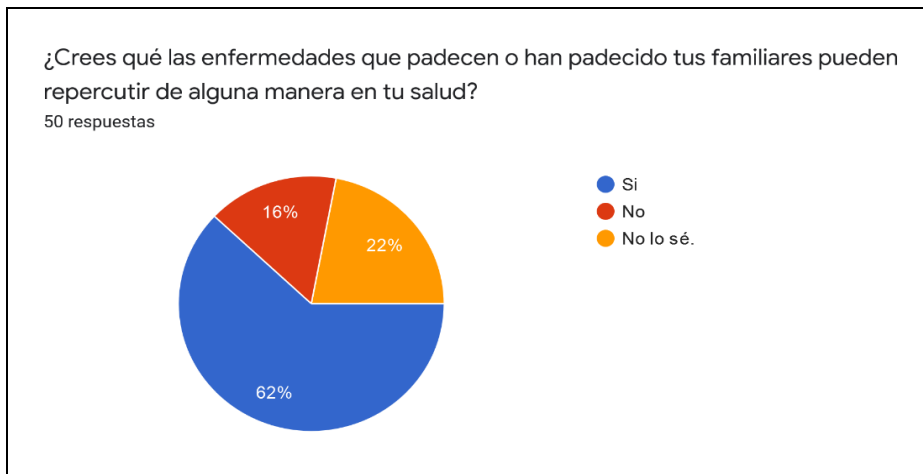


Figura 7: Estadística sobre la repercusión que tienen las patologías crónicas de sus familiares en su estado de salud. (Fuente: elaboración propia).

PORCENTAJES DE PARTICIPACION DEL BLOQUE II

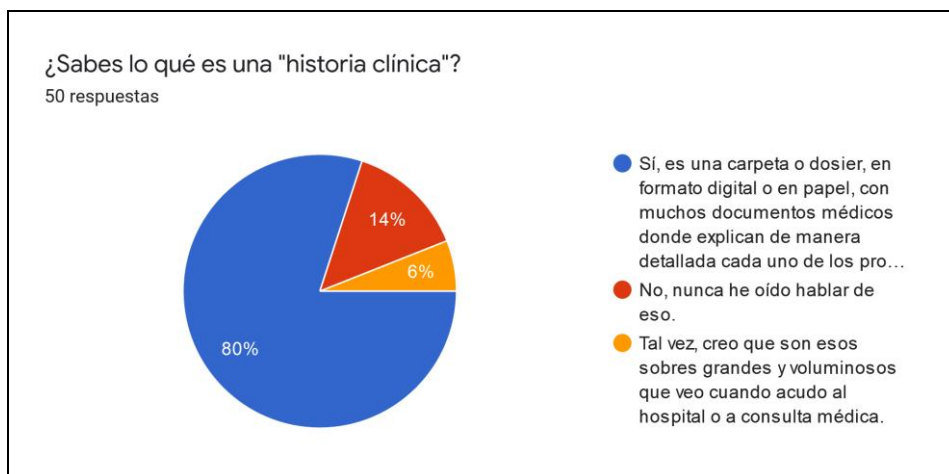


Figura 8: Estadística sobre el conocimiento de la historia clínica. (Fuente: elaboración propia).

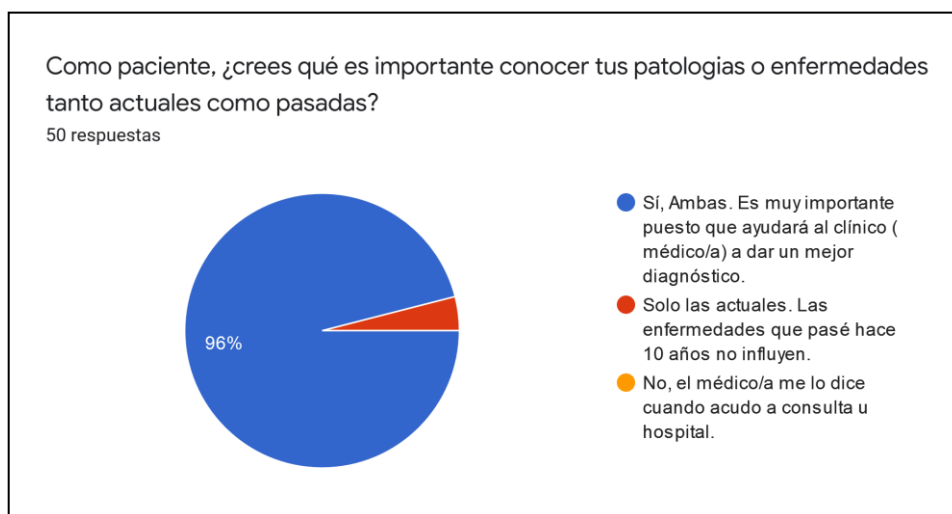


Figura 9: Estadística sobre la importancia de conocer las patologías tanto actuales como pasadas. (Fuente: elaboración propia).

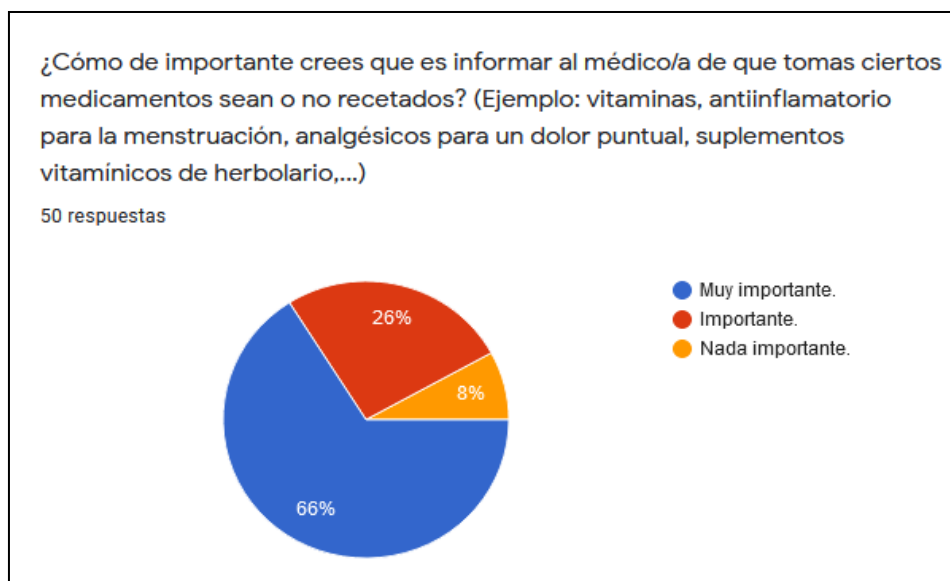


Figura 10. Estadística sobre la importancia de informar a los facultativos respecto a la toma de ciertos medicamentos. (Fuente: elaboración propia).

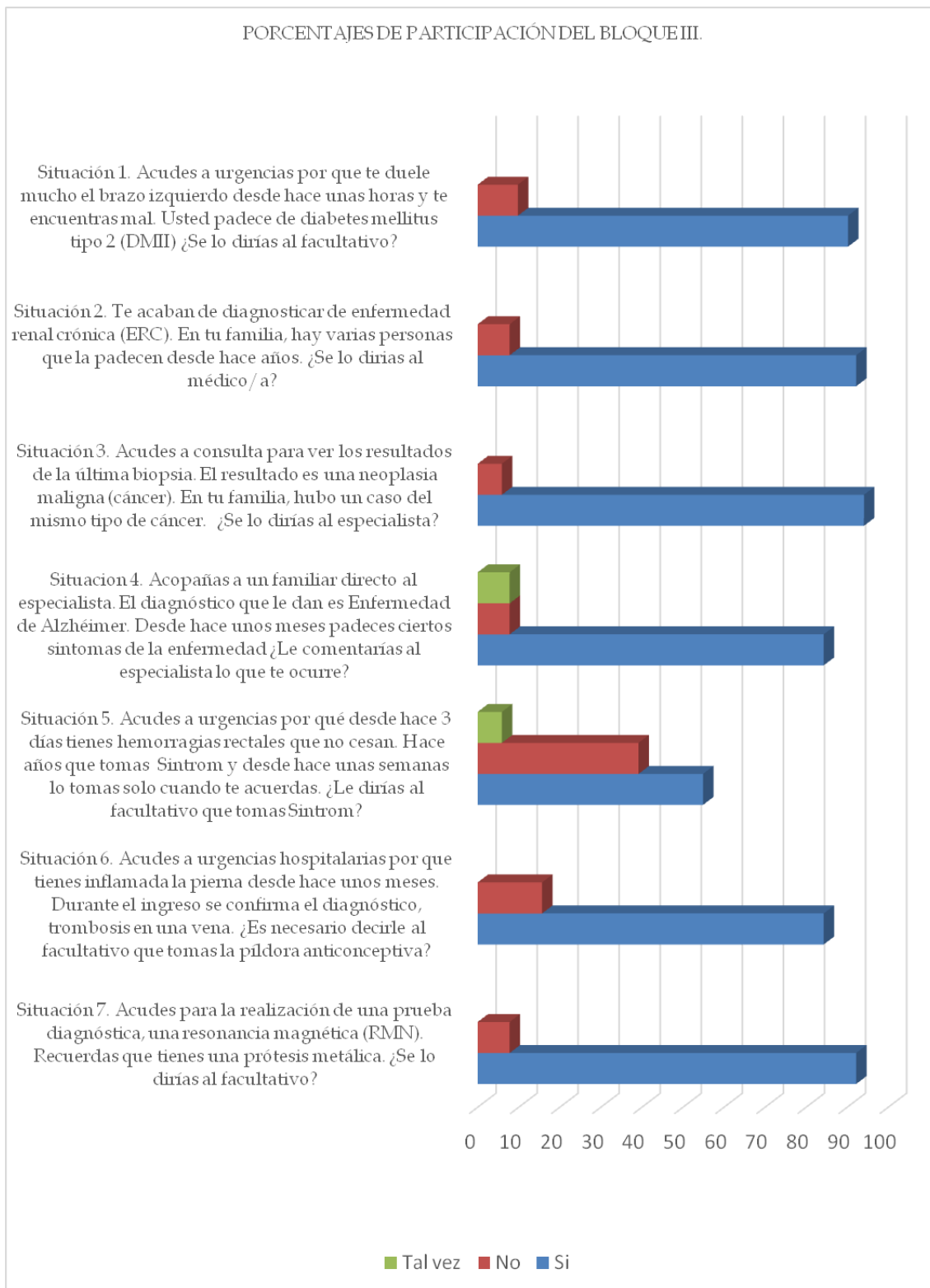


Figura 11: Porcentajes estadísticos de las preguntas ficticias formuladas en el cuestionario. (Fuente: elaboración propia).