



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO Y CODIFICACIÓN
DIAGNÓSTICA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL
PERIODO DE ENERO – JUNIO DEL 2016**

**PRESENTADA POR
KATTYA ANGELICA ARRUÉ HERNÁNDEZ**

**ASESOR
VICTOR ALBERTO SOTO CÁCERES**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO – PERÚ
2019**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

La autora sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO Y CODIFICACIÓN
DIAGNÓSTICA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO EN EL
PERIODO DE ENERO – JUNIO DEL 2016**

TESIS

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
KATTYA ANGELICA ARRUÉ HERNÁNDEZ**

**ASESOR
Dr. VICTOR ALBERTO SOTO CÁCERES**

PIMENTEL, PERÚ

2019

JURADO

Presidente: Jorge Luis Sosa Flores, doctor en Ciencias de la Educación y especialista en Pediatría.

Miembro: Rafael Llimpe Mitma, maestro en Gestión de los Servicios de Salud.

Miembro: Lizzie Karen Becerra Gutierrez, doctora en Microbiología.

DEDICATORIA

A mi madre por ser mi fortaleza guiándome en cada paso que he dado en mi vida y seguir adelante en mi carrera universitaria. A mi padre por su apoyo y ayuda con los recursos necesarios para mi formación. A mis hermanos que son como mi segundo padre por cuidarme, apoyarme y darme sus consejos. A mis sobrinos por ser mi motivación a ser mejor cada día para seguir apoyándolos. A mi prima Janet que considero como una hermana siempre ha estado a mi lado en todos los momentos de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Martín de Porres y el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo por haber contribuido en la elaboración del proyecto.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	1
Jurado	2
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Índice	5
Resumen	6
Abstract	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. METODOLOGÍA	10
III. RESULTADOS	13
IV. DISCUSIÓN	17
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	21
FUENTES DE INFORMACIÓN	22
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Describir las características del registro y codificación diagnóstica de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina interna, Cirugía general, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo Enero- Junio del 2016. **Metodología:** Estudio observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, enfoque cuantitativo, con una población de 3003 pacientes, se estimó la muestra de 341 mediante afijación proporcional se obtuvo la cantidad de las historias clínicas a revisar por servicios: Cirugía General (72), Ginecología (38), Medicina Interna (58), Obstetricia (142) y Pediatría (31) y finalmente se realizó un muestro aleatorio simple con reemplazo. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos que se trabajó en base a la unidad de análisis que fueron las historias clínicas, el procesamiento de la información fue mediante el programa SPSS versión 24, se empleó un análisis descriptivo univariado usando tablas de frecuencia y porcentaje y análisis bivariado usando la prueba de chi cuadrado. **Resultados:** El registro y codificación diagnóstica del CIE 10 en las historias clínicas fue incorrecto al diagnóstico de ingreso (57.8%) y diagnóstico de egreso (55.7%). Con respecto al CIE 10 registrado en las historias clínicas y el sistema de gestión hospitalaria se encontró que no concuerda en un 67%. **Conclusiones:** La codificación y registro diagnóstico del CIE 10 en las historias clínicas y en relación al sistema de gestión hospitalaria es incorrecto, lo que indica la importancia de implementar y reforzar la capacitación adecuada al personal de salud.

Palabras claves: Clasificación internacional de enfermedades; CIE 10; Codificación clínica; Historia clínica. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: Describe the characteristics of the registration and diagnostic coding of hospitalized patients in the Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics departments of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital during the January-June 2016 period. **Methodology:** Observational study of descriptive, transversal and retrospective type, quantitative approach, with a population of 3003 patients, the sample of 341 was estimated by means of proportional allocation. The number of clinical records to be reviewed was obtained by services: General Surgery (72), Gynecology (38), Internal Medicine (58), Obstetrics (142) and Pediatrics (31) and finally a simple random sample with replacement was performed. As an instrument, a data collection form was used, which was based on the unit of analysis that was the clinical histories, the processing of the information was through the SPSS program, version 24, a descriptive univariate analysis was used using frequency tables and percentage and bivariate analysis using the chi square test. **Results:** The registration and diagnostic coding of the ICD 10 in the medical records was incorrect to the diagnosis of admission (57.8%) and diagnosis of discharge (55.7%). Regarding the ICD 10 registered in the medical records and the hospital management system, it was found that it does not agree with 67%. **Conclusions:** The coding and diagnostic registry of the ICD 10 in the medical records and in relation to the hospital management system is incorrect, which indicates the importance of implementing and reinforcing the adequate training of health personnel.

Key words: International disease classification; ICD 10; Clinical coding; Clinic history. (Source: DeCS-BIREME).

I. INTRODUCCIÓN

La información que se obtiene de los registros hospitalarios sirve para diseñar sistemas de pago y políticas de salud, medir calidad de atención médica, evaluar el rendimiento financiero, clínico y administrativo, identificar riesgos de salud pública e investigación sanitaria (1). Por ello es necesario contar con un sistema que proporcione precisión en la codificación debido que actualmente no existe un análisis sistemático de la calidad en realizarlo (2).

La clasificación internacional de enfermedades décima versión (CIE 10), es un sistema en el que el lenguaje natural se traduce a un lenguaje documental y normalizado (3); asimismo “debe ser conocida por todos los médicos, para el registro de las enfermedades, lesiones y causas externas” con el fin de mejorar la calidad de los registros lo que facilitará al codificador su trabajo y contribuirá a mejorar la calidad, uso y utilidad de la información (4).

Es probable que no se realice un adecuado registro y codificación de los pacientes en las instituciones de salud, generando una mala clasificación, codificación en las enfermedades, posteriormente esa información contribuye a la elaboración del boletín ; sin embargo muchas veces el personal (médicos residentes, asistentes, e internos de medicina) no están exentos de cometer una digitación errónea del registro de los códigos diagnósticos de sus pacientes, como se puede observar en diversos perfiles publicados cuyos diagnósticos no corresponden al nivel de complejidad (5).

El Ministerio de Salud propone que es necesario considerar aplicativos informáticos (base de datos, hojas de cálculos y procesadores de texto) con el fin de identificar y realizar el control oportuno lo cual permitirá contar con mejor calidad de información (6).

En Colombia, Sánchez y colaboradores consultaron la base de datos de pacientes hospitalizados entre 2010 y 2011 en un hospital de tercer nivel que presentó como resultado la incongruencia en la información reportada y la obtenida, esto

incrementa el riesgo de un diagnóstico inadecuado y una mala fuente de información estadística (7).

En Perú, Rocano encontró que en el servicio de emergencia de un Hospital General ninguna historia clínica se registró con la codificación CIE10 (8). Puestas y colaboradores evaluaron la calidad técnica de las historias clínicas en pacientes hospitalizados en EsSalud, 2008 y 2010, mostró que el servicio de Obstetricia presentó la mayor proporción de mala calidad en un 30.8% y de un 12,4% de buena calidad de las historias evaluadas (9).

La importancia radica en la evaluación de los indicadores de calidad a partir de datos de rutina al momento de realizar la codificación como: la concordancia del código registrado en la historia clínica con el sistema de gestión hospitalaria, uso del “,9” inespecífico y del .X, los códigos: daga (primario) para aquellos diagnósticos sobre una enfermedad básica generalizada y asterisco (secundario) que nunca debe utilizarse en el proceso de codificación, teniendo en cuenta todo esto para evitar el uso inapropiado contribuyendo a una mejor elaboración de boletines epidemiológicos, toma de decisiones y presupuesto de pago para mejorar el sistema de gestión hospitalaria (10). Como se encontró al analizar los registros de hospitalización del Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH) de un hospital de alta complejidad del Seguro Social del Perú que pueden alterar la calidad de la información para elaborar el perfil de morbilidad, entre ellos se encontró la concordancia del código registrado en las historias clínicas con el SGH en un 45.5%, uso del cuarto dígito del CIE-10 “,9” inespecífico un 22,3%, códigos no concordantes con el perfil de atención del servicio en un 15.6% y uso de códigos adicionales como diagnósticos principales de un 15.4% (11).

Es por ello que se tiene como objetivo describir las características del registro y codificación diagnóstica de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina interna, Cirugía general, Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de Enero- junio del 2016.

II. METODOLOGÍA

Estudio observacional de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo de las características del registro y codificación diagnóstica de los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo Enero-Junio del 2016.

Mediante la web Open Epi (12). Se estimó el tamaño de la muestra considerándose una población total de 3003 pacientes hospitalizados de los servicios de Medicina Interna (513 pacientes), Cirugía General (635 pacientes), Pediatría (283 pacientes), Ginecología (337 pacientes) y Obstetricia (1235 pacientes), con un nivel de confianza al 95%, una frecuencia anticipada de 50%, precisión absoluta al 5% y efecto de diseño de 1.0, tuvo como resultado 341 historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el periodo de Enero-Junio del 2016. Luego se realizó un muestreo por afijación proporcional donde se obtuvo la cantidad de historias a revisar por cada paciente de los servicios: Medicina Interna (58), Cirugía General (72), Pediatría (31), Ginecología (38) y Obstetricia (142), finalmente se realizó un muestreo aleatorio simple con reemplazo a través de Microsoft Excel 2013 para determinar las historias con las que se trabajó posteriormente.

Se consideró como criterio de inclusión las historias clínicas de pacientes que hayan sido hospitalizados en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de Enero- Junio del 2016 en los servicios de Medicina Interna, Cirugía general, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y como criterio de exclusión las historias clínicas de pacientes que tengan información insuficiente: pacientes fallecidos o historias clínicas incompletas para cumplir con el objetivo de este estudio.

Se solicitó la lista de los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia al servicio de Inteligencia Sanitaria del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo para obtener la población total; con respecto a esto se realizó el muestreo respectivo. Finalmente se revisó las historias de los pacientes seleccionados mediante una ficha de recolección de datos; en caso no se pudo obtener dichas historias, se

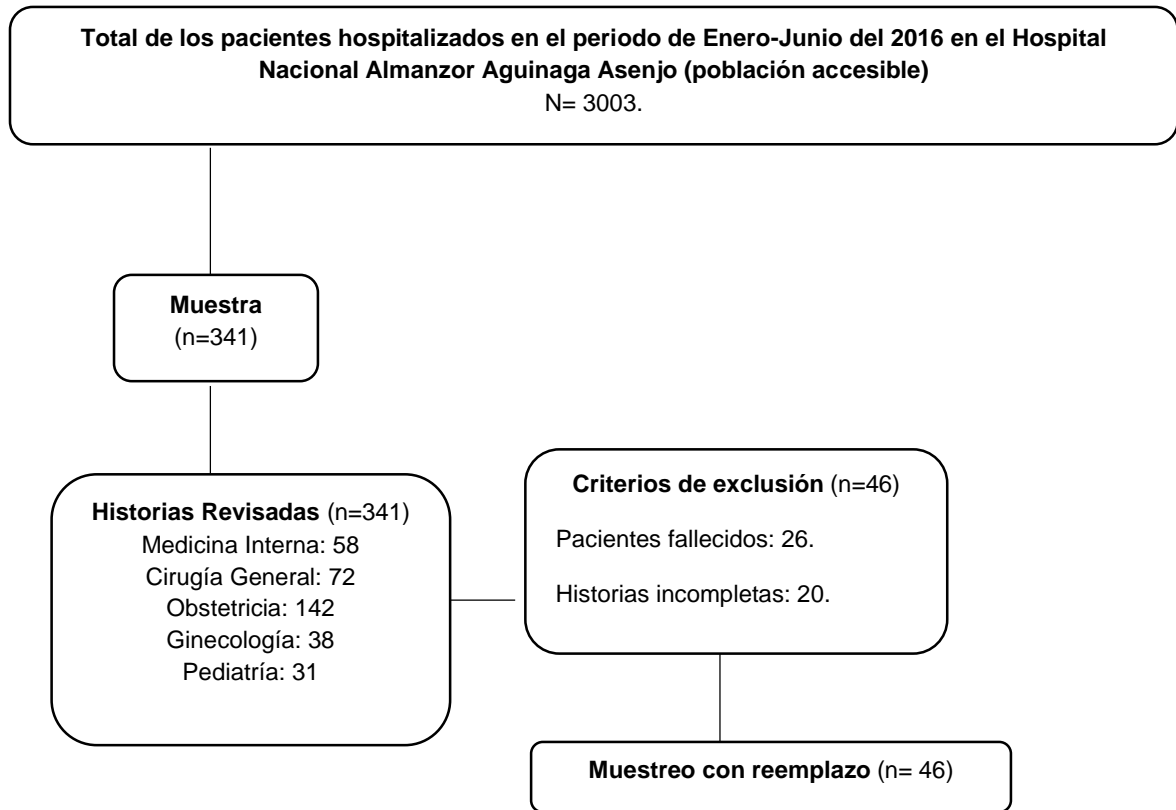
procedió a seleccionar al siguiente paciente registrado en la base de datos inicial o en su defecto de ello se seleccionó al anterior o posterior por lo que se evitó las pérdidas de información de los participantes.

Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento de evaluación la ficha de recolección de datos; previamente pasó por la evaluación de dos asesores quienes dieron sus sugerencias y correcciones para su elaboración en base a la operalización de variables. Finalmente se concluyó que consta de dos partes: la primera son los datos generales del paciente y la segunda parte datos sobre la enfermedad del paciente (ver anexo 1), los datos se obtuvieron teniendo en cuenta que se consideró como: 1) diagnóstico correcto aquel que coincidió la escritura con la codificación según CIE 10 y el registro del sistema de gestión hospitalaria, 2) diagnóstico incorrecto a todo lo contrario a lo mencionado, 3) adecuado para la institución aquel diagnóstico que corresponda al nivel de complejidad del hospital, 4) uso de la codificación “no especificada” o también “,9” justificado cuyo diagnóstico es correcto en relación al CIE 10 no siendo establecido como no especificado, 5) orden adecuado corresponde que los diagnósticos estén plasmados en una secuencia correcta en la historia clínica con respecto a la patología principal.

Para el procesamiento de información fueron colocados en una base datos en Excel luego analizados con el programa estadístico SPSS versión 24. Se empleó un análisis descriptivo univariado de los datos obtenidos donde se mostró las variables en tablas de frecuencia y porcentajes, finalmente se realizó el análisis bivariado donde se buscó diferencias estadísticamente significativas, usando la prueba Chi cuadrado en variables categóricas, cuando el valor de p sea < 0.05 de igual forma se representó en tablas o gráficos de frecuencia.

Se pidió permiso formalmente a la unidad de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres posteriormente al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo para el acceso a las historias clínicas guardadas en el Servicio de Archivo pasando por la revisión del comité de ética. No fue necesario utilizar el consentimiento informado debido que la unidad de análisis fueron las historias clínicas, la información obtenida se ingresó mediante el número de historia clínica reservándose la identidad y para el uso exclusivo de la

investigación. Los datos obtenidos fueron eliminados al cumplir con los objetivos del presente estudio para asegurar la confidencialidad de la información.



III. RESULTADOS

Tabla 1. Congruencia del registro y codificación diagnóstica del CIE 10 en las historias clínicas según servicio de pacientes hospitalizados en el periodo de Enero-Junio del 2016 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Diagnostico CIE 10	Correcto		Incorrecto		Total		Valor de p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
De Ingreso							
Cirugía General	16	22.2%	56	77.8	72	100	0,001
Ginecología	14	36.8	24	63.2	38	100	
Medicina Interna	18	31	40	38	58	100	
Obstetricia	88	62	54	38	142	100	
Pediatría	8	25.8	23	74.2	31	100	
De Egreso							
Cirugía General	18	25	54	75	72	100	0,001
Ginecología	16	42.1	22	57.9	38	100	
Medicina Interna	25	43.1	33	56,9	58	100	
Obstetricia	86	60.6	56	39.4	142	100	
Pediatría	6	19.4	25	80.6	31	100	

Tabla 2. Características del registro y codificación diagnóstica del CIE 10 en las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el periodo de Enero-Junio del 2016 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Diagnostico CIE 10	Correcto		Incorrecto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De Ingreso	144	42.2	197	57.8	341	100
De Egreso	151	44.3	190	55.7	341	100

Tabla 3. Orden diagnóstica en las historias clínicas según servicio de los pacientes hospitalizados en el periodo Enero-Junio 2016 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Orden de los diagnósticos registrados	Adecuado		Inadecuado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cirugía General	51	70.8	21	29.2	72	100
Ginecología	30	78.9	8	21.1	38	100
Medicina Interna	47	81	11	19	58	100
Obstetricia	122	85.9	22	14.1	142	100
Pediatría	26	83.9	5	16.1	31	100

Tabla 4. Congruencia del registro y codificación diagnóstica CIE 10 de las historias clínicas con el sistema de gestión hospitalaria en pacientes hospitalizados en el periodo Enero-Junio 2016 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo

Congruencia del registro y codificación	N	%
Concuenda	113	33%
No concuerda	228	67%
Total	341	100

Tabla 5. Características de los diagnósticos registrados de los pacientes hospitalizados según servicio en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo de Enero-Junio del 2016

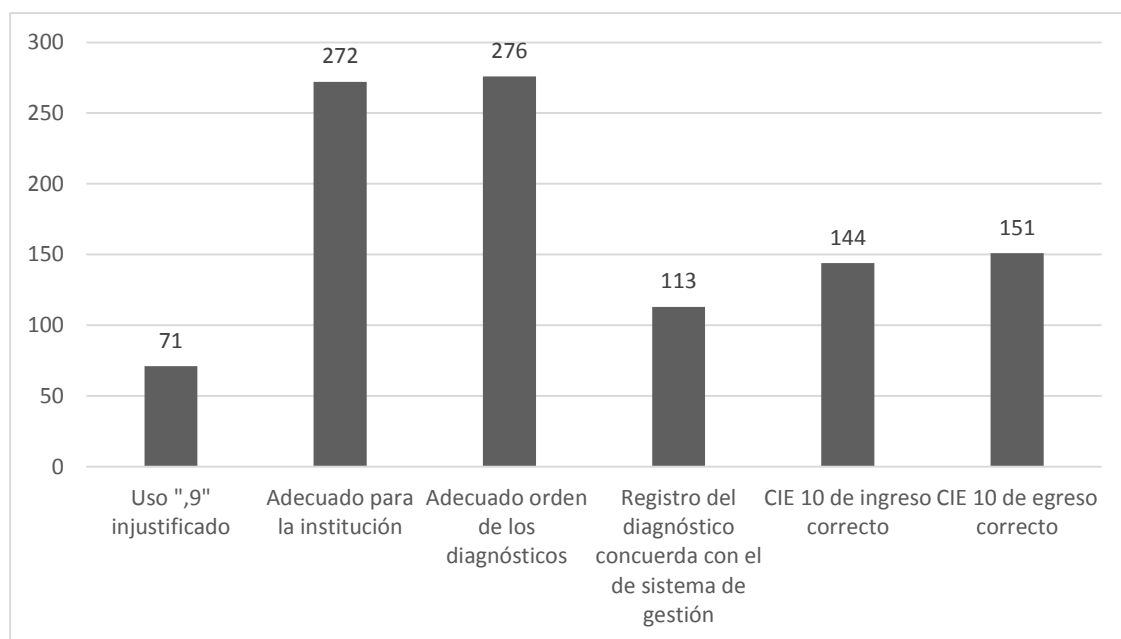
Diagnóstico adecuado para el nivel de complejidad	Cirugía General		Ginecología		Medicina Interna		Obstetricia		Pediatria		Valor de p*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Adecuado	47	65.3	38	100	54	93.1	107	75.4	26	83.9	
Inadecuado	25	34.7	0	0	4	6.9	35	24.6	5	16.1	0,001
Total	72	100	38	100	58	100	142	100	31	100	

Uso justificado del tipo "no especificado" o ",9" en la codificación del CIE-10

No	14	19.4	9	23,7	12	20.7	16	11.3	20	64.5	
Sí	5	6.9	0	0	3	5.2	2	1.4	0	0	
No aplica	53	73.7	29	43	43	74.1	124	87.3	11	35.5	0,001
Total	72	100	38	100	58	100	142	100	31	100	

*Valor de p fue hallado con el test de Fisher

Gráfico 1. Características de los registros y codificación de los diagnósticos de los pacientes hospitalizados en el periodo Enero-Junio 2016 en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo



IV. DISCUSIÓN

Al revisar las historias clínicas se encontró en un 57.8% se registran y codifican los diagnósticos de ingreso y egreso de forma incorrecta todo contrario a un estudio realizado por Espinoza sobre la coincidencia entre el diagnósticos clínicos al ingreso y egreso en un 68.8% (13); además en una auditoría médica del registro se halló en un 18,5% de las historias clínicas de hospitalización tienen una calidad inadecuada cuyo ítem menos registrados fue el registro de CIE-10 (14). Dentro de los factores que influyen en el mal registro y codificación es el uso de términos coloquiales así como se demostró en un Hospital de segundo nivel de Tabasco que el 50% mostraron error, siendo uno de sus problemas más común el uso de abreviaturas o siglas en un 37.4% y el 26.9% del total de los registros incluidos presentaron concordancia con la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionado con la salud (15). Otro factor que se ve relacionado es la consideración como diagnóstico de egreso al procedimiento realizado al paciente como se menciona en un estudio sobre la calidad de codificación de los procedimientos quirúrgicos se detectó que estos errores de codificación se producen debido a códigos incompletos, por necesidad de introducir dos códigos de los procedimientos quirúrgicos o por la combinación inadecuada de los mismos (16).

Para realizar una correcta codificación es necesario contar y hacer el uso apropiado del manual CIE 10, por ello se consultó a internos y residentes quienes prefirieron usar más la aplicación móvil del CIE 10 que el manual CIE 10 en físico el cual se encontraba guardado en el área administrativa de cada servicio en hospitalización no siendo manejado con facilidad; además hacen el uso de su memoria para los códigos más frecuentes empleados diariamente al momento de realizar el llenado de la epicrisis lo cual no es lo más apropiado ya que podrían confundirse y contribuir a una mala codificación del diagnóstico.

En este sentido se observó que no concuerda el diagnóstico escrito en la historia clínica con el sistema de gestión del hospital en un 67%, el cual tiene relación con la publicación realizado por Sánchez en un Hospital de tercer nivel sobre el registro y subregistro mostró la incongruencia de la información total reportada con la obtenida de las historias clínicas en un 29% al cual plasmaron inicialmente en un

0.8%, dicha información no daría los datos reales para hacer una evaluación del diagnóstico situacional ya que es utilizada para la elaboración de los perfiles (7,7).

Se encontró 26 pacientes fallecidos con el diagnóstico de septicemia no especificada en un 44.2% de las historias revisadas del servicio de medicina interna en relación con el boletín epidemiológico del 2018 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo que lo catalogan como segundo diagnóstico principal con un 6.71%, luego de nefritis tubulointerstitial aguda un 14.14% (17). Las causas más frecuentes de este diagnóstico fueron por focos respiratorio, dérmico, urinario y diabetes mellitus al correlacionarlo con estudio en Pereira sobre la caracterización de los pacientes con diagnóstico de sepsis en una institución de tercer nivel que presentó el origen relacionado a comorbilidades como: diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e hipertensión arterial (18). Además se debe de tener en cuenta que muchas veces el diagnóstico no especificado (“,9”) podría verse influenciado a la falta de un conocimiento adecuado de la codificación y en algunos casos por la tardanza en dar un resultado definitivo al no tener un resultado específico por patología lo que lleva al uso excesivo del diagnóstico no especificado del CIE 10.

Respecto al diagnóstico adecuado para el nivel de complejidad en todos los servicios fue apropiado; sin embargo se observó que en esa minoría se debe a que las referencias no fueron adecuadas debido a la falta de médico de guardia, complementar tratamiento que pudo haber sido tratado su centro de salud, falta de disponibilidad de camas, referidos directamente al tercer nivel de atención sin coordinación previa muchas veces saltando el segundo nivel, lo que coincide con un estudio realizado por Quimbert Rossy sobre el análisis de referencia de pacientes pediátrico lo que se demostró que un 49% de las referencias fueron injustificadas (19). Finalmente se realiza cesárea electiva aquellas pacientes que tenían un antecedente cesárea anterior lo cual no es justificación suficiente para realizarse según se planea en el protocolo de cesárea del Instituto clínico de ginecología y obstetricia debido que la vía del parto de elección es la vaginal con un mínimo de 18 meses después de la cesárea solo es justificada cuando son dos o más cesáreas previas por el aumento de riesgo de 1.4% de rotura uterina (20).

Por otro lado con respecto al orden correcto de los diagnósticos fue apropiado en un 80% en todos los servicios en relación al diagnóstico principal de ingreso del paciente, todo lo contrario en un estudio que realizó Zafra sobre la calidad de registro en historias clínicas obtuvo como resultado que en un 45% las historias no cumplieron con criterios de pulcritud y orden (21).

Respecto a las limitaciones no se encontraron reportes que aborden específicamente las características del registro y codificación diagnóstica en las historias clínicas y en el sistema de gestión hospitalaria en pacientes hospitalizados; además se encontró pacientes fallecidos, el registro incompleto en las historias clínicas y la falta de la hoja de epicrisis los cuales tuvieron que ser reemplazados para evitar las pérdidas.

CONCLUSIONES

- Predomina un incorrecto registro del CIE 10 de los diagnósticos de ingreso en un 57.8% y de egreso en un 55.7% en las historias clínicas. Además se registra como diagnóstico de egreso a procedimientos hechos en el servicio de cirugía general y ginecología.
- Existe un diagnóstico adecuado para el nivel de complejidad del hospital de un 80%.
- El registro del orden adecuado de los diagnósticos en las historias clínicas es de un 81%.
- El uso “,9” injustificado es de un 21% del total de las historias clínicas.
- El diagnóstico codificado en las historias clínicas no concuerda en un 67% con el del sistema de gestión hospitalaria.

RECOMENDACIONES

- Brindar cursos de capacitación sobre el uso apropiado de la clasificación internacional de enfermedades al personal (médico residente, asistente, internos y secretarios) para su respectiva codificación y registro detallado del diagnóstico de cada paciente en el área que sea atendido (clínica o quirúrgica), con el fin de proveer un registro estandarizado para todos los diagnósticos facilitando la comparación de los datos a nivel internacional y en la elaboración de los perfiles epidemiológicos y de demanda.
- Realizar un diagnóstico situacional en los establecimientos de menor complejidad (I-II) para que se haga una adecuada referencia teniendo en cuenta la capacidad resolutive; además se debe respetar el orden de referencia hacia un centro de mayor complejidad.
- Mejorar la accesibilidad para el uso del libro CIE 10 en cada servicio del hospital.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Hazelwood AC. ICD-9 CM to ICD-10 CM: Implementation Issues and Challenges. ICD-9 CM.ICD-10 CM Implement Issues Chall AHIMA Am Health Inf Manag Assoc [Internet]. 2003 [citado el 6 de enero de 2019]; Disponible en: <http://bok.ahima.org/doc?oid=59978>.
- 2.-Stausberg J. [Quality of coding in acute inpatient care]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2007; 50(8):1039–46.
- 3.- Rivadeneira GA. Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10). Investigación en Salud-Superintendencia Nacional de Salud. 2015; (7): 66-73.
- 4.-Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 2005; (10): 1-3.
- 5.- Instituto de información sanitaria. Hacia la CIE-10. Agencia de Calidad del SNS. 2010 (1): 1-47.
- 6.- Ministerio de Salud. Especificaciones técnicas de la actualización de códigos y estándares de identificación a ser usados en el sistema de información para la atención ambulatoria (HIS). Sistema de información. 2016 (3): 1-20.
- 7.- Sánchez JC, Gonzáles MI y Gutiérrez JC. Delirium en pacientes mayores de 60 años en un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Pereira (Colombia) subdignóstico y subregistro. Revista Colombina de Psiquiatría. 2013; 42 (2): 191-197.
- 8.- Rocano EP. Evaluación de la calidad de los registros de las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el servicio de emergencia de un Hospital General. Revista Sociedad Perú Medicina Interna.2008; 08 (2): 51-54.
- 9.- Puentes SP, Díaz NM, Díaz-Vélez C. Calidad técnica de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en un hospital EsSalud de Chiclayo. Revista cuerpo médico. HNAAA. 2012; 5(2): 5-10.
- 10.-Uribe MPO. Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. 2018.
- 11.- Díaz-Vélez C. Errores en el registro de información en un hospital de alta complejidad. Rev Calidad Asistencial. (En prensa).

12. - Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. Open Source Epidemiologic Statistics for public health. Recuperado a partir de: [http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm].
- 13.- Espinoza BA, Figueiras RI, Rivero BJ, Santos PM, Rocha QM. Diagnósticos clínicos al ingreso y al egreso de pacientes hospitalizados en Medicina Interna, Geriatria e Infecciosos. Revista Cubana. 2009; 49(2). [Revista en Internet]. En: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol_49_2_10/med04210.htm.
- 14.- Díaz-Vélez C. Informe técnico de auditoría médica en el mes de abril. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2015.
- 15.- Posada AS, Broca SM y Zavala GM. Calidad del registro del diagnóstico médico y subsecuente codificación en un hospital de segundo nivel de Tabasco. 2009; 28 (2): 187-194.
- 16- Laguna Y, López AG. Remacha G, Lerchundi MT. Calidad de la codificación de los procedimientos quirúrgicos y su influencia en los grupos relacionados con el diagnóstico. 2005; 15 (1):10-16.
- 17.- Oficina de Inteligencia Sanitaria. Red Asistencial Lambayeque, Perfil Epidemiológico de las atenciones en egresos hospitalarios. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 2018.
- 18.- Escobar JI, Villegas RS. Caracterización de los pacientes con diagnóstico de sepsis en una institución de tercer nivel del municipio de Pereira. Revista cultura del cuidado. 2012; 8 (2): 38-45.
- 19.- Quimbert MR, Mejía SH. Análisis de la referencia de pacientes a un hospital de tercer nivel pediátrico. Revista de la sociedad Boliviana de Pediatría.2013; 52 (1): 8-12.
- 20- Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Hospital Clínico de Barcelona. Protocolo de cesárea. 2012 (1): 1-9.
- 21.- Zafra TJ, Veramendi EL, Villa SN, Zapata SM, Yovera LE, Urbina YG, Ayala MR. Calidad de registro en historia clínica en un Centro de salud el Callao. Revista Perú Medicina Salud Pública.2013; 30 (4): 714-28.

ANEXOS

1.- Ficha de recolección de datos:

El llenado de la ficha será en base a los datos obtenidos del sistema de gestión hospitalaria de cada paciente que haya estado hospitalizado en los servicios (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia) en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo periodo de Enero-Junio del 2016.

NÚMERO DE FICHA: _____
DATOS GENERALES DEL PACIENTE
-Número de Historia Clínica: _____ -Edad: _____ -Sexo: _____
ENFERMEDAD DEL PACIENTE:
-Servicio que se atendió: _____ - CIE- ingreso: _____ - CIE- alta: _____ - Diagnóstico de ingreso: _____ - Diagnóstico de egreso: _____ - Orden de diagnósticos: _____ - Adecuado para la institución: Sí _____ No _____ - Uso .9 injustificado: _____ Observaciones: _____