

**CALIDAD**

**Codificación de Enfermedades. Un Indicador de Calidad**

Drs. Catalina Mihovilovic<sup>1,2</sup> y Ricardo Vallejos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría Hospital de Niños Dr. Roberto Del Río.

<sup>2</sup>Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

**Resumen**

Se presenta trabajo de mejoramiento de la calidad asistencial enfocado a la mejoría de los registros informáticos de diagnósticos realizado en el Servicio de pediatría del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río. El plan estratégico del hospital tiene, entre otros objetivos, que los registros sean correctos en al menos 90 %. Se realizaron intervenciones tales como, hacer una guía de diagnósticos y códigos, así como acuerdos y definiciones comunes para todas las unidades del servicio, incorporar la etiología al diagnóstico toda vez que ella fuera conocida y responsabilizar al médico de la codificación en el informe de egreso hospitalario y a la auxiliar del ingreso de estos datos al sistema informático.

El indicador de calidad evaluado es el porcentaje de diagnósticos correctamente ingresados al sistema informático. Se compararon los datos de los años 2004 en que la auxiliar escribía el código en base a cuadernos manuscritos y teniendo el problema de la mala letra y las abreviaturas del médico y el año 2005 en que ya estaban establecidas las nuevas intervenciones.

Hubo una mejoría significativamente estadística entre el año 2004 y 2005, llegando el código de la enfermedad principal a superar el estándar de 90 %, pero el código de la otra enfermedad no lo ha logrado. La respuesta del médico a este procedimiento fue buena. Todavía hay problemas que se deben superar para llegar a fin de año al estándar esperado.

**Palabras clave:** Codificación enfermedades, codificación diagnósticos, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, CIE 10.

Este es un trabajo de mejoramiento de la Calidad asistencial que se inició durante el año 2004 en el Servicio de Pediatría (SP) del Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, cuando nos dimos cuenta que varios de los diagnósticos que aparecían en el registro informático del hospital no correspondían a las patologías que nosotros

habíamos diagnosticado. Por ejemplo, aparecían 47 egresos con diagnóstico de "amebiasis", que no corresponden a la epidemiología de nuestro país.

Dentro del plan estratégico del hospital está contemplado que, al menos, el 90 % de los diagnósticos ingresados al sistema informático fueran correctos a fin del año 2005.

El proceso que se había seguido hasta octubre de 2004 en el hospital para la codificación había sido el siguiente:

1.El médico escribía los diagnósticos en el Informe de Egreso Hospitalario (IEH). Este registro adolecía de problemas de letra poco clara y uso de abreviaturas.

2.La auxiliar administrativa de cada unidad del SP elegía el código correspondiente para el diagnóstico. Las auxiliares tenían unos registros manuscritos con los diagnósticos que con mayor frecuencia utilizaban y los iban completando en forma individual, según sus necesidades. El código era ingresado al sistema por la misma auxiliar al egresar al paciente y, en algunos turnos, por otras técnicos paramédicos que no estaban familiarizadas con esta actividad.

Las intervenciones que realizamos fueron las siguientes:

1.Revisión de diagnósticos más frecuentes por grupos de patologías.

a)Nos basamos en Clasificación Internacional Estadística (CIE 10), actualmente en uso. (1)

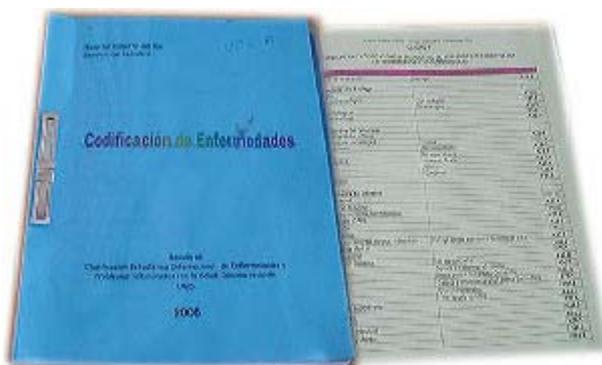
b)Formulamos definiciones comunes y acuerdos ya que, por ejemplo, a veces una patología tiene más de un nombre (Ejemplo: resfrío, rinoфарингитис o virosis respiratoria), otras veces utilizamos un diagnóstico que no corresponde estrictamente a una enfermedad, pero debido a la frecuencia con que se utiliza era necesario considerarlo en este listado (Ejemplo: síndrome bronquial obstructivo).

c)Agregamos, ocasionalmente, un nombre común a la denominación que el CIE 10 asignaba ya que, debido a que es una clasificación internacional, no siempre se ocupa la misma palabra en diferentes países (Ejemplo: agregamos atelectasia a colapso pulmonar para facilitar su búsqueda)

d) Participaron de los médicos de todas las unidades del SP y nos comunicamos además con los diferentes especialistas para que usáramos los mismos códigos, definiciones y acuerdos para los diagnósticos, independientemente de dónde se ingresara.

2. Compilación de diagnósticos más frecuentes en la Guía de Codificación de Enfermedades (Figura 1) que se encuentra en un anillado en todas las unidades, en la residencia pediátrica y en el sitio web del hospital ([www.hrrrio.cl](http://www.hrrrio.cl)) para poder ser consultada fácilmente.

**Figura 1. Guía de Codificación de Enfermedades**



Esta guía tiene una introducción para destacar la importancia del procedimiento, un instructivo general, un índice y los capítulos según especialidades (Tabla 1). Incluye además un capítulo destinado a síntomas para esas ocasiones en las que no se llega a un diagnóstico. Debido a su importancia, hay un capítulo destinado a los problemas sociales e intoxicaciones. Lo más destacable de esta guía es que es común para todas las unidades del SP.

3. Registro de la etiología de las patologías toda vez que ésta fuera conocida. Este es un cambio importante ya que, a pesar de conocerse la etiología, en la mayoría de los casos ésta no quedaba plasmada en los registros informáticos del SP. La etiología está integrada en un código en casos como la neumonía por virus respiratorio sincicial (J12.1), pero en otras ocasiones, como la pielonefritis por *Escherichia coli*, se deben usar dos códigos (N10.X y B96.2).

**Tabla 1. Índice de la guía**

Introducción
Instrucciones generales
Enfermedades respiratorias
Síndrome diarreico - Alteraciones hidrosalinas y ácido-base
Enfermedades infecciosas
Enfermedades nefrológicas
Enfermedades neurológicas
Enfermedades gastroenterológicas
Enfermedades cardiológicas
Enfermedades hematológicas
Enfermedades oncológicas
Enfermedades endocrinológicas
Enfermedades reumatológicas
Malformaciones congénitas
Síntomas sin enfermedad especificada
Intoxicaciones
Enfermedades periodo perinatal
Enfermedades dermatológicas
Problemas sociales asociados

4. Asignación a los médicos de la responsabilidad de la codificación en el IEH, quienes deben seleccionar los diagnósticos y códigos con criterio médico. La motivación empleada fue la de destacar la importancia que tienen los registros de diagnósticos para conocer la población que atiende nuestro hospital, la repercusión final en las estadísticas del país y la confiabilidad de los registros como fuente de información para trabajos de investigación. Los internos y becados son supervisados por médicos contratados del SP.

5. Refuerzo de la labor de la auxiliar administrativa en el sentido de tener atribuciones para solicitar los códigos a los médicos en los casos que estos no estuvieran escritos y estar atentas a verificar que el diagnóstico que aparece en la pantalla del computador corresponda al que está escrito en el IEH.

6. Introducción de modificación del IEH incluyendo una zona especial donde deben escribirse los códigos.

Este trabajo fue realizado en base a metodología de Calidad asistencial que describiremos a continuación.

- **Objetivo:** Mejoría de los registros de diagnósticos ingresados al sistema informático del Servicio de Pediatría Hospital Roberto del Río.

**Tabla 2. Egresos e IEH disponibles en período de estudio.**

	Egresos del semestre	Egresos 6 quincenas del semestre	Hojas disponibles con datos	% egresos del semestre con hoja y datos disponibles
2004	2.396	1.132	1.113	46,45
2005	2.537	1.007	994	39,18
Total	4.933	2.139	2.107	42,71

- **Indicador:** Porcentaje de diagnósticos correctamente ingresados al sistema informático.  
-Diagnóstico principal (código 1) es aquel que motivó la hospitalización  
-Diagnóstico secundario (código 2) aquel que tenga mayor importancia para el paciente y los registros y que no sea el motivo de ingreso.
- **Tipo de indicador:** Resultado
- **Dimensión de Calidad:** Competencia profesional
- **Fórmula del indicador:**  
$$\frac{\text{N}^\circ \text{códigos correctos ingresados al sistema}}{\text{N}^\circ \text{ Informes disponibles con datos}} \times 100$$
- **Estándar:** 90 %
- **Definición:** El diagnóstico correctamente ingresado al sistema informático es aquel que aparece en el sistema y que corresponde al que se escribió en IEH.
- **Criterios:** Establecidos en la Guía de Codificación de Enfermedades, basada en CIE – 10.
- **Justificación del indicador:** Es necesario contar con diagnósticos correctos en la base de datos del hospital ya que ésta nos da la información sobre la morbilidad y epidemiología de nuestra población y finalmente contribuye a las estadísticas del país.
- **Tipo de estudio:** Descriptivo, retrospectivo y prospectivo. Es prospectivo ya que mensualmente hemos ido revisado los datos desde enero a junio de 2005 y retrospectivo porque revisamos además los datos desde enero a junio de 2004 con los mismos criterios que para el 2005.
- **Fuentes de información:** IEH y base de datos del sistema informático del hospital.
- **Técnica de recolección de la información:** Se seleccionan los egresos de una quincena de cada mes y se comparan los diagnósticos del IEH con la base de datos señalada (Tabla 2).
- **Población o muestra a estudiar:** Se revisó el 42,71 % de los egresos del SP desde enero a junio de los años 2004 y 2005.
- **Frecuencia del estudio:** Mensual. Los problemas observados fueron conversados en forma periódica y personalmente con todas las personas relacionadas con este procedimiento.
- **Resultados:** Además del indicador estudiado verificamos si los códigos fueron escritos por el médico, si este código fue correcto y si estos códigos correctamente escritos fueron adecuadamente ingresados al sistema.  
  
Durante el año 2004 el médico no escribía el código en el IEH. Esta intervención se inició en octubre de 2004 y se comenzó a monitorizar en enero de 2005. Durante 2005 el médico escribió el código 1 en hasta 97,96 %, siendo ellos correctos hasta en el 98,96%. Para el código 2 fue de 92,64 y 100 %, respectivamente. Solamente el primer mes, para el código 1, y durante los dos primeros meses, para el código 2, este valor estuvo bajo 90 %. Los códigos escritos por el médico fueron en general correctos sobre 90 %, excepto el primer mes para el código 2 (Tablas 3 y 4).

**Tabla 3. Códigos escritos por el médico 2005**

Mes	% Código (1)	% Código (2)
Enero	78,74	66,04
Febrero	96,53	84,13
Marzo	93,82	91,25
Abril	95,85	92,64
Mayo	97,96	91,67
Junio	97,44	91,18

**Tabla 4. Códigos correctamente escritos 2005**

Mes	% Código (1)	% Código (2)
Enero	91	82,86
Febrero	92,81	94,34
Marzo	96,68	100
Abril	96,91	93,65
Mayo	98,96	100
Junio	98,42	95,7

Los códigos correctos no fueron ingresados adecuadamente en aproximadamente 2 % para el código 1 y 9 % para el código 2 (Tabla 5). Cabe señalar que en el sistema informático se puede egresar al paciente teniendo un solo código, lo cual hace pensar que tal vez a la auxiliar le bastaba ingresar el primer código para dar por resuelto el procedimiento.

**Tabla 5. Códigos mal ingresados o no ingresados a pesar de haberse escrito bien. 2005**

Mes	% Código (1)	% Código (2)
Enero	3,15	11,32
Febrero	1,55	10
Marzo	2,67	8,22
Abril	2,36	8,82
Mayo	3,57	11,9
Junio	3,08	8,82

Finalmente, el código 1 ingresado correctamente mejoró de 72,51 a 91,55 % y el código 2 mejoró de 23,01 a 76,22 % entre 2004 y

2005 (Tabla 6). Sumando los dos códigos, hubo mejoría de 57,36 a 86,77 %, lo cual no logra llegar al estándar esperado de 90 %.

• **Conclusiones:**

Hubo una mejoría significativamente estadística entre el año 2004 y 2005 para los códigos correctamente ingresados al sistema.

El primer código logró superar el 90 %, pero el código 2 no ha logrado el estándar considerado de buena calidad. La suma de los dos códigos aún está por debajo del 90 %.

Hubo buena respuesta de los médicos a este procedimiento.

Debemos trabajar dirigidamente con las auxiliares administrativas y aquellas que ingresan los datos durante los fines de semana para evitar que los códigos correctamente escritos no sean ingresados adecuadamente.

• **Comentario:**

Todavía quedan 6 meses más para llegar al estándar propuesto a fin del año 2005 y poder iniciar el 2006 con el nivel de calidad deseado en los registros.

**Referencias.**

1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Organización Panamericana de la Salud, Publicación científica N° 554. Washington DC; 1995

**Tabla 6. Códigos correctamente ingresados al sistema informático 2004 y 2005**

Mes   Año	Código 1		Código 2		Significación
	2004	2005	2004	2005	
Enero	71,42	84,25	18,46	52,83	
Febrero	64,33	90,97	26,53	73,02	
Marzo	73,82	90,12	33,33	78,75	
Abril	73,51	91,12	24,44	77,94	
Mayo	72,87	93,88	19,01	79,76	
Junio	77,42	93,85	20,21	78,43	
<b>Total</b>	<b>72,51</b>	<b>91,55</b>	<b>23,01</b>	<b>76,22</b>	<b>p = 0,0000</b>