

Aparatos :

La organización general de los APARATOS , muy nemotécnica, en inglés, es la siguiente:

A.-Problemas Generales

B.-Sangre (Blood)

D.-Digestivo

F.-Ojo

H.-Oído (Hearing)

K.-Circulatorio

L.-Locomotor

N.-Nervioso

P.-Psicológico

R.-Respiratorio

S.-Piel (Skin)

T.-Endocrino (Tiroides)

U.-Urinario

W.-Embarazo , Parto y
Planificación (Woman)

X.-Genital femenino
(Cromosoma X)

Y.-Genital masculino
(Cromosoma Y)

Z.-Social (Zocial, ozú , en
Inglé)



Intervalos de Numeración de los componentes

Componente 1: del – 01 al –29	<u>SIGNOS Y SÍNTOMAS</u>
Componente 2: del – 30 al –49	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS:
Componente 3: del – 50 al –59	PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
Componente 4: del – 60 al –61	RESULTADOS DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:
Componente 5: el –62	PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS
Componente 6: del – 63 al – 69	DERIVACIONES, SEGUIMIENTO , Y OTRAS RAZONES DE CONSULTA
Componente 7: del – 70 al -99	<u>DIAGNÓSTICOS</u>

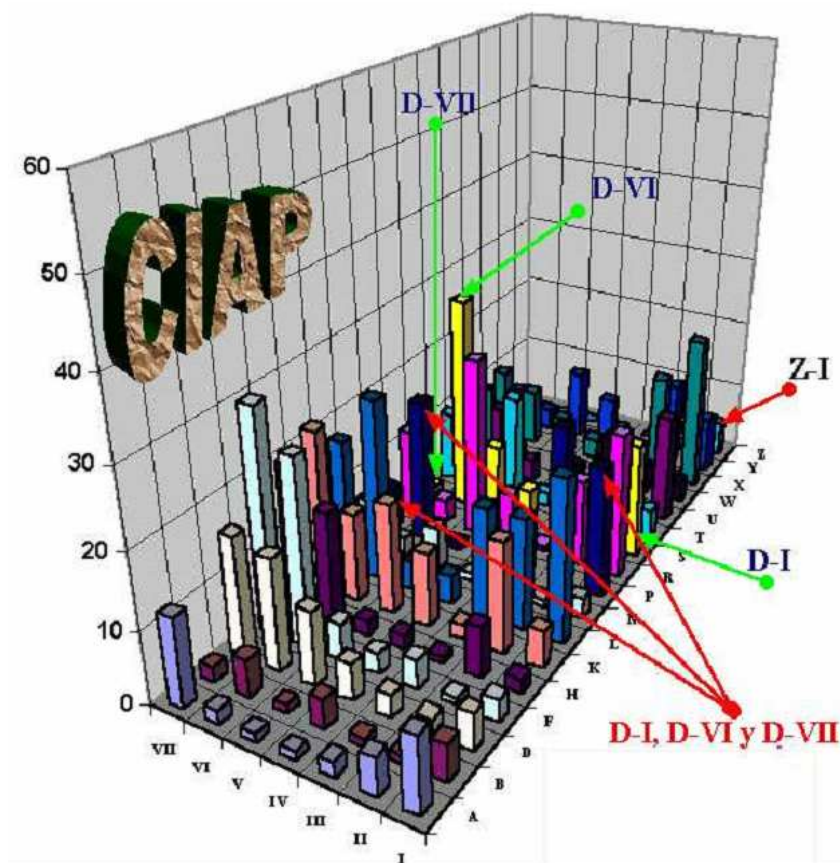


El Gráfico Benidorm.

La representación gráfica (tridimensional) de la clasificación biaxial.

- Una ciudad de playa:
 - en primera línea de playa: los **Signos/ Síntomas**
 - en línea de montaña: los **problemas (diagnósticos)**
 - las urbanizaciones medias, los componentes 2-6, es decir **el proceso**.

El perfil epidemiográfico nos dará una información muy interesante de las fortalezas y deficiencias de cada cupo.



Definición y posibilidades de los Episodios de atención.

Episodio de Atención: cualquier problema con trascendencia sanitaria/organizacional, detectado por un profesional o verbalizado por un paciente

- Comienzo: primer contacto de dicho problema
- Fin : por curación, muerte o inasistencia en periodo definido.

Todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, la farmacoterapia e interconsultas, deben estar incluidos en el episodio principal que genera los mismos.



Tratamiento de la especificidad diagnóstica.

- ✓ La Atención Primaria ,”*el arte de manejar la incertidumbre*” no siempre permite el manejo de diagnósticos específicos para la creación de episodios.
- ✓ Informáticamente es factible crear episodios inespecíficos, que a lo largo de su curso evolutivo pueden ser incluidos en otros con mayor precisión diagnóstica (agrupar).



Tratamiento de la dependencia causal

Frecuentemente, los episodios atendidos, dependen como factor etiológico desencadenante, de otros episodios previos ya detectados. Si la información generada es subsumida en el episodio inicial, los análisis posteriores perderán calidad.

Ejemplo:

Paciente diagnosticado de Hiperplasia Benigna de próstata (HBP), que acude por RU.

Deben crearse **episodios separados** y podría crearse la **dependencia entre ambos**.

Así al estudiar la HBP podremos saber cuantas RU se han producido por dicho motivo; y si estudiamos las RU, no habremos perdido la información.

Ejemplo: catarros que agudizan un asma o EPOC.

Este aspecto tiene gran trascendencia a la hora de plantearnos estrategias de análisis de costes, gestión de casos o investigación clínica.



Agrupaciones por severidad

La utilización de índices de severidad (ASI, DUSOI, etc...):

- ✓ permite que los episodios se muestren en **orden de gravedad** decreciente
- ✓ facilita obtener escalas de gravedad por episodios o globales de paciente
- ✓ **evita la dispersión** de episodios importantes en el seno de una historia clínica amplia
- ✓ **facilita el seguimiento**, la inclusión en protocolos o los análisis de coste de patologías por grupos de gravedad-riesgo.



Tratamiento informático de la actividad del episodio

Un **Episodio Abierto** es aquel no resuelto, susceptible de contener aún actividad nueva.

Se convierte en un **Episodio Cerrado** cuando ya ha sido superado (p. ej: un catarro que se ha curado).

OMI incluye un subtipo de episodio cerrado, el **Episodio Histórico**: aquellos cerrados que han perdido su trascendencia siendo enviados a un plano secundario de visualización.

Por convención, se aconseja que los episodios cerrados permanezcan en esta situación un mínimo de un año antes de ser enviados al histórico.

Ej: un catarro curado es un episodio cerrado, pero si este se repite veinte veces en un año puede que la información tenga algún valor, y por lo tanto, no conviene considerarlo a priori como histórico.



Tratamiento informático de la persistencia

En función de su duración ó persistencia los episodios suelen agruparse en :

- Agudos
 - Crónicos.
- Desde un punto de vista informático
 - OMI al tener predefinida una **tabla maestra de episodios crónicos**, permite que aquellos no incluidos en la misma sean traspasados automáticamente a la situación de cerrados al transcurrir un tiempo prefijado sin actividad en su interior.
 - Tiene asimismo una **tabla de episodios mal etiquetables** que solamente serán cerrados si el profesional considera que han llegado a resolverse.

En cualquier caso la decisión clínica permite el cambio situacional a voluntad.



Situaciones que se repiten con frecuencia y aglutinan la mayor parte de las dudas

Fecha de inicio: Aquella en la que se estableció contacto con el sistema por el problema.

- Acude porque hace 2 días que tiene tos.... inicio hoy
- Esto de la HTA me lo dijo mi médico del pueblo hace 20 años... inicio 1 de Enero menos veinte años.

Fecha de cierre: Habitualmente desconocemos la fecha de cierre de enfermedad (cuando “curó”), pero sí conocemos el cierre de la “atención” (último apunte).

El cierre puede hacerse de 2 maneras:

- Repreguntando si ya superó el problema en la siguiente ocasión.
- Seleccionando la opción de cierre automático.

Si más adelante el problema continúa, siempre podremos reabrirlo.

Los episodios crónicos que puedan haberse “curado”, podríamos cerrarlos utilizando el mismo concepto de última asistencia.

Los episodios “mal definidos” exigen, que siempre que podamos tomemos una decisión.



Diferencias entre literales (descriptores) y códigos:

- Los 900 descriptores de los problemas y procedimientos en CIAP, no serían de uso en clínica si no contemplasen sinónimos que permitiesen codificar de forma rápida y fiable.

Hay que distinguir entre lo que es un Código y las formas literales de describir el mismo

:

Ej: cálculo renal, litiasis renal, nefrolitiasis y litiasis renoureteral tienen el mismo código y como se ve sus literales son diferentes.



¿Qué códigos hay que recoger?:

Siempre que se pueda debemos utilizar un código de PROBLEMA (componente 7 de CIAP) y solo en su ausencia un código sintomático (componente 1).

Ejemplos:

a) “ Como le iba diciendo doctor, hace 20 años me quitaron la vesícula porque tenía piedras”.

- Recogemos el código de litiasis biliar (D98)
- Modificamos el descriptor añadiendo I.Q. o Colecistectomía independientemente de lo que hagamos en otros apartados, la cirugía es un Procedimiento Terapéutico (como la Farmacia) no un problema, y aquí sólo se codifican PROBLEMAS.

b) Si queremos reflejar que un paciente toma una medicación concreta en un sitio significado podemos modificar un literal.

Ej.:AC-FA ANTICOAGULADO.



¿Qué pasa con los problemas múltiples y los repetitivos?:

Acude a nuestra consulta un paciente **Alcohólico, con hepatopatía y un problema social sobreañadido**: Hay que codificar TRES episodios (obviamente no todos los alcohólicos serán hepatópatas, ni tendrán un problema social).

De la misma forma un paciente acude por una **infección respiratoria que reagudiza su asma**; también hay que recoger el cuadro de infección respiratoria en un episodio independiente.

Para solucionar el problema de la conexión inherente entre episodios como los descritos, se desarrolló el concepto de **dependencia**.



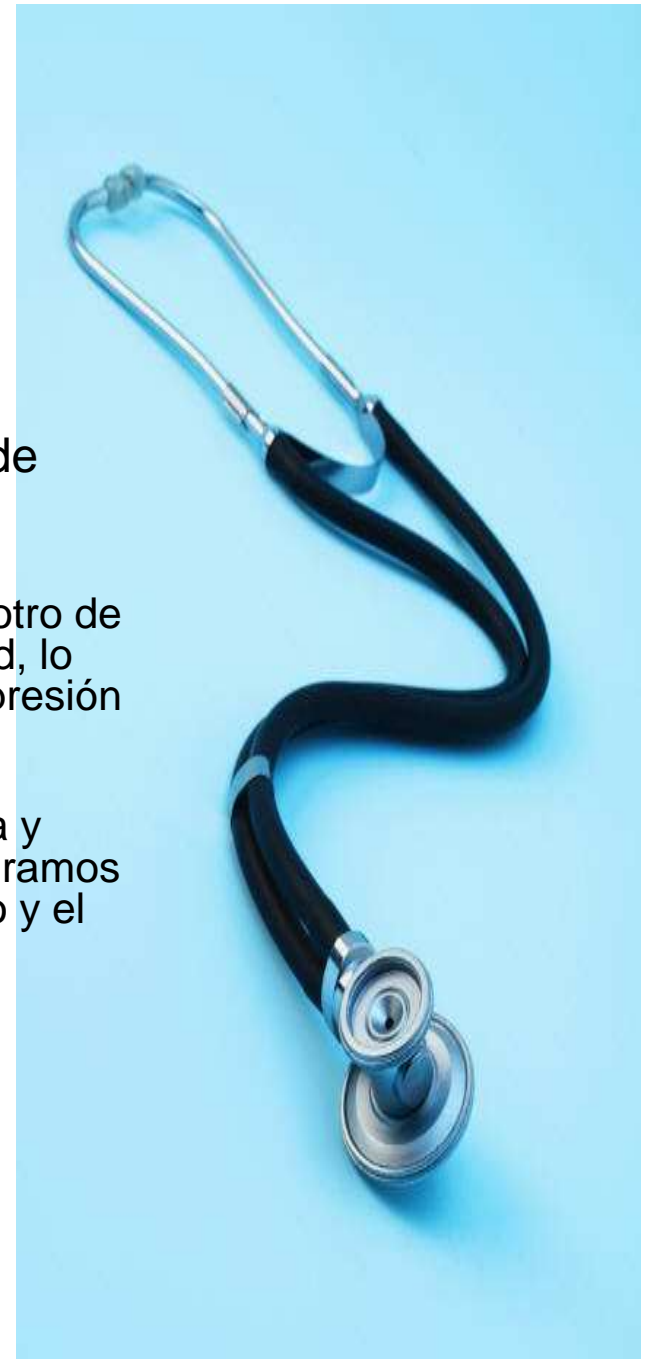
Agrupación de episodios

Agrupar es un concepto en el que subyace siempre la **ganancia de especificidad** desde 2 diferentes puntos de vista:

a) Paciente que tiene abiertos, un episodio de mareos, otro de cefalea, otro de mialgias y finalmente se decide que en realidad, lo que tiene es una depresión... Se debe crear el episodio de depresión y agrupar en su interior el resto de los anteriores.

b) Paciente que ayer vino por tos, le pedimos una placa y tiene una neumonía. Creamos el episodio de neumonía e integramos el de tos. NO se debe de borrar el de tos ni cambiarle el código y el literal; hay que acostumbrarse a crear el nuevo y agrupar.

La fecha del diagnóstico debería ser la fecha en la que estableció éste. El programa OMI-AP está ejecutando mal la cuestión, pues deja la fecha del primer contacto.



Códigos “especiales”:

Siempre es bueno recordar que **en todos los capítulos, salvo problemas sociales y psicológicos**

- El **_01** es **Dolor**
- Los **cánceres** son los códigos **_76 y _77** o los previos y posteriores de cada rúbrica
- Los códigos **_26 y _27 expresan el temor** a padecer una patología (de suma utilidad para codificar episodios de los que se deriven **screening**. Ej: ..doctor quería hacerme una revisión ginecológica por si....; elegiremos el código de miedo/temor y cambiaremos su literal a “Despistaje de problemas ginecológicos)
- El **código _99** (otros): Cuando no seamos capaces de codificar un problema en su correspondiente aparato, podemos recurrir al epígrafe **_99 y modificar su literal**. Estos problemas no suelen sobrepasar 2 casos por 1000 hab/año por cada diagnóstico usado.



Otros casos:

- Pacientes sin ningún tipo de problema, o con problemas pero que acuden solicitando un certificado o resumen de sus problemas: Se debe codificar en **SIN ENFERMEDAD (A97)**.
- Cuestiones relacionadas con **testamento vital y/o eutanasia (A20)**
- Recordar que en CIAP **tiene preeminencia el aparato sobre la generalidad (grupo A)**: intentar codificar en cada aparato antes que en A.



Resumen

- **La certificación funcional del registro exige la inexistencia de errores sistemáticos de registro**, como:
 - la mala ubicación de información clínica
 - la mala utilización de la CIAP (con la frecuente confusión del código de enfermedad por el del síntoma)
 - utilizar el mismo código para todos los casos (crear un episodio de CVA y anotar en él todos los que el paciente tuviera es un error sistemático)
 - la incorrecta colocación de una prescripción, por ej. colocada en el Episodio de Actividades preventivas, o en un episodio distinto del que la motiva.



ALGUNAS SENCILLAS CLAVES PARA UNA CORRECTA CODIFICACIÓN

- 1ª.-Codificar el **problema de salud**, no el proceso o el motivo de consulta (lo que el paciente verbaliza).
- 2ª.-Codificar con el mayor grado de **especificidad** posible.
- 3ª.-LO ESPECÍFICO y AGUDO, ES SINGULAR: No puede codificarse una sola vez para toda la vida un problema agudo. Ej.
- 4ª.-AGRUPAR DE INESPECÍFICO A ESPECÍFICO
- 5ª.-NO CONFUNDIR SIG/SINTOMAS CON PROBLEMAS: ¡Fíjese en la numeración del código!
- 6ª.- Acostúmbrese a codificar los PROBLEMAS SOCIALES (29 Códigos CIAP del Aparato Z) clave del abordaje sociosanitario.
- 7ª.- Crear un código de FALLECIMIENTO antes de cerrar la Historia (CIAP = A96), de gran utilidad para el análisis epidemiológico posterior.
- 8ª.-CIERRE MANUAL DE EPISODIOS AGUDOS: hágalo con la fecha de la última visita de ese Episodio, no con la del día que cierre.

