

TÉCNICO SUPERIOR
EN DOCUMENTACIÓN
Y ADMINISTRACIÓN
SANITARIAS

Sistemas de información y clasificación sanitarios

COORDINADORAS

Gloria Sánchez-Cascado y Jiménez
Elena Montilla González



Autoras

Coordinadoras

Gloria Sánchez-Cascado y Jiménez

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Interna. Docente del Ministerio de Educación para el Ciclo Formativo de Documentación y Administración Sanitarias. Madrid

Elena Montilla González

Titulada en Técnico Superior en Documentación y Administración Sanitarias. Responsable del Departamento de Codificación de la Clínica CEMTRO. Madrid

Agradecimientos

Queremos agradecer a Arán Ediciones la confianza que ha depositado en nosotras. Nuestro más sincero agradecimiento a la Unidad de Codificación de la Clínica CEMTRO, a las personas que han colaborado cediéndonos algunas fotos y especialmente a la Clínica CEMTRO por habernos prestado sus instalaciones, así como al Departamento de Comunicación, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible obtener las ilustraciones de muchos capítulos de este manual.

Índice

Capítulo 1

Caracterización de los elementos de creación de un sistema de información sanitario	15
1. La información en el ámbito sanitario. Tipos de información	16
2. Características y proceso de la información	21
3. Componentes de un sistema de información sanitaria	23
4. Datos clínicos y no clínicos, información y conocimiento	24
5. Los sistemas de información sanitaria en Atención Primaria y Especializada	28

Capítulo 2

Manejo de los sistemas de clasificación de enfermedades	37
1. Antecedentes históricos de los sistemas de clasificación de enfermedades.....	38
2. Codificación. Concepto y utilidad	40
3. Clasificaciones y terminologías en uso por la Organización Mundial de la Salud.....	40

Capítulo 3

Uso de los componentes de la Clasificación Internacional de Enfermedades ..	55
1. Aspectos generales.....	56
2. Índice Alfabético de Enfermedades	61
3. Lista Tabular de Enfermedades	63

4. Índice Alfabético de Procedimientos	67
5. Convenciones en formato y tipografía	72
6. Estructura de los códigos.....	72
7. Abreviaturas, puntuación y símbolos	73
8. Instrucciones, notas y referencias cruzadas	74

Capítulo 4

Selección de códigos en la CIE. Procedimientos generales de codificación	87
1. Indización del episodio asistencial.....	88
2. Fuentes documentales necesarias para el proceso de codificación	90
3. Términos clave en la expresión diagnóstica y de procedimientos.....	93
4. Selección de código del Índice Alfabético de Enfermedades y Procedimientos	96
5. Selección de código de la Lista Tabular de Enfermedades y Procedimientos	98

Capítulo 5

Aplicación de normativas sobre codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición vigente	107
1. Legislación vigente: estatal y autonómica	108
2. Normativa americana. Manuales	113
3. Utilización de manuales de codificación.....	114
4. Boletines de codificación	114
5. Unidad Técnica para la Clasificación Internacional de Enfermedades para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	116

Capítulo 6

Normas generales para la codificación de diagnósticos con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición vigente	123
1. Clasificación de diagnósticos	124
2. Tipos de diagnóstico	133
3. Códigos de combinación y codificación múltiple	137
4. Otros datos clínicos de interés	142
5. Codificación utilizando marcadores de diagnósticos presentes al ingreso ...	143

Capítulo 7

Normas generales para la codificación de procedimientos con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición vigente	153
1. Clasificación de procedimientos	154
2. Codificación múltiple y códigos de combinación	155
3. Tipos de procedimientos	158
4. Procedimientos significativos	183

Capítulo 8

Procesos de codificación de diagnósticos con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su edición vigente	197
1. Síntomas, signos y estados mal definidos	198
2. Lesiones e intoxicaciones	200
3. Reacciones adversas a medicamentos	220
4. Efectos tardíos. Clasificación de los efectos tardíos. Efectos tardíos de intoxicaciones y RAM	222
5. Complicaciones de cirugía y cuidados médicos	224
6. Clasificación de factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios de salud	227
7. Causas externas de lesiones e intoxicación	229
8. Clasificación de causas externas	232
Soluciones “Evalúate tú mismo”	241



CAPÍTULO

5

APLICACIÓN DE NORMATIVAS SOBRE CODIFICACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES EN SU EDICIÓN VIGENTE

*Elena Montilla González,
Gloria Sánchez-Cascado y Jiménez*

Sumario

1. Legislación vigente: estatal y autonómica
 2. Normativa americana. Manuales
 3. Utilización de manuales de codificación
 4. Boletines de codificación
 5. Unidad técnica para la Clasificación Internacional de Enfermedades para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
- Resumen, glosario, abreviaturas y siglas, ejercicios y test de evaluación

El **Sistema de Información Sanitaria (SIS)** se trata de un servicio que permite a las comunidades autónomas obtener la información necesaria para **planificar y gestionar los servicios de salud**, permitiendo a los ciudadanos obtener la información necesaria en esta materia. El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y el Consejo Interterritorial pueden alcanzar, a corto y a largo plazo, los objetivos principales del **Sistema Nacional de Salud (SNS)** gracias a los SIS y Evaluación (dependientes del Ministerio) (Figura 1). La **coordinación del Ministerio de Sanidad con el Sistema Nacional de Salud** es fundamental para conseguir una **gestión de calidad** y, por tanto, de la **excelencia**.

Además, la incorporación de las **nuevas tecnologías de la información** en la sociedad supone un cambio sin precedentes; ya que, tanto los profesionales, ciudadanos, como pacientes y usuarios podrán acceder a la información relativa a la salud, los elementos que las condicionan y las posibilidades de prevención, curación o rehabilitación.



Figura 1. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social.

I. LA INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO. TIPOS DE INFORMACIÓN

Se entiende por **información sanitaria** el conjunto de datos procesados del Sistema Nacional de Salud (SNS). A través de ella se permite una mejor comprensión de lo que ocurre respecto a la salud de la población y el impacto que tienen sobre ella los servicios de salud.

La información es el pilar básico que necesita el sistema sanitario para que los diferentes **niveles de responsabilidad** (planificación, control, gestión, asistencia e investigación) puedan ejercer las acciones necesarias sobre:

- › Los recursos.
- › La población protegida.
- › La propia asistencia sanitaria.
- › Los avances científicos.

El SIS maneja datos de mortalidad, natalidad, morbilidad, tasa de nacimiento, factores de riesgo, etc. El gran volumen de información obliga a que tenga que estar **informatizado**.



RECUERDA QUE

La codificación es la base necesaria para la normalización de la información clínica que conforma el Conjunto Mínimo Básico de datos (Figura 2).

2. CODIFICACIÓN. CONCEPTO Y UTILIDAD

Codificar es convertir un lenguaje natural en un lenguaje normalizado. El **procesamiento de códigos** es mucho más rápido que el de palabras, por lo cual se acorta el tiempo para efectuar operaciones con ellos y generar cuadros estadísticos. El registro de estos códigos, como parte del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, **“tiene como finalidad garantizar la disponibilidad de la información** correspondiente a la actividad en atención sanitaria y responde a las necesidades de información de los diferentes agentes implicados en el sistema sanitario, tal y como se establece en los artículos 53 y 55 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo”.

Son **objetivos** del registro:

- › **Conocer** la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de Atención Especializada y favorecer la realización de estudios de investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios sanitarios y de resultados en salud.
- › **Proporcionar** a los registros autonómicos la información necesaria para la evaluación y control de la atención prestada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud a sus ciudadanos.
- › **Facilitar** la realización de estadísticas del sector salud a nivel estatal, así como las que deriven de compromisos con organismos oficiales internacionales. Esta normativa afecta tanto a hospitales como a centros ambulatorios que prestan servicios de Atención Especializada, ya sean públicos o privados.

El ámbito de aplicación del registro abarca tanto la hospitalización como las modalidades asistenciales de hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias (Figuras 2 y 3).

3. CLASIFICACIONES Y TERMINOLOGÍAS EN USO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

3.1. Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión (CIE-9-MC)

Es una clasificación de enfermedades en desuso desde 2016. La CIE-9-MC constituyó, por tanto, la base para la normalización de la información sanitaria y ha sido sustituida por la CIE-10. Con la finalidad de unificar criterios de aplicación, en el año 1994 se creó la unidad técnica de la **CIE-9-MC**.



Codificar es convertir un lenguaje natural en un lenguaje normalizado. El procesamiento de códigos es mucho más rápido que el de palabras, por lo cual se acorta el tiempo para efectuar operaciones con ellos y generar cuadros estadísticos.

Asimismo, añade que “deben excluirse los diagnósticos relacionados con atenciones previas y que no interfieren de forma alguna en el actual episodio asistencial (de ingreso o de atención)”.

Algunas de las **condiciones** por las que codificamos los diagnósticos secundarios son las siguientes:

- 】 Evaluación clínica.
- 】 Tratamiento terapéutico.
- 】 Procedimientos diagnósticos.
- 】 Alargamiento de la estancia hospitalaria.
- 】 Cuidados o monitorización de enfermería (Figura 1).



El diagnóstico principal es el proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y al alta del paciente, y según criterio del facultativo, se establece como causa del ingreso.



Figura 1. Monitor. La monitorización es un procedimiento habitual.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Los **diagnósticos descritos** en otros episodios de ingresos anteriores y que ya están resueltos no se codifican. **Ejemplo:** paciente de 62 años presenta como motivo de consulta tos, expectoración y disnea. Infección respiratoria. Es un paciente diagnosticado de EPOC y está en tratamiento habitual con bromuro de ipratropio y además β 2 de corta duración. Presentó hace 4 años fractura de húmero izquierdo y de costillas 3 y 4. J. Clínico: exacerbación EPOC por infección respiratoria. Las fracturas **no se codifican**.





RECUERDA QUE

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica de cada paciente.

TABLA 1

Legislación autonómica CMBD (Cont.)

2003	ASTURIAS	Decreto 235/2003, de 18 de diciembre, por el que se regula el CMBD de Atención Especializada
2005	EXTREMADURA	Orden de 4 de marzo de 2005 por la que se regula el CMBD al alta hospitalaria y cirugía mayor ambulatoria
2007	CASTILLA LEÓN	Decreto 28/2007 del 15 de marzo que regula el CMBD al alta hospitalaria y procedimientos ambulatorios especializados. Se crea el registro del CMBD de esta comunidad
2008	BALEARES	Decreto 69/2008 del 20 de junio que regula el CMBD en altas hospitalarias y la actividad ambulatoria
2011	CANTABRIA	Orden SAN/5/2011, de 7 de febrero, por la que se crea el Comité de Referencia de la Codificación de los Procesos Asistenciales de Cantabria
2016	EN TODAS LAS COMUNIDADES	Aplicación de la CIE-10-ES. La agenda de los trabajos preparatorios para la transición a la CIE-10-ES fue aprobada por el Consejo Interterritorial el 21 de marzo de 2013

1.3. Recursos importantes

Disponemos de los siguientes recursos procedentes de las CC. AA. e internacionales (Tablas 2 y 3).

TABLA 2

Recursos procedentes de las CC. AA.



<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/home.htm>

Proyecto de transición CIE-9-MC a CIE-10-ES

► Andalucía. Página del Servicio Andaluz de Salud:



http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=profesionales_cmbd_boletinesCIE10

► Canarias: Curso de actualización CIE-10-ES:



<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/formacion/>

(Continúa en la página siguiente)



RECUERDA QUE

La superficie afectada por las quemaduras de tercer grado no puede ser mayor a la superficie total especificada con el cuarto carácter.



Figura 8. Quemadura.



RECUERDA QUE

Las quemaduras y las corrosiones no cicatrizan a la misma velocidad y puede persistir una herida en fase de cicatrización junto con secuelas de una quemadura o corrosión ya curada.

EJEMPLO:

Paciente esquizofrénico de 42 años que ingresa por quemadura en muslo izquierdo de tercer grado con un 10 % de superficie corporal quemada por contacto con radiador caliente. Tiene secuelas de quemadura en rodilla derecha por contacto con agua caliente. Ambas se han producido en la institución en la que está ingresado.

T24.312A Quemadura de tercer grado de muslo izquierdo, contacto inicial.

T31.10 Quemaduras con afectación de 10-19% de superficie corporal con 0-9 % de quemaduras de tercer grado.

T24.022S Quemadura de grado no especificado de rodilla izquierda, secuela.

X16.XXXA Contacto con aparatos de calefacción, radiadores y tuberías calientes, contacto inicial.

X11.8XXS Contacto con otra agua caliente de grifo, secuela.

Y92.10 Residencia institucional no especificada como lugar del acontecimiento de la causa externa.

3. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

Reacciones adversas a medicamentos (RAM) y **efectos adversos** son términos sinónimos. Un efecto adverso es la afección causada por un fármaco que ha sido correctamente prescrito y administrado.

Una RAM pueden producirse por:

- 】 Porque no hay dos pacientes iguales aunque padezcan la misma enfermedad por circunstancias tales como la edad, el sexo, otras enfermedades, etc.
- 】 El propio fármaco en sí, la duración de un tratamiento, las dosis, la vía por la que se administra, etc.
- 】 También se considera RAM a los efectos adversos que puedan producirse por los medicamentos que es necesario prescribir médicamente como, por ejemplo, el paracetamol y se ha tomado en dosis correcta.

Igualmente se considerará RAM si se produce una reacción alérgica en un individuo o la interacción entre fármacos por la ingesta de un medicamento prescrito correctamente, siempre y cuando el médico no indique lo contrario (Figura 9).



Figura 9. Medicamentos.

Debemos codificar en primer lugar la afección o efecto adverso, seguido del código del fármaco que produjo tal efecto adverso (T36-T50).

El valor "5" en el quinto o sexto carácter de los códigos de fármacos y sustancias nos indica que es un efecto adverso (T36-T50).



La interacción entre fármacos será considerada también RAM, excepto cuando no se den en las circunstancias de prescripción y administración adecuadas.

Deben ser codificados primero, seguidos de los códigos que indiquen las modificaciones:

】 **Secuela de efecto adverso.** Se codificará primero el código de la secuela producida y a continuación el código de la sustancia (T36-T50) responsable de la misma, sin olvidar que el quinto o sexto carácter será "5" y "S" de secuela para el séptimo carácter.

EJEMPLO:

Colestasis debida a cefalosporinas.

K76.89 Otras enfermedades especificadas de hígado.

T36.1X5A Efecto adverso de cefalosporinas y otros antibióticos beta-lactámicos, contacto inicial.

】 **Secuela de un envenenamiento/efecto tóxico.** Se codificará en primer lugar el código de la secuela específica y a continuación el código de la sustancia (T36-T65), recordando que el séptimo carácter será "S" de secuela.

EJEMPLO:

Hepatopatía tóxica por sobredosis de paracetamol en mujer con fibromialgia crónica.

K71.9 Hepatopatía tóxica no especificada.

T39.1X1A Envenenamiento por derivados de 4-aminofenol, accidental (no intencionado), contacto inicial.

M79.7 Fibromialgia.

EJEMPLO:

Artritis gotosa aguda por diuréticos tiazídicos.

M1A.2410 Gota crónica inducida por fármacos, mano derecha, sin tofos.

T50.2X5A Efecto adverso de inhibidores de la anhidrasa carbónica, benzotiadiazidas y otros diuréticos, contacto inicial.



RECUERDA QUE

Los efectos crónicos, a largo plazo, producidos por un medicamento recetado y que se está tomando en el momento que surgen se codifican como efectos adversos actuales.

RESUMEN

- ✓ En este capítulo hemos aprendido que aplicar las **Normas generales de la codificación de los diagnósticos** en la CIE-10 es fundamental para normalizar la información que se recoge en el CMBD.
- ✓ Además en medicina, el **diagnóstico** es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad o cualquier estado de salud.
- ✓ El diagnóstico clínico trata de analizar y sintetizar y para ello necesita de una serie de **recursos** como, por ejemplo, la **anamnesis** o la **exploración física**.
- ✓ Los **estudios anatomopatológicos** son básicos para el codificador porque en ello se describe la lesión/lesiones del paciente.
- ✓ Para codificar con exactitud tenemos que reconocer la codificación múltiple. Entendiendo por codificación múltiple la necesidad de asignar más de un código para identificar una enfermedad o expresión diagnóstica. Si en la instrucción figura "codifique primero", "utilice código adicional", etc., ya tenemos una codificación múltiple y basta con seguir las instrucciones para saber cuál irá en primer lugar.
- ✓ Cada código **diagnóstico individual** de CIE-10-ES Diagnósticos solo se puede registrar una vez dentro del mismo episodio o contacto. Algunos códigos de CIE-10-ES Diagnósticos facilitan la lateralidad especificando si la afección es derecha, izquierda o bilateral.
- ✓ Hay que codificar todas las afecciones documentadas que coexistan en el momento del contacto o visita y que requieran tratamiento, cuidados o manejo asistencial.
- ✓ Cuando se presentan síntomas, afecciones que no están bien definidas o resultados anormales en los análisis o en otras pruebas complementarias que no se ajustan a un diagnóstico en concreto, hablamos de **hallazgos anormales**.
- ✓ Por último, hemos aprendido que el **marcador POA** es utilizado por los codificadores clínicos en el momento de asignar cada uno de los códigos CIE-10 a los diagnósticos principales y secundarios y también a los códigos de causas externas de lesiones y envenenamientos.



EJERCICIOS

- › E1. Realiza un esquema en el que figuren las funciones más importantes del sistema de información.
- › E2. Investiga a través de Internet la principal causa de muerte en España. Puedes encontrar esta información en el siguiente enlace:



<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

- › E3. Siguiendo el enlace anterior recoge información y elabora un trabajo sobre la evolución de la prevalencia del tabaquismo, inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras y de alcohol, según las encuestas nacionales de salud realizadas en España.
- › E4. Analiza la información sobre los indicadores clave del Sistema de Información Sanitaria a través del MSSSI, abriendo el siguiente enlace:



<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm>

- › E5. El registro civil, por ejemplo, de Valladolid te permite obtener datos. ¿Cuáles? Ponlos en común con tus compañeros.



<https://registrocivilvalladolid.com>



EVALÚATE TÚ MISMO

1. La información es el pilar básico que necesita el sistema sanitario para ejercer las acciones necesarias sobre:

- a) La investigación y la ciencia.
- b) Los recursos materiales y humanos.
- c) La asistencia sanitaria.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

2. La existencia de un sistema de información obedece fundamentalmente a criterios:

- a) Económicos.
- b) Humanos.
- c) Sociales.
- d) Las respuestas a y b son correctas.

3. Señala la respuesta incorrecta. Existen distintos tipos de información sanitaria sobre:

- a) Alertas sociales.
- b) Cartera de servicios.
- c) Educativa.
- d) Financiadora del sistema privado con exclusividad.

4. La información que nos suministra el SIS debe ser:

- a) No integrable, pero sí flexible.
- b) Pertinente y no siempre coherente.
- c) Accesible y coherente.
- d) Accesible, coherente y no integrable.

5. Dentro de los datos no clínicos se incluyen:

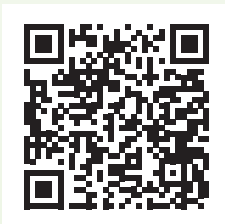
- a) Los recogidos en el registro.
- b) Los obtenidos directamente del paciente durante su asistencia.
- c) Los conseguidos en el censo.
- d) Las respuestas a y c son correctas.

6. En relación con los indicadores sanitarios...:

- a) Casi todos están establecidos por la OMS.
- b) Deben ser universales a nivel de un país o región.
- c) Son difíciles de obtener.
- d) Son fáciles de obtener.



SOLUCIONES EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=41