

Modificaciones respecto a la anterior edición

Edición inicial.

Elaborado:	Revisado	Aprobado:
Personal de Codificación y Responsable del Sistema	Responsable de Codificación	Comité de Dirección

1 Objeto.....	2
2 Alcance	2
3 Documentos de referencia	2
4 Definiciones	2
5 Formatos / Registros.....	2
6 Sistemática operacional.....	3
6.1 Criterios de inclusión de episodios	3
6.2 Codificación de episodios asistenciales.	3
6.3 Codificación de lista de espera quirúrgica y quirófano.	4
6.4 Validación de datos.	4
6.5 Remisión de datos a Sistemas de Información (Consejería competente en materia sanitaria y sobre la salud)	5
6.6 Tratamiento de la información clínica.	5

1 Objeto

Definir la sistemática de actuación en la Fundación Hospital de Jove (en adelante FHJ) para la codificación de historia clínicas (en adelante HC).

2 Alcance

Este documento es aplicable a todas las historias clínicas derivadas de los episodios asistenciales establecidos en el punto 6.1 del presente procedimiento.

3 Documentos de referencia


- ✓ Manual de Gestión.
- ✓ Registro del conjunto mínimo de datos en atención especializada (CMBDAE) del Principado de Asturias.- Manual de instrucciones y normas complementarias. 1ª Edición. Año 2006.

4 Definiciones

- ✓ **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD):** El conjunto de datos relativos a los episodios de hospitalización, procedimientos de cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios obtenidos a partir de la información contenida en la historia clínica.

5 Formatos / Registros

- ✓ No aplica.

	PROCEDIMIENTO DE CODIFICACIÓN	
Fecha: Enero 2012	P32.6	Ed: 01

6 Sistemática operacional

6.1 Criterios de inclusión de episodios

Se registran los datos que componen el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la asistencia especializada de los siguientes episodios asistenciales:

- ✓ Episodios de hospitalización: Son aquellos que se inician con una orden de ingreso y que son dados de alta (dejan de ocupar una cama en el hospital) por cualquier motivo. Los pacientes que precisen ingresar y ocupar una cama tras un procedimiento quirúrgico ambulatorio generan un nuevo episodio, en este caso de hospitalización, y su codificación debe de ser acorde a la causa de ingreso.
- ✓ Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios: Son aquellos realizados en quirófano, de forma programada, que no requieren ingreso previo.
- ✓ Otros procesos realizados de forma ambulatoria: Son aquellos que requieren recursos especiales, excepto uso de quirófanos y/o camas hospitalarias.

No están incluidos los episodios asistenciales efectuados en:

- ✓ Áreas de Urgencias sin hospitalización.
- ✓ Las salas de consultas externas y las salas de curas.

6.2 Codificación de episodios asistenciales.

Para llevar a cabo la codificación de los distintos episodios asistenciales, se obtiene diariamente un listado, de aquellos ya cerrados y que figuran como pendientes de codificación en la aplicación informática SELENE, mediante la que se confecciona la historia clínica electrónica (HCE).

Se accede a los datos que figuran en la HCE del paciente seleccionado y se procede a la obtención de aquellos necesarios para la codificación.

Con la estructura actual, se utiliza el "informe clínico al alta" para esta tarea, si bien, dependiendo de la exhaustividad con la que haya sido elaborado, habrá de recurrirse en ocasiones a cualquier otro documento (notas evolutivas, informe de actividad quirúrgica, estudios complementarios, etc.) para obtener el mayor grado de información posible.


Se procede entonces a la indización de diagnósticos y procedimientos a codificar y, una vez establecida ésta, se localizan los correspondientes códigos de la CIE 9 MC siguiendo la normativa correspondiente para esta tarea. Se registran los distintos códigos obtenidos en el formulario correspondiente para ese episodio y paciente en SELENE.

6.3 Codificación de lista de espera quirúrgica y quirófano.

Para esta tarea únicamente se codifican el diagnóstico principal (habitualmente el motivo de la intervención quirúrgica) y el considerado procedimiento quirúrgico principal a realizar. Para ello, se localiza la información (en el caso de LEQ procedente de las CEX y en el caso de las urgencias y las urgencias diferidas procedentes del parte quirúrgico) y siempre siguiendo las normas de la CIE 9 MC en su versión correspondiente, se localizan los códigos correspondientes y se registran en los formularios correspondientes en SELENE. En el caso del código de procedimiento quirúrgico se han de registrar además la fecha y hora previstas de intervención (solo en Urgencias y Urgencias diferidas).

6.4 Validación de datos.

El responsable de codificación, con periodicidad trimestral, lleva a cabo la descarga de datos correspondientes a ese periodo de tiempo, y realiza una serie de controles de calidad para la detección de posibles errores en el CMBD. Unos podrán ser de carácter administrativo recogidos por el Servicio de Admisión (fecha de nacimiento, sexo, fechas de atención y alta, etc.) y otros que puedan haberse producido en la mecánica de codificación (errores de indización, códigos incompletos, incompatibilidad con edad o sexo, etc.).

	PROCEDIMIENTO DE CODIFICACIÓN	
Fecha: Enero 2012	P32.6	Ed: 01

Además, aunque ya sin una periodicidad concreta, se realizan controles de calidad sobre la sistemática de la codificación (aplicación correcta de códigos, uso adecuado de las normas de codificación, errores de asignación según criterios clínicos, etc.)

Se añade, para mayor seguridad, otra tarea de control de calidad de los datos. Tras el tratamiento de los mismos por una herramienta informática que agrupa los distintos códigos en lo que se denominan Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Se pueden detectar aquellos GRD inespecíficos que alertan de posibles errores en la indización y en la asignación de códigos.

6.5 Remisión de datos a Sistemas de Información (Consejería competente en materia sanitaria y sobre la salud)


Los datos del CMBD y de CMA validados, son remitidos por el responsable de codificación, a través de correo electrónico, a la dirección facilitada por el servicio de salud del Principado de Asturias.

La planificación de los envíos es de acuerdo a:

- ✓ Datos del primer trimestre.- Se remiten del 15 al 30 de Abril del año en curso.
- ✓ Datos del primer y segundo trimestre.- Se remiten del 15 al 30 de Julio del año en curso.
- ✓ Datos del primer, segundo y tercer trimestre.- Se remiten del 15 al 31 de Octubre del año en curso.
- ✓ Datos del primer, segundo, tercer y cuarto trimestre.- Se remiten del 15 al 31 de Enero del año siguiente.

6.6 Tratamiento de la información clínica.

Una vez disponibles los datos de CMBD, CMA, y los correspondientes GRD, se procede a un tratamiento analítico para la obtención de una serie de parámetros que se remiten para su análisis a la Gerencia – Dirección.

	PROCEDIMIENTO DE CODIFICACIÓN	
Fecha: Enero 2012	P32.6	Ed: 01

Desde el área de codificación también se elaboran informes y se provee información para satisfacer las necesidades expresadas por los distintos servicios clínicos, o personas individuales, para sus análisis de actividad, estudios y trabajos científicos, etc.