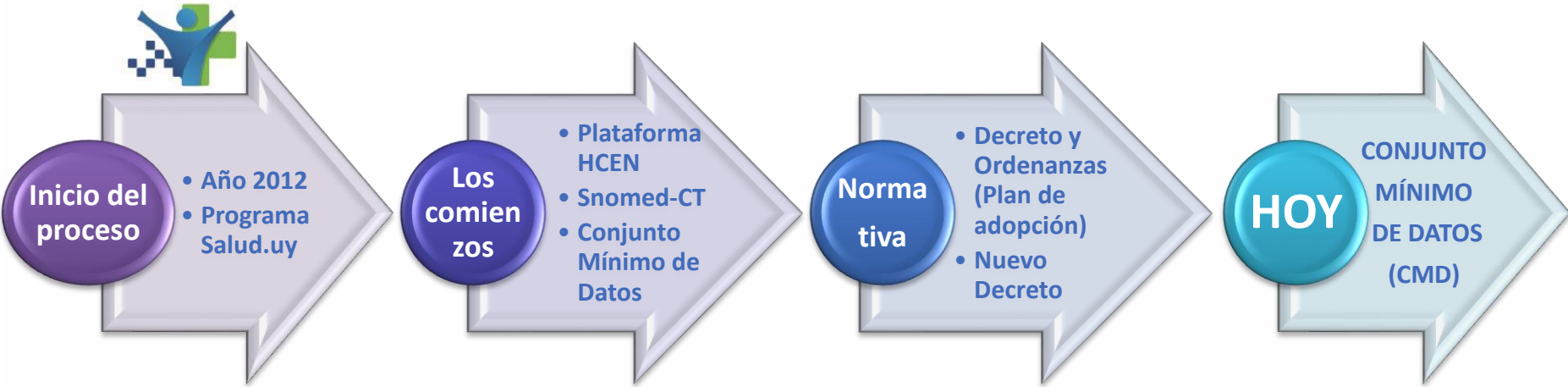
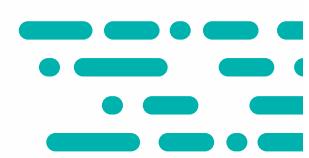




AVANZANDO HACIA LA INTEROPERABILIDAD SEMÁNTICA

15 de mayo de 2019

Dónde estamos...





CMD



CDA 1



CDA 3

INFORMACIÓN ESTRUCTURADA



DATOS E INFORMACIÓN DISPONIBLES, HOMOGÉNEOS, CODIFICADOS Y REUTILIZABLES

Hacia la interoperabilidad semántica...



DOCUMENTOS ESTRUCTURADOS

OBJETIVO

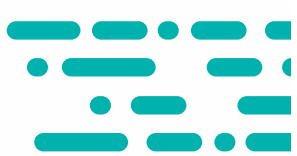
- Obtener datos clínicos seleccionados ¿qué datos necesito?

USOS

- Continuidad asistencial
- Toma de decisión en diferentes niveles (micro, meso y macrogestión)
- Otros: investigación

DESAFIOS

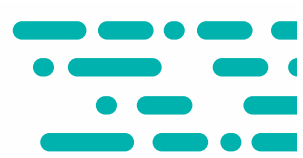
- Calidad de los datos desde el punto de vista clínico (semántico)
- Calidad de los datos desde el punto de vista informático (sintáctico)



LOS DATOS

- Constituyen uno de los activos más importante de las organizaciones
- Sustento de la toma de decisiones operativas y estratégicas
- Se desea que sean correctos, sin inconsistencias, actualizados, almacenables, recuperables, accesibles, que se vean en forma adecuada, etc.
- Dimensiones de calidad de datos: exactitud, completitud, consistencia, frescura





- **¿Qué tipo de información necesito? Qué datos necesito para obtener esa información?**
- **¿Qué tipo de información puedo obtener?**
Con buenos datos, obtengo buena información
Con malos datos, obtengo mala información
- **Importancia de los datos clínicos originales**
- **Herramientas disponibles para mejorar la incorporación de datos, y para proceder a su análisis.**



HISTORIA CLÍNICA VS CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

HISTORIA CLÍNICA

Integrada por todos los datos e información clínica del usuario, generados en la institución donde se origina la consulta o el registro asistencial.

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS

Son datos e información seleccionada de la consulta o registro asistencial originada en la institución, que se consideran indispensables para la continuidad asistencial, que aportan datos para la gestión y la salud pública.



HCEN

CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS (CMD)

A tener en cuenta:

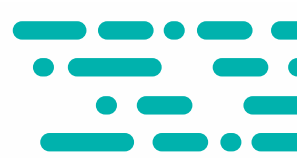
- datos obtenidos al final de un episodio de atención del paciente.
- en consonancia con la buena práctica clínica.
- homogeneidad en la definición de variables.
- facilidad de recoger datos de forma sistemática.



Alcance actual:

Actual: instituciones públicas y privadas de salud.

Lo que hemos construido...



- Dos etapas: episodios asistenciales e informes de paraclínica.
- Definición de CMD de episodios asistenciales:
 - ✓ Hoja de consulta **urgencia/emergencia** centralizada
 - ✓ Hoja de consulta **urgencia/emergencia** no centralizada (extrahospitalaria)
 - ✓ Hoja de consulta **no urgente** (centralizada o policlínica; no centralizada o radio)
 - ✓ Hoja de **egreso de internación** (datos médicos y de enfermería)
- **Link:** <https://centrodeconocimiento.agesic.gub.uy/web/salud.uy/documentacion>



Nos referiremos solo a contenidos clínicos.

¿CÓMO SE CONSTRUYERON ESTOS CMDs?

- **Contratación de una consultora:**
 - equipo técnico informático + equipo técnico clínico
 - asesores nacionales + asesores internacionales
- **Grupo Médico Asesor (GAM) + Equipo Salud.uy**
- **Representación institucional del ecosistema**
- **Validación final de los CMDs**





Reuniones de definición y elaboración de los CMD



Jornadas Médicas de convocatoria abierta



Simulacro en 6 instituciones (junio a agosto de 2016)



Jornada taller final con representantes técnicos asistenciales (mayo 2017)

- Grupo Asesor Médico
- Grupo Asesor de Enfermería
- Representantes de la Academia (12 Cátedras)
- Referentes institucionales
- Referentes de interés (área asistencial, área jurídica)

DEFINICIONES GENERALES



- **Definición de instancias asistenciales (nomenclatura SINADI, metas)**
- **Contenido clínico normalizado**
- **Hojas clínicas electrónicas estandarizadas y armonizadas entre sí**
- **Vocabulario controlado (modelo de información + terminología médica)**
- **Multiprofesional y multiespecialidad**

BASES Y APOYOS

- **Terminología Snomed-CT (expresiones clínicas relevantes)**
- **Servicios Terminológicos**
- **Catálogos nacionales (Ej: Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines o DNMA, Registro de profesionales)**
- **Receta electrónica (Receta Digital Nacional)**



Campo	Formato	Rango Valores	Aclaraciones	Obligatorio
<p>Conjunto Mínimo de Datos de Consulta No Urgente</p> <p>Se trata del CMD a consignar durante una consulta no urgente, tanto en el ámbito institucional como en el ámbito domiciliario o residencial del paciente.</p>				
Motivo de la consulta				
Descripción	Codificado	SNOMED-CT	Especificación del (o los) motivo(s) que derivaron en la consulta. Síntoma guía principal que motiva la consulta.	si
<p>Diagnósticos</p> <p>Diagnóstico(s), planteo(s) clínico(s) o problemas de salud, realizados sobre el paciente. Para cada diagnóstico planteado se podrá también especificar su fecha de inicio, estado y grado de certeza.</p>				
Diagnóstico				
Descripción del diagnóstico	Codificado	SNOMED-CT	Denominación del diagnóstico o problema de salud encontrado al paciente.	si
Fecha de inicio	Fecha	aaaa/mm/dd	Especificación de la fecha exacta o estimada del inicio del problema de salud.	si
Estado	Codificado	<ul style="list-style-type: none"> Resuelto No Resuelto 	Clasificación del problema de salud o diagnóstico, de acuerdo al estado de su resolución, al momento del cierre de la consulta.	no
Grado de Certeza	Codificado	<ul style="list-style-type: none"> No confirmado Confirmado 	Determinación del nivel de confianza en la identificación del diagnóstico o problema de salud.	si

Procedimientos relevantes realizados

Descripción del procedimiento	Codificado	SNOMED-CT	Esto incluye tanto procedimientos diagnósticos como terapéuticos que hayan sido realizados durante la consulta.	no
Fecha del procedimiento	Fecha	aaaa/mm/dd	Fecha de la realización del mismo.	no
Resultado	Codificado	<ul style="list-style-type: none">• Normal• Alterado		no
Observaciones Relevantes	Texto		Anotación de alguna observación relevante del estudio, para resaltar o especificar qué es lo que está alterado.	no



Información sobre tratamientos indicados al final de la asistencia

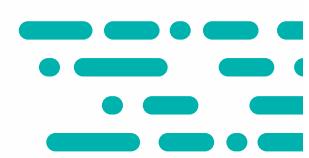
Indicaciones médicas al final de la consulta para continuidad del tratamiento del paciente


No farmacológicos

Descripción de la indicación	Texto		Descripción o denominación del tratamiento no farmacológico realizado al final de la asistencia del paciente.	no
------------------------------	-------	--	---	----

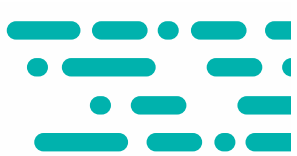
Farmacológicos				
Fármaco	Codificado	Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines	sustancia/s activa/s + potencia (dosis) y unidad de medida + forma farmacéutica	si
Vía de administración	Codificado	Diccionario Nacional de Medicamentos y Afines	Listado de vías posibles, de acuerdo a la forma de administración del fármaco.	si
Cantidad	Numérico			si
Frecuencia de administración	Texto			si
Momento de administración	Texto		Momento de administración del medicamento de acuerdo a recomendaciones. (Ej. Ingesta alejada de las comidas, previo al almuerzo, etc.)	si
Fecha de inicio	Fecha	aaaa/mm/dd	Fecha de inicio de la indicación del medicamento	no
Fecha de finalización	Fecha	aaaa/mm/dd	Fecha de finalización para el caso de tratamientos agudos	no
Duración en días	Numérico			si
Estado de la prescripción	Codificado	<ul style="list-style-type: none"> Activa Inactiva 	Esta clasificación permitirá en los sistemas de receta electrónica, poder agrupar las prescripciones activas de los pacientes.	no

En qué estamos...



- En segunda etapa: informes de estudios paraclínicos (con la misma metodología que la etapa anterior)
- Finalizada la primera versión de contenidos clínicos, serán próximamente sometidos para validación del ecosistema
- Definición de hojas de:
 - ✓ *Informes de laboratorio*  *Terminología LOINC*
 - ✓ *Informes de imagenología*
 - ✓ *Informes de endoscopía*
 - ✓ *Informes de anatomía patológica*
 - ✓ *Informes de estudios de cardiología*





- **Fuerte trabajo en la guías técnicas de implementación, con el objetivo de:**
 - ✓ Disminuir lo más posible el trabajo para los prestadores
 - ✓ Permitir los futuros versionados de las hojas aprobadas
 - ✓ Automatización de los procesos, en la medida de lo posible
 - ✓ Definir un validador de plataforma para monitoreo

- **Avance en los diccionarios nacionales**



Los nuevos desafíos...

**GENERACIÓN DE
CONOCIMIENTO EN
TERMINOLOGÍAS
(SNOMED-CT y
LOINC)**

**FORTALECER LA
IMPLEMENTACIÓN Y
USO DE LOS
SERVICIOS
TERMINOLÓGICOS**

**AVANZAR EN LA
ONTOLOGIA DE
DOCUMENTOS**



**“CALIDAD DE LOS
DATOS”**

**TABLAS MAESTRAS o
DICCIONARIOS
NACIONALES**

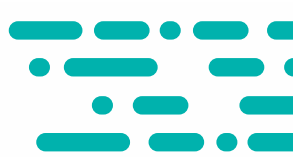
**REVITALIZAR LOS
EQUIPOS DE
INFOMÁTICA MÉDICA**

**CONOCIMIENTO EN EL
ANÁLISIS DE DATOS E
INFORMACIÓN**



***Caminante no
hay camino,
se hace
camino al
andar.***

Antonio Machado



MUCHAS GRACIAS

