

# Clasificación CIAP

## La Clasificación Biaxial

- 1.-permite la organización por **episodios**, cada proceso, por idéntico que sea, ( ej. recetas, interconsultas) en el **episodio correspondiente**,
- 2.-organiza los episodios en **aparatos**, por letra inicial en inglés

## Una letra

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 Inglés)

# DOS dígitos

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

# 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.

- ✓ En AP no siempre podemos manejar de diagnósticos específicos para la creación de episodios. ..
- ✓ ...pero casi siempre episodios inespecíficos, 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 se incorpora episodio inicial, perderemos información

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.

# 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 tiene 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. → Error en receta cronica
  - una tabla de episodios mal etiquetables
    - que solamente serán cerrados si el profesional considera que han llegado a resolverse. Permanecen resaltados en amarillo al realizar en cierre automático en espera de la decisión del profesional

\*\*En cualquier caso la decisión clínica permite cambiarlos a voluntad.

# Situaciones que se repiten con frecuencia

**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 hace 20 años... inicio 1 de Enero menos veinte años.

**Fecha de cierre:** Habitualmente ¿? pero sí sabemos la del 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, contemplan sinónimos que permiten codificar de forma rápida y fiable.

**Un Código → varias formas literales de describirlo**

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 → 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 Colectomía .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. →Mejor en Antecedentes quirúrgicos

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

Ej.:AC-FA ANTICOAGULADO.

# ¿Y los problemas múltiples y los repetitivos?:

- paciente **Alcohólico, con hepatopatía y un problema social sobreañadido:**
  - codificar TRES episodios (obviamente no todos los alcohólicos serán hepatópatas, ni tendrán un problema social).
- paciente con **infección respiratoria** que reagudiza su Asma  
recoger el cuadro de infección respiratoria en **PPJ**  
agudización asmática

conexión inherente entre episodios

→ concepto de **dependencia**

# Agrupación de episodios

**Agrupar para →ganar especificidad desde 2 diferentes puntos de vista:**

a) Paciente con un episodio de mareos, otro de cefalea, otro de mialgias

Finalmente se diagnostica una depresión.

→crear el episodio de **depresión** y agrupar en su interior el resto

b) Paciente que ayer vino por tos

Le pedimos una placa y tiene una neumonía.

NO borrar el de tos ni cambiar código o el literal;

→crear Neumonía y agrupar.

**La fecha del diagnóstico debería ser la fecha en la éste se hizo**

OMI-AP está ejecutando mal →deja la fecha del primer contacto.

# Códigos “especiales”:

recordar que en todos los capítulos, salvo problemas sociales y psicológicos

- ❑ \_01 es Dolor
- ❑ \_76 y \_77 son los cánceres
- ❑ \_26 y \_27 expresan el temor a padecer una patología
- ❑ \_99 (otros): Cuando no seamos capaces de codificar un problema en su correspondiente aparato
  - → modificando el literal.

No >2 casos por 1000 hab/año/diagnóstico usado.

## Otros casos:

- Pacientes sin ningún tipo de problema, o que acuden solicitando un certificado o resumen de sus problemas: Se debe codificar en **SIN ENFERMEDAD (A97)**.
- Cuestiones relacionadas con **testamento vital (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 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 vez para toda la vida un problema agudo.
- 4ª.-AGRUPAR DE INESPECÍFICO A ESPECÍFICO

5ª.-NO CONFUNDIR SIG/SINTOMAS CON PROBLEMAS:

¡Controlar 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: con la fecha de la última visita de ese Episodio, no con la del día que cierre.