



MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

m agencia española de
medicamentos y
productos sanitarios



PROYECTO BIFAP

**GUÍA DE REGISTRO
PARA
MÉDICOS COLABORADORES
(ACTUALIZADA)**

Febrero 2011

Directores:
Dolores Montero Corominas, Francisco de Abajo Iglesias
Coordinador:
Miguel Gil García
Redactor Guía 2002:
Antonio Salvador Rosa (*médico de familia*), con la colaboración de Juan Carlos
Moreno Pérez (*ingeniero informático*) en el apartado 17
Actualizaciones 2010:
Julia Timoner Aguilera (*médico de familia*)
Verónica Bryant Cerezo (*enfermera*)

La presente guía va dirigida a médicos usuarios del programa OMI-AP, y se enmarca en el Proyecto BIFAP («Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria»). Esta iniciativa ha sido promovida por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (<http://www.AEMPS.es>), y cuenta con el apoyo de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGÉN) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP). El Proyecto BIFAP (<http://www.bifap.org>) supone una oportunidad, para los médicos de atención primaria que dispongan de consulta informatizada, de contribuir a un mejor conocimiento de la efectividad y la seguridad de los medicamentos.

Se atenderá puntualmente a todas las **preguntas y dudas sobre el registro de los distintos tipos de datos** según esta guía, que se pueden dirigir a:

Julia Timoner Aguilera
Tfno: 918225327
jtimoner@bifap.org

o bien a:

Verónica Bryant Cerezo
Tfno: 918225306
veronica@bifap.org

A través de los anteriores y de <http://www.bifap.org> se puede conseguir información general y toda la documentación del Proyecto BIFAP.

Las dudas y problemas relativos a la instalación del módulo de exportación, al procedimiento de exportación y al envío de datos en el Proyecto BIFAP se pueden consultar (a través del teléfono **918225324** o por correo electrónico) a:

Arturo Álvarez Gutiérrez
aalvarez@bifap.org

o con:

Carlos León Cabrera
cleon@bifap.org

Dirección postal:

Proyecto BIFAP
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios
División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia
Parque Empresarial “Las Mercedes”-C/ Campezo 1, Edificio 8
28022 – Madrid

Fax: 91 8225445

ÍNDICE

1. NOTAS PRELIMINARES	5
2. PROPÓSITO Y JUSTIFICACIÓN DE ESTA GUÍA	7
3. RECOMENDACIONES GENERALES PARA UN BUEN REGISTRO	8
4. DATOS DEMOGRÁFICOS Y ADMINISTRATIVOS	9
5. ENFERMEDADES, ACONTECIMIENTOS CLÍNICOS, FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD (LOS “EPISODIOS”)	10
5.1. Fecha del “episodio”	10
5.2. Descriptores y códigos de los “episodios”	11
5.3. “Índice de severidad”	12
5.4. Diagnósticos	13
5.5. Información diagnóstica de los nuevos pacientes	17
6. “CURSOS DESCRIPTIVOS” EN TEXTO LIBRE.....	18
7. CONTACTOS CLÍNICOS.....	20
8. MEDICACIÓN.....	23
8.1. Fechas.....	24
8.2. Prescripciones y recetas a registrar	25
8.3. Registro de la posología	25
8.4. Cambios de posología	27
8.5. Origen de la prescripción	28
8.6. Recetas	29
8.7. Anotaciones sobre medicación.....	30
8.8. Registro de la medicación de nuevos pacientes	32
9. INFORMES DE ESPECIALISTAS Y DE SERVICIOS DE URGENCIAS	33
10. INGRESOS	35
11. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	36
12. VACUNACIONES E INMUNIZACIONES	37
13. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	38
14. EMBARAZOS	39
15. FALLECIMIENTOS	43
16. DATOS COMPLEMENTARIOS (LOS “DGP” o “DATOS GENERALES DEL PACIENTE”).....	45
16.1. Etiquetado de campos en los protocolos	45

1. NOTAS PRELIMINARES

La presente guía va dirigida principalmente a los **médicos generales y pediatras de atención primaria (AP)** que quieran ser colaboradores del Proyecto BIFAP. A lo largo de sus páginas se recogen las normas y consejos básicos para registrar la información de los pacientes de manera que resulte adecuada para la atención primaria y al mismo tiempo válida para su uso en investigación farmacoepidemiológica.

En los distintos apartados de esta guía **se abordan problemas de registro** que sin duda se habrán planteado muchos médicos antes de ser colaboradores del proyecto. Para los médicos colaboradores puede resultar muy **ventajoso** adherirse a las líneas trazadas en esta guía: unos **registros homogéneos y que estén fechados y codificados con precisión** van a ser siempre más fiables, más rápidos de consultar, y de mayor utilidad para su explotación en atención primaria.

La **adaptación a la sistemática de registro propuesta podrá hacerse paulatinamente**. Se trata más bien de que los colaboradores vayan **habituándose a seguir la guía durante su trabajo** hasta conseguir un **nivel aceptable** de registro (**por encima del 80-90% de los diagnósticos realizados y los medicamentos prescritos**).

La presente guía **no es un manual de uso de OMI-AP**, y de hecho, hay apartados de éste, como la incapacidad temporal, que ni siquiera se mencionan.

Para conocer los detalles de OMI-AP, el médico debe acudir a otros manuales (como p. ej., la serie de fascículos «*OMI-A Pequeñas dosis*», que se puede conseguir a través de <http://www.infodoctor.org/greco/omiapeq/omi-apeq.htm>, y cuya lectura es muy recomendable para todo médico que vaya a utilizar este programa).

Durante la consulta conviene tener **siempre a mano un ejemplar** de la guía por si surgen dudas sobre cómo introducir algún dato concreto. Para que el registro de los datos sea fluido sin tener que recurrir continuamente a la guía, interesa dominar cuanto antes los registros más frecuentes (“episodios”, prescripciones y recetas, “cursos descriptivos” en texto libre, etc.). Por el contrario, resultará bastante normal y aceptable pararse a consultar en la guía la forma de registrar datos poco habituales (p. ej., los datos a introducir en la historia de una paciente que ha tenido un niño). Además del ejemplar impreso, se recomienda tener la **guía accesible a través del escritorio** de Windows en formato HTML. Al igual que el dossier del Proyecto BIFAP, la guía se puede descargar desde <http://www.bifap.org>

Por supuesto, es **importante que los médicos colaboradores faciliten** la guía a sus **suplentes**, enfermeras y en su caso, a los **médicos residentes** que estén bajo su tutela, y que los animen a seguirla con constancia. En general, es importante que los médicos colaboradores **informen de su participación en el Proyecto BIFAP a otros médicos y enfermeras del mismo equipo de atención primaria**, y que les den a conocer la sistemática de registro que se indica en la guía. Esto se debe a que en muchos centros no es nada excepcional que estos profesionales introduzcan datos en las historias de pacientes ajenos atendidos sin cita previa, y durante las suplencias “internas” (o sea, las que se realizan repartiendo el trabajo entre los médicos del propio equipo

A lo largo de las siguientes páginas se han incluido **dos tipos de recuadros**, con distinta finalidad:

➤ **Recuadros sombreados:**

Recogen consejos, normas y advertencias de especial importancia para la calidad de los registros.

➤ **Recuadros sin sombrear y con texto en cursiva:**

Justifican desde el punto de vista epidemiológico las recomendaciones de registro propuestas en la guía.

En numerosos ejemplos se emplean nombres reales de especialidades farmacéuticas con el fin de hacerlos más comprensibles. Algunos términos (p. ej., “episodio”, “curso descriptivo”, “datos generales del paciente”) figuran entre comillas cuando se emplean con el mismo significado que en OMI-AP. Además, el nombre de las ventanas va entre corchetes, si es así como aparece en sus correspondientes barras identificativas, y las denominaciones de ventanas, apartados y campos pueden contener palabras con mayúscula inicial si aparecen así en pantalla. En general, los nombres de los “episodios” que figuran en los ejemplos van escritos en mayúsculas y sin modificar los descriptores facilitados por el Asistente CIAP del programa.

2. PROPÓSITO Y JUSTIFICACIÓN DE ESTA GUÍA

El principal propósito de esta guía es **orientar en todo momento a los médicos colaboradores del Proyecto BIFAP en el registro de la información de sus pacientes.**

La información que se requiere para BIFAP forma parte de la que se maneja de forma habitual en atención primaria. Además, el programa OMI-AP permite registrar una buena parte de la información de los pacientes de una manera sencilla y a la vez compatible con los requisitos del proyecto. No obstante, **algunos datos no tienen en OMI-AP un apartado específico** (p. ej., la medicación que no precisa receta oficial del Sistema Nacional de Salud) **y otros se registran con cierta frecuencia de forma imprecisa o utilizando las opciones que el programa da por defecto** (p. ej., las fechas de los “episodios”). La presente guía viene justificada especialmente por la necesidad de establecer una sistemática de registro de estos datos y por la conveniencia de explicar **algunas funciones del programa** (p. ej., la codificación de “episodios”, la asignación de fecha a las prescripciones, o el etiquetado de campos en los protocolos).

Evidentemente, si la información clínica de los pacientes se registra sistemáticamente de forma detallada, ordenada y lógica, su utilización en estudios epidemiológicos va a resultar mucho más eficiente, y las conclusiones que se saquen de estos estudios van a tener mucha mayor validez, que si el registro de la información se hace de manera superficial, desordenada o incompleta.

3. RECOMENDACIONES GENERALES PARA UN BUEN REGISTRO

Como conocen sus usuarios, el programa OMI-AP permite una gran flexibilidad para introducir información, pues ésta puede registrarse a partir de distintas ventanas. Naturalmente, para registrar la información de un modo ágil es importante familiarizarse con los principales apartados de OMI-AP: *Agenda, Lista Pendientes Profesional, Tapiz, Apuntes, Episodios, Asistente CIAP, Curso clínico, Prescripciones, Órdenes clínicas, etc.*

Además, **para mantener un buen registro de forma continuada en el Proyecto BIFAP** es importante:

➤ **Fechar los datos con la máxima precisión que sea posible.** La correcta referencia temporal de la información es un aspecto en el que siempre hay que insistir. Todos los usuarios del OMI-AP saben que es muy fácil dejarse llevar en un momento de sobrecarga o retraso durante la consulta, y empezar a registrar con la fecha que el programa da por defecto. Fechar correctamente los contactos con los pacientes, el inicio de los síntomas, y en general cualquier dato clínico, no sólo es importante de cara a la investigación epidemiológica, sino que además le sirve al propio médico para orientarse mejor cuando consulta sus propios registros. Cuando no es posible precisar la fecha de inicio de un proceso, es importante anotar al menos su duración aproximada, y lo mismo cabe decir de la medicación utilizada por los pacientes.

➤ **Registrar habitualmente todos los síntomas, acontecimientos clínicos y enfermedades,** no solamente las enfermedades graves, los procesos crónicos o los que motivan prescripciones o pruebas complementarias.

➤ **Registrar los problemas de salud de la manera más específica que sea posible.**

Registrar la información clínica relevante que esté bien documentada, independientemente del nivel de atención o del ámbito de la medicina del que provenga. Naturalmente, no se trata de registrar todo lo que venga en los informes clínicos sino de seleccionar los datos esenciales e introducirlos en los apartados apropiados del programa.

➤ **No duplicar información**

➤ **Registrar puntualmente los datos esenciales que no se hayan podido introducir durante los contactos clínicos** por el motivo o contingencia que sea (visitas a domicilio, fallos del sistema,...).

4. DATOS DEMOGRÁFICOS Y ADMINISTRATIVOS

Generalmente, el registro de los datos de la Ficha del Paciente no le corresponde a los médicos colaboradores sino al personal administrativo, aunque cada vez es más habitual registrarlos de manera automatizada a partir de una base de datos de usuarios del correspondiente servicio de salud. Los datos esenciales de este apartado son los siguientes:

- Datos demográficos de los pacientes (**sexo** y **fecha de nacimiento**).
- **Tipo de paciente** (TIS, Desplazado, Inactivo,...). Corresponde a la situación administrativa del paciente con respecto al equipo de atención primaria. Se encuentra en la Ficha del Paciente, pestaña Datos administrativos.
- **Causa de paso a «Inactivo»** del paciente. En algunas versiones, se puede marcar como causa una entre varias opciones (Defunción, Duplicado o Traslado). El modelo de datos administrativos puede variar, y en algunas versiones los pacientes activos sólo constan como «TIS» o como «No TIS». Cuando esto sucede, el registro de los desplazados pasa automáticamente a inactivo después de un tiempo preestablecido.

Un aspecto importante de los registros administrativos es la necesidad de **evitar al máximo la duplicación de pacientes** y de **eliminar las historias duplicadas** que se abran inadvertidamente.

La forma más práctica de detectar historias duplicadas es sacar un **listado de los pacientes según la fecha de nacimiento** (que rara vez contiene errores de registro). A través de semejante lista es muy sencillo comprobar si los pacientes con igual fecha de nacimiento son pacientes duplicados o no.

Las historias duplicadas que se detecten pueden contener información importante sobre alergias, diagnósticos, prescripciones y datos complementarios. Para que no se “pierda” información cuando una historia duplicada se inactiva y se pasa al archivo histórico, lo más sencillo es realizar una fusión automatizada de registros. La capacidad de fusionar corresponde en muchos centros a los administrativos y supervisores, y está vedada a los usuarios normales del programa.

5. ENFERMEDADES, ACONTECIMIENTOS CLÍNICOS, FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD (LOS “EPISODIOS”)

En el programa OMI-AP, las enfermedades y problemas de salud se engloban bajo el término “episodios”, que equivale a lo que en la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) se denomina «episodio de atención» (problema de salud o enfermedad desde el primer hasta el último contacto con un profesional sanitario). Generalmente, el programa permite denominar y codificar con bastante especificidad la mayor parte de los “episodios”, ya que utiliza una codificación según la CIAP y una segunda codificación opcional según la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, versión décima).

La información relativa a los procesos y problemas de salud se registra a través de la ventana [Episodios-...]. En OMI-AP, los “episodios” de cada paciente representan la parte esencial de la información diagnóstica, y además, cada “episodio” va a ser el asiento de otros datos importantes a través de los llamados “cursos descriptivos” (prescripciones, pruebas complementarias solicitadas, interconsultas, notas en texto libre, etc.). Cada “curso descriptivo” va a ir vinculado a un “episodio”.

5.1. Fecha del “episodio”

Cuando se abra un **nuevo “episodio”**, se le asignará la fecha en la que han aparecido los **primeros síntomas atribuibles a ese “episodio”**. Si el “episodio” es **asintomático** se le asignará la **fecha del hallazgo que lleva al diagnóstico** (p. ej., una serología positiva para el VHB).

La fecha a asignar a un “episodio” no tiene por qué coincidir con la fecha en la que se registra, ni con la fecha del primer contacto por ese “episodio” con el médico colaborador –o con otros médicos–, y, por supuesto, tampoco con la fecha del diagnóstico.











Siempre hay que intentar registrar la **fecha de inicio de un nuevo “episodio” con la máxima precisión que sea posible**, y es especialmente importante asignar a los **episodios agudos graves o potencialmente graves la fecha en que realmente se han iniciado**.

Desde luego, lo ideal sería no asignar nunca a los “episodios” iniciados en fecha previa la fecha por defecto. Sin embargo, **cuando no sea posible asignar al “episodio” una fecha fiable** es lícito utilizar la fecha por defecto, pero anotando siempre a continuación su **duración o fecha de inicio aproximada** –o en su caso, indicando que es **desconocida**– a través de un **“curso descriptivo” en texto libre**.

Por otra parte, el programa OMI-AP permite **corregir la fecha asignada a un “episodio”** a través de la ventana Gestión Episodio, (clicar con el botón derecho del ratón) y no hay que

dudar en hacerlo, **si así se precisa mejor su inicio real** (p. ej., porque el paciente aporta un informe que revela una fecha distinta a la que está registrada).

Ejemplos de fechas correctamente asignadas a un “episodio”:

- 

14/03/1999 - ENFERMEDAD OSGOOD-SCHLATTER, DE NC
 17/03/1999 - 1 - Dolor tub. tibial izq y cojea ligeramente hace 3 días.
- 

29/02/2000 - HERPES ZOSTER [CUALQUIER LOC.]
 4/03/2000 - 1 - dolor cost dcho 4 d, erupción ayer
- 

15/10/2001 - NEVUS PIGMENTADO
 15/10/2001 - 1 - Ignora cuándo ha aparecido, espalda, aspecto feo
- 

12/12/2000 - EDEMA MIEMBROS INF
 12/12/2000 - 1 - inicio desconocido
- 

29/08/2001 - HIPERCOLESTEROLEMIA
 29/08/2001 - 1 - Diagn en su empresa hace 10 -12 años.
 Le recomendaron dieta.
 Confirmado en perfil lipidico actual.

En el subapartado 5.4 aparecen otros ejemplos de asignación de fecha a “episodios” que corresponden a diagnósticos.

5.2. Descriptores y códigos de los “episodios”

Cada “episodio” va a llevar un **descriptor** y un **código CIAP** (en general con la posibilidad opcional de asociarle a éste un segundo código CIE-10).

El Asistente CIAP se emplea para asignar descriptor y código a los “episodios”. Como es lógico, hay que escoger el **descriptor que mejor se ajuste al problema de salud o enfermedad**. En el momento de la apertura de un nuevo “episodio” es normal recurrir a descriptores correspondientes a signos o síntomas si no se tiene suficiente seguridad en el diagnóstico (en el apartado 5.4 se explica el valor que tiene conservar estos “episodios” aunque se llegue a un diagnóstico más específico). Naturalmente, cuando se use como descriptor un síntoma, se debe seleccionar el principal, y si hay varios posibles, el menos subjetivo o el más orientativo para el proceso diagnóstico (el síntoma guía). Si, como en tantas ocasiones, el “episodio” es autolimitado, y no se llega a un diagnóstico, es correcto que su descriptor sea un síntoma (p. ej., fiebre o tos), pero no que sea un diagnóstico sin confirmar.

Es fundamental **registrar los “episodios” de la manera más específica que permita el programa.**

En el Asistente CIAP suele haber varios descriptores para cada código CIAP, lo que permite hacer un registro más específico de los “episodios”. No obstante, cuando se intenta asignar a los “episodios” diagnósticos específicos (p. ej., al extraer algunos informes clínicos), los

descriptores CIAP pueden resultar algo limitados para la denominación de algunos “episodios”.

En algunas ocasiones, los **descriptores que ofrece el programa no reflejan el diagnóstico específico** al que se ha llegado. En esos casos, se debe **anotar el diagnóstico específico como “curso descriptivo” en texto libre**. P. ej.:



En el anterior ejemplo se refleja el **modo preferible de anotar la localización anatómica** de la enfermedad, si bien es **aceptable** que la **localización y alguna otra especificación diagnóstica** se introduzcan en términos muy breves en el campo Descripción del “episodio”, **añadiéndolos a continuación del descriptor elegido (no al inicio) sin modificar su texto original** (es decir manteniendo el descriptor tal como lo facilita el Asistente CIAP).

En el siguiente ejemplo –y en otros ejemplos de la guía– el texto añadido al descriptor se muestra en **negrita**:

L80 – LUXACION (ARTICULAC.) ROTULA **DE REPETICIÓN, BILAT**

La recomendación de **no modificar los descriptores** se debe a que si se alteran se puede desvirtuar la relación original entre el descriptor y el código del “episodio”. Esto sucede, p. ej., si se abre un “episodio” R84 – NEOPLASIA MALIGNA PULMON, y a continuación se borra este descriptor y se sustituye por METÁSTASIS PULMONARES DE C. PRÓSTATA.

5.3. “Índice de severidad”

Cuando se abra un **nuevo “episodio”** podrá puntuar su **“índice de severidad”** a través de la ventana Gestión Episodios (el programa se puede configurar de tal modo que resulte obligado puntuar este índice en el momento de abrir el “episodio”).

Los criterios de puntuación del “índice de severidad” están visibles en pantalla. P. ej., a una intolerancia a los carbohidratos le correspondería un 2 (requiere seguimiento):

Índice Severidad

<p><input checked="" type="radio"/> 0 Sin clasificar</p> <p><input type="radio"/> 1 Normal o Leve (No necesita seguimiento) <i>Funcionamiento normal</i></p> <p><input type="radio"/> 2 Severidad moderada (Precisa seguimiento) <i>Problemas que no interfieren con la atención y tratamiento</i></p>	<p><input type="radio"/> 3 Severo (Precisa siempre protocolización) <i>Problemas que interfieren con la atención y tratamiento</i></p> <p><input type="radio"/> 4 Muy severo (Se plantea el ingreso del Paciente) <i>Ausencia autonomía (Imposibilidad seguir tratamiento recomendado)</i></p>
--	--

Tipo de Episodio

Normal
 Reservado
 Yo mismo

En caso de duda al calificar un “episodio”, **es más correcto poner 0 (Sin clasificar) que dejarlo como 1 (Normal o Leve)**, que es la puntuación que por defecto aparece con la configuración habitual del programa.


El “índice de severidad” se refiere no sólo a la gravedad en términos de riesgo vital o de secuelas, sino también a la complejidad en la atención y el tratamiento del “episodio”. P. ej., una sepsis meningocócica y una apendicitis no complicada no son igual de graves pero ambas merecen un 4 (requieren ingreso).


5.4. Diagnósticos

En general, se deben registrar **como “episodios” los diagnósticos confirmados y los muy probables** aunque no se llegue a una confirmación absoluta (p. ej., ENFERMEDAD ALZHEIMER NC, en paciente demenciada de 48 años, cuando la exploración y las pruebas complementarias no apoyan otro diagnóstico).

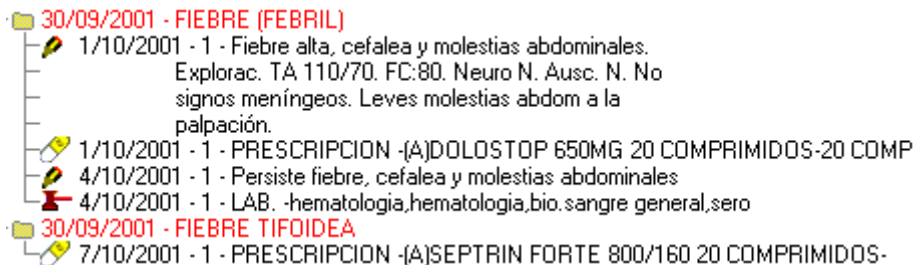
Naturalmente, es importante registrar también los diagnósticos de confirmación realizados por otros médicos. Los **diagnósticos de trabajo y los no confirmados** se registrarán a través de **“cursos descriptivos” en texto libre dentro de un “episodio” adecuado al caso** (p. ej., el correspondiente al síntoma principal), y utilizando términos como «Posible», «Probable», «A descartar», etc., que dejen claro que no se trata de diagnósticos confirmados.

Otra posibilidad es **vincular tales “cursos descriptivos” a un “episodio” PENDIENTE**.

Este tipo de “episodios” se generan a través del botón  del Asistente CIAP, y no llevan código. Por consiguiente, siempre que se abra un “episodio” PENDIENTE hay que procurar identificarlo adecuadamente cuando se confirme su diagnóstico, modificándolo a través del Asistente CIAP.

La función “Agrupar” (botón  de la pantalla [Episodios-...]) se emplea para englobar la información de un “episodio” dentro de otro cuando se concluye que **en realidad son el mismo**. Al “agrupar”, los “cursos descriptivos” del “episodio” pasan a depender del “episodio” destino, al igual que el nombre del “episodio”, que se convierte en un “curso descriptivo” textual. El **inconveniente de “agrupar” un “episodio”** es que su **código se “pierde” para la exportación de datos**. Los “episodios” agrupados suelen ser síntomas inespecíficos que tienen valor epidemiológico, pues a menudo no es sencillo concluir si son síntomas propios del proceso en el que se van a “agrupar”, síntomas de otros procesos concomitantes, o síntomas debidos a medicamentos u otros factores. En consecuencia, se recomienda **no recurrir a la “agrupación” de síntomas si su origen no está del todo claro**. Además, **cuando del “episodio” dependen prescripciones es recomendable no “agrupar”**, pues sería como desvincular las prescripciones de su indicación original, y puede no quedar claro, por ejemplo, si un medicamento con codeína se ha prescrito como antitusígeno o como analgésico, si un paracetamol se ha indicado por dolor o por fiebre, etc.

La consecuencia de no “agrupar” síntomas a diagnósticos es que con frecuencia dos “episodios” distintos van a corresponder a una sola enfermedad. Cuando no haya duda a este respecto, los dos “episodios” deben llevar la misma fecha. Ejemplo:



Cuando quepan dudas sobre si dos “episodios” diferentes corresponden al mismo proceso, lo normal va a ser reflejarlo en “cursos descriptivos” en texto libre, y la fecha del “episodio” relativo al diagnóstico será distinta a la del “episodio” relativo al síntoma.

La recomendación de evitar la “agrupación” de “episodios” sólo es aplicable a síntomas, signos y síndromes para los que se alcanza un diagnóstico fiable. Sin embargo, “agrupar” es una buena opción para:

- Conservar los “cursos descriptivos” vinculados a “episodios” que corresponden a diagnósticos descartados (como se ha indicado, lo ideal sería no haber llegado a abrir estos “episodios”). Cuando la “agrupación” se hace con este fin, es importante anotar en el propio “curso descriptivo” en que se convierte el descriptor del “episodio” agrupado que se trata de un diagnóstico descartado. Naturalmente, esto es lógico hacerlo si coexisten a un mismo tiempo un “episodio” que no refleja el diagnóstico de confirmación y otro que sí. Por el contrario, si no se ha llegado a abrir un “episodio” que refleje específicamente el diagnóstico de confirmación, lo más lógico es sustituir directamente el descriptor y su código por los que sean más adecuados (sin entretenerse en abrir un nuevo “episodio” al que “agrupar”), y reseñar el cambio de diagnóstico a través de un “curso descriptivo” en texto libre.
- Eliminar “episodios” duplicados originados por fusión de historias duplicadas (v. apartado 4).

Al “agrupar” es conveniente mantener el texto del descriptor original del “episodio”, y añadir las anotaciones que sean pertinentes:



Ejemplos de registros correctos e incorrectos de “episodios”:

“EPISODIO”	Texto libre	
DOLOR NC – A01	Dolor abdominal difuso	INCORRECTO
DOLOR ABDOMEN GENERALIZADO NC – D01	Dolor abdominal difuso	CORRECTO

El descriptor incorrecto es excesivamente inespecífico.
 El descriptor correcto es bastante más específico –o si se prefiere, menos inespecífico–, ya que incluye la localización anatómica, y resulta adecuado para este “episodio” al no haberse llegado a ningún diagnóstico más preciso.

“EPISODIO”	Texto libre	
ABDOMEN AGUDO – D01	Invaginación intestinal resuelta con enema	INCORRECTO
INVAGINACION INTESTINAL – D99	Invaginación intestinal resuelta con enema	CORRECTO

El descriptor incorrecto es relativamente específico, pero no es el más específico.
 El descriptor correcto es el específico para el diagnóstico.

“EPISODIO”	Texto libre	
ABDOMINAL DISCONFORT – D01	Desde hace 3 d fiebre (de hasta 39), malestar y sudoración. Ayer molestias abdominales pasajeras.	INCORRECTO
PIEBRE (FEBRIL) – A03	Desde hace 3 d fiebre (de hasta 39), malestar y sudoración. Ayer molestias abdominales pasajeras.	CORRECTO

El descriptor incorrecto es un síntoma transitorio.
 El descriptor correcto es un síntoma más constante desde el inicio de la enfermedad y más fácil de objetivar.

“EPISODIO”	Texto libre	
ASTENIA – A04	1 mes con astenia, tos, febrícula, 3-5 deposics/día, adenopatía cervical izq, auscultación: soplo sistólico I/IV, MV normal. Temperatura ax.: 37,9	INCORRECTO
PENDIENTE	1 mes con astenia, tos, febrícula, 3-5 deposics/día, adenopatía cervical izq, auscultación: soplo sistólico I/IV, MV normal. Temperatura ax.: 37,9	CORRECTO

El descriptor incorrecto es muy inespecífico.
 Al existir varios signos (adenopatía, febrícula, soplo) resulta adecuado abrir el “episodio” como PENDIENTE (y reemplazarlo por uno específico cuando se llegue al diagnóstico de la enfermedad).

“EPISODIO”	Texto libre	
ESENCIAL, HIPERTENSIÓN BENIGNA – K86	Ecocardio: HVI	INCORRECTO
HTA (COMPL.) – K87	Ecocardio: HVI	CORRECTO (ACEPTABLE)
HIPERTEN., HIPERTENSIVO CON HIPERT. DEL VENTR. IZQUIERDO – K87	Ecocardio: HVI	CORRECTO (PREFERIBLE)
<p>El primer descriptor es incorrecto porque se refiere a la hipertensión sin afectación de órganos diana.</p> <p>Los descriptores con código CIAP K87 se refieren a la hipertensión con afectación orgánica secundaria y por eso son adecuados para este “episodio”.</p> <p>En general, si ya existe un “episodio” previo de hipertensión esencial benigna, es importante conservarlo y abrir uno nuevo con código K87.</p>		

“EPISODIO”	Texto libre	
COLICO RENAL – U95	Dudoso cólico nefrítico. El dolor es de tipo mecánico.	INCORRECTO
DOLOR FLANCO NC – L05	Dudoso cólico nefrítico. El dolor es de tipo mecánico.	CORRECTO
<p>El descriptor incorrecto corresponde a un diagnóstico poco probable.</p> <p>El descriptor correcto es bastante inespecífico, pero se debe mantener como “episodio” si el síntoma es autolimitado, si no se llega a un diagnóstico más específico, o si de él dependen prescripciones u otros “cursos descriptivos” (en éste último caso, aunque se confirme un diagnóstico específico).</p>		

“EPISODIO”	Texto libre	
NEOPLASIA MALIGNA MAMA FEMENINA – X76	Posible Ca. Nódulo duro en CSI de MD y adenop axila dcha	INCORRECTO
MASA, MAMARIA (FEMENINA) NC – X19	Posible Ca. Nódulo duro en CSI de MD y adenop axila dcha	CORRECTO
<p>El descriptor incorrecto corresponde a un diagnóstico no confirmado.</p> <p>El descriptor correcto es adecuado en el momento de la apertura del “episodio” (si se confirmara un cáncer de mama sería correcto sustituir este descriptor y su código por los anteriores).</p>		

“EPISODIO”	Texto libre	
CONVULSIONES (NC) – N07	Sd. de Lennox-Gastaut	INCORRECTO
EPILEPSIA (CUALQUIER TIPO) – N88	Sd. de Lennox-Gastaut	CORRECTO
<p>El descriptor incorrecto es inespecífico.</p> <p>El descriptor correcto es más específico. El diagnóstico se registra a través de una anotación al no haber ningún descriptor CIAP ni CIE-9 específico para este diagnóstico.</p>		

“EPISODIO”	Texto libre	
NEUMONIA BACTERIANA (DEMOST. / PROB.) – R81	Hemocultivo: H.influenzae	CORRECTO (ACCEPTABLE)
NEUMONIA HAEMOPHILUS INFLUENZAE – R81 / 482.2	Hemocultivo: H.influenzae	CORRECTO (PREFERIBLE)
La segunda opción es preferible, al haberse llegado a un diagnóstico microbiológico específico.		

5.5. Información diagnóstica de los nuevos pacientes

Cuando se registra la **información diagnóstica de los nuevos pacientes**, hay que introducir como **“episodios” todas sus enfermedades crónicas y recurrentes**, y por supuesto todas las **que precisen tratamiento o seguimiento** (p. ej., cardiopatía isquémica, asma, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer de colon, migraña, neurosis de ansiedad, taquicardia supraventricular paroxística)

Las **enfermedades pasadas y propias de la infancia**, las **intervenciones quirúrgicas previas**, los **antecedentes ginecológicos u obstétricos**, los **antecedentes familiares**, las **alergias**, y las **reacciones adversas a medicamentos**, se registrarán en el correspondiente subapartado de la **ventana** y no en el apartado de “episodios”, que se reservará para las enfermedades y procesos activos.

Los “episodios” y sus códigos CIAP también se pueden arrastrar al apartado Condicionantes y Problemas, que se reserva para aquellos factores y enfermedades que condicionan el pronóstico, el seguimiento, la actitud clínica, el cumplimiento terapéutico, etc.

6. “CURSOS DESCRIPTIVOS” EN TEXTO LIBRE

En general, los “ **cursos descriptivos**” en texto libre se emplearán para introducir **cualquier información relativa a un “episodio” que no se pueda introducir a través de otros tipos de “cursos descriptivos”** (Prescripciones, Órdenes Clínicas, Protocolos, etc.).

Se van a exportar los primeros 4000 espacios de cada “curso descriptivo” en texto libre. Es recomendable realizar anotaciones breves.

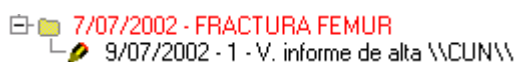
Los “ **cursos descriptivos**” en texto libre se pueden emplear para recoger los siguientes tipos de datos:

- **Datos de anamnesis relativos a un “episodio” actual** Así, la **automedicación y cualquier medicación que refiera haber empleado el paciente por una enfermedad o síntoma actuales** (v. el apartado 8.7). En la medida de lo posible se recogerá la dosis empleada y el periodo de uso de la medicación.
- Indicación de que la **fecha de inicio de un “episodio” o de una prescripción es aproximada o desconocida**.
- **Datos de prescripción de medicamentos que no se puedan registrar a través de Prescripciones** por no estar incluida la especialidad prescrita en el vademécum del programa (v. apartado 8.7).
- Datos relevantes de **exploración**.
- **Resultados significativos de pruebas complementarias** que no deriven de una orden clínica o de una interconsulta y que no se puedan introducir a través de un protocolo como “datos generales del paciente” (“DGP”). Las condiciones para no “perder” información introducida a través de un protocolo se explican en el apartado 16.1.
- **Datos diagnósticos que no se pueden registrar como “episodios”**, p. ej., «sd de preexcitación», como anotación dependiente de un “episodio” TAQUICARDIA PAROXISTICA SUPRAVENTRICULAR NC (o de ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS si se trata de un paciente asintomático). En el presente ejemplo, otras alternativas válidas serían introducir el dato como resultado de un ECG a través de Órdenes Clínicas (v. el apartado 11), registrarlo en Condicionantes y Problemas, o bien registrarlo como “DGP” a través de un protocolo (v. el apartado 16.1).
- **Datos de informes clínicos que no se puedan registrar en apartados específicos** (Episodios, Prescripciones, Órdenes Clínicas).

Usos de los “cursos descriptivos” en texto libre que hay que evitar:

- Utilizarlos como cajón de sastre para **introducir datos para los que existe una sistemática** de registro. En general, **no se registrarán así resultados numéricos de análisis clínicos, datos antropométricos ni constantes vitales**, que son “DGP” (v. el apartado 16).
- **Escribir anotaciones excesivamente largas**
- **Introducir datos identificativos o que puedan comprometer la confidencialidad**, como son direcciones, localidades, nombres de familiares, médicos privados, hospitales, etc.

En cualquier caso, si se estima necesario incluir en las anotaciones **datos que comprometan la confidencialidad**, éstos deben ir **entre dobles barras de separación**: «... \\ dato \\ ...». Ejemplo:



Este procedimiento va a permitir suprimir estos datos de manera automatizada. Es importante tener en cuenta que **si la señal “\\” se pone una sola vez, se “perderá” todo lo que se anote a partir de ese punto.**

Ejemplos de anotación correcta e incorrecta de datos que pueden comprometer la confidencialidad:

Texto libre	Texto en BIFAP	¿CORRECTO?
Enviado ambulancia Urgencias H. Ramón y Cajal	Enviado ambulancia Urgencias H. Ramón y Cajal	NO
Enviado a Urgs \\ Arrixaca \\ en ambulancia	Enviado a Urgs en ambulancia	SÍ
Visto por ped. privado (Dr. León)	Visto por ped. privado (Dr. León)	NO
Salvapén, Urbasón y Fluimucil en aerosol recomendado por dr \\ Petroff	Salvapén, Urbasón y Fluimucil en aerosol recomendado por dr	SÍ

Los “cursos descriptivos” en texto libre, y en general cualquier anotación clínica, tienen valor para incluir o excluir finalmente en los estudios a los **pacientes seleccionados**, y además pueden tener que consultarlas otros médicos y enfermeras del propio equipo o suplentes. Por eso nunca está de más recordar la importancia que tiene escribirlas en **términos claros y concisos (valen las abreviaturas siempre que no sean equívocas).**

7. CONTACTOS CLÍNICOS

Los **contactos con pacientes en los que se obtienen o se generan datos de interés clínico** van a quedar reflejados normalmente a través de **“cursos descriptivos” en texto libre, peticiones de pruebas, interconsultas, etc.** Algunos contactos significativos no se producen en la consulta, sino en **visitas a domicilio**, por **teléfono**, o con **terceras personas** (p. ej., familiares, otros médicos,...). En general, no hay que reseñar los contactos que no impliquen nuevos “cursos descriptivos” (p. ej., si únicamente se entregan recetas de una prescripción previa, basta con queden registradas las recetas), y los problemas de los pacientes referidos por terceras personas no deben quedar registrados como nuevos “episodios” hasta que no se produzca de algún modo su confirmación (se pueden recoger provisionalmente a través de un “Flash Médico” recordatorio, o bien, en el subapartado C.G. de Pendientes).

La mayor parte de los contactos se producen en consulta, y la mayor parte de los “cursos descriptivos” se abren durante estos contactos. Por eso, sólo habrá que **asignar a los “cursos descriptivos” una fecha distinta** a la que el programa da por defecto cuando correspondan a **contactos que tuvieron lugar en fecha previa y no pudieron quedar registrados entonces por el motivo que fuera** (p. ej., avisos a domicilio a última hora, fallos del sistema,...).

Hasta el mejor de los sistemas puede fallar alguna vez (por **bloqueo, avería de algún componente, apagones**,...). En estos casos es aconsejable anotar los datos básicos de los contactos y registrarlos a través del programa cuando el sistema vuelva a funcionar.

En los avisos a domicilio y fallos del sistema se suelen hacer **recetas de talonario**. El registro de las recetas de talonario se puede hacer mediante **“cursos descriptivos” en texto libre**, o bien, si es través del apartado Prescripciones, **aceptando la orden de impresión con la impresora apagada o desconectada**, truco que también se puede poner en práctica durante la consulta cuando está averiada la impresora pero el programa funciona con normalidad (v. el apartado 8.6).

Durante los contactos, los síntomas crónicos y recurrentes se suelen recoger a través “cursos descriptivos” en texto libre.

La aparición de **un nuevo síntoma no implica necesariamente un nuevo “episodio”**, ya que puede corresponder a un “episodio” abierto previamente.

Sin embargo, se debe registrar como **nuevo “episodio” el síntoma o signo de debut de una nueva enfermedad** si el Asistente CIAP lo permite y no se ha confirmado su diagnóstico.

El registro de un **nuevo síntoma o signo** se puede realizar de tres formas distintas:

1ª) Como **anotación en texto libre** dependiente de un “episodio” (nuevo o preexistente, según proceda). Ejemplo:

Texto libre							
Fecha	2/02/2000						
Descripción	Disnea parox noct aprox 1 sem						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/01/1970</td> <td>ESTENOSIS MITRAL (REUM.)</td> </tr> <tr> <td>3/03/1997</td> <td>HTA (NO COMPL.)</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Descripción	1/01/1970	ESTENOSIS MITRAL (REUM.)	3/03/1997	HTA (NO COMPL.)
Fecha	Descripción						
1/01/1970	ESTENOSIS MITRAL (REUM.)						
3/03/1997	HTA (NO COMPL.)						

2ª) Como **nuevo “episodio”** (p. ej., ICTERICIA – D13 ó DISNEA – R02) si no corresponden a un “episodio” previo, sino a una nueva enfermedad. Ejemplo:

Texto libre							
Fecha	2/02/2000						
Descripción	DPN desde hace 6 o 7 noches. Ausc. Sopro presistólico (EM?). Pido Rx T urg						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3/03/1997</td> <td>HTA (NO COMPL.)</td> </tr> <tr> <td>25/01/2000</td> <td>DISNEA</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Descripción	3/03/1997	HTA (NO COMPL.)	25/01/2000	DISNEA
Fecha	Descripción						
3/03/1997	HTA (NO COMPL.)						
25/01/2000	DISNEA						

3ª) Como **“episodio” PENDIENTE**. Ejemplo:

Texto libre							
Fecha	2/02/2000						
Descripción	DPN desde hace 6 ó 7 noches. Ausc: soplo presistólico (EM?) Pido ECG y Rx T urg						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25/01/2000</td> <td>PENDIENTE</td> </tr> <tr> <td>3/03/1997</td> <td>HTA (NO COMPL.)</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Descripción	25/01/2000	PENDIENTE	3/03/1997	HTA (NO COMPL.)
Fecha	Descripción						
25/01/2000	PENDIENTE						
3/03/1997	HTA (NO COMPL.)						

Como ya se ha indicado, es importante **no abusar de la apertura de este tipo de “episodios”**, y recurrir a ellos únicamente ante procesos con varios síntomas en los que exista incertidumbre diagnóstica, y que por su entidad requieran un diagnóstico más preciso. En todo caso, si se opta por abrir un “episodio” PENDIENTE hay que estar atentos a su **posterior recalificación** cuando se confirme su diagnóstico.

En los tres ejemplos anteriores, la fecha del “curso descriptivo” (2/02/2000) corresponde a la fecha del contacto.

Ejemplos de “episodios” y contactos clínicos fechados correcta e incorrectamente:

Contacto mantenido el 3/10/2001	<ul style="list-style-type: none"> 30/09/2001 - FIEBRE (FEBRIL) 3/10/2001 - 1 - 4ª d fiebre alta, cefalea, mialgias y artralgias. No síntomas resp. Expl. anodina. No meningeos...
<p>Ambas fechas son correctas, pues indican con precisión el inicio del “episodio” y la fecha del contacto clínico.</p>	

Contacto mantenido el 3/10/2001	<ul style="list-style-type: none"> 3/10/2001 - FIEBRE (FEBRIL) 3/10/2001 - 1 - 4ª d fiebre alta, cefalea, mialgias y artralgias. No síntomas resp. Expl. anodina. No meningeos...
<p>La fecha del “episodio” es incorrecta, puesto que no corresponde a su inicio. La fecha del “curso descriptivo” es correcta, pues refleja cuando se produce el contacto.</p>	

Contacto mantenido el 3/10/2001 y registro realizado al día siguiente	<ul style="list-style-type: none"> 30/09/2001 - FIEBRE (FEBRIL) 4/10/2001 - 1 - Aviso a domicilio ayer. Fiebre, tos, expectoración y malestar...
<p>La fecha del “curso descriptivo” es incorrecta, ya que no corresponde a la fecha en que se produce el contacto (la fecha correcta sería el 3/10/2001, pero en tal caso sobraría la palabra «ayer» en la anotación). Sólo en situaciones como ésta habría que cambiar la fecha del “curso descriptivo” a otra distinta de la actual.</p>	

Contactos mantenidos los días 1/10, 3/10 y 7/10 de 2001	<ul style="list-style-type: none"> 30/09/2001 - FIEBRE (FEBRIL) 1/10/2001 - 1 - Desde ayer fiebre alta... 3/10/2001 - 1 - Escasa mejoría... 7/10/2001 - 1 - Mejoría, pero persiste febrícula...
<p>El registro de fechas es correcto, pues se indica adecuadamente el inicio del “episodio” y los días en que se producen los sucesivos contactos.</p>	

8. MEDICACIÓN

El apartado **Prescripciones** del programa OMI-AP se reserva para las **prescripciones que se realizan o mantienen en atención primaria**, siempre que su registro sea factible a través de dicho apartado, lo que va a depender de que la especialidad farmacéutica prescrita se encuentre en el vademécum interno del programa en el momento de la prescripción. Cuando un medicamento no figure en este vademécum, habrá que registrar su prescripción como texto libre dentro de su “episodio” correspondiente.

El vademécum interno contiene especialidades financiadas por el sistema público, pero puede dar cabida a especialidades no financiadas. Generalmente, las actualizaciones se realizan por vía telemática, y los equipos de atención primaria no suelen estar autorizados a añadir especialidades al vademécum. En cualquier caso, cuando se añada a teclado una especialidad es muy importante no introducir errores en el nombre, la presentación, el número de unidades, y especialmente en su código nacional (que se puede consultar en el Catálogo de Especialidades Farmacéuticas del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos o a través de www.cofm.es). **El más mínimo error en el código de especialidad inutilizaría los datos de prescripción y recetas** de esa especialidad.

Es importante registrar con gran constancia todos los **medicamentos prescritos** y todas **las recetas extendidas**, incluidas por supuesto las que puedan realizar o entregar otros profesionales del mismo equipo que el médico colaborador (médicos, enfermeras,...).

Si por equivocación se abre una prescripción dentro de un “episodio” distinto al que le corresponde, el procedimiento más sencillo de reubicarla correctamente es a través de la ventana [Apuntes Historia Clínica-...] y utilizando el ratón (Activar Marcado → Marcar → Cortar → Pegar).

La indicación que motiva una prescripción puede ser un dato importante, y por eso es preciso que cada medicamento esté vinculado a su “episodio” y no a otro.

La asignación de una prescripción a un “episodio” que es su única indicación no ofrece dudas, pero a veces sucede que el paciente utiliza un solo medicamento para más de una indicación (p.ej., propranolol para tratar una hipertensión y un temblor esencial, y para prevenir crisis migrañosas). En estos casos, se hará depender la prescripción de la indicación principal (la más grave o de mayor riesgo), o bien de la que motivó por primera vez su prescripción.

8.1. Fechas

Las fechas del apartado Prescripciones que se exportan a BIFAP son las siguientes:

1) Fecha de la prescripción. Es la del “curso descriptivo” a través del que se abre la prescripción. La fecha de la prescripción es la **vía preferible para reflejar el inicio en el uso de un medicamento en fecha previa**, si su prescripción se va a mantener en atención primaria y el vademécum del programa lo permite. Si la fecha de una prescripción realizada por otro médico está documentada, se puede asignar esta fecha a la prescripción. Cuando no se conozca bien esta fecha ni la de inicio de la medicación, será permisible utilizar la fecha por defecto, pero en este caso se debe intentar anotar siempre el periodo de uso con la máxima aproximación que sea posible (v. apartado 8.7). A diferencia de las fechas de los “episodios”, la fecha de la prescripción no se puede modificar una vez abierta, y de ahí la especial importancia de asignarle correctamente la fecha en el momento de abrirla. En cualquier caso, si se advierte que la fecha no es la adecuada, queda el recurso de copiarla a través del botón Copiar prescripción, previa asignación de la fecha correcta al “curso descriptivo” correspondiente. Cuando se haga esto, es muy importante no borrar la prescripción original, que con gran frecuencia va a contener datos de recetas en el “Histórico de prescripciones emitidas”.

2) Fecha de impresión de cada receta. Aparece en el registro “Histórico de prescripciones emitidas”. El programa no permite imprimir en las recetas una fecha distinta a la del día en que se imprimen, con la excepción de las que corresponden al “circuito” de recetas “crónicas”, que pueden llevar fechas futuras (v. el apartado 8.6).

3) Fecha de cierre de la prescripción. Es la del día en que se marca la opción de cierre en la ventana [Gestión Prescripciones], y no aparece en la interfaz del programa salvo que se recoja en una anotación. Como norma, **las prescripciones no se tienen que cerrar salvo que exista un motivo, normalmente clínico, que lo justifique**. Al cerrar la prescripción surge un campo de texto que sólo dispone de treinta espacios **para anotar la fecha de cierre y su motivo**. Las **eventuales interrupciones en la repetición de recetas “crónicas”** (p. ej., por desplazamiento del paciente a otro lugar, por incumplimiento, o por el motivo que sea) se van a reflejar en el registro histórico, y **no son causa suficiente para cerrar las prescripciones**.

La **fecha de prescripción de los medicamentos** es un dato muy importante. Por eso, cuando se registran **prescripciones realizadas por otros médicos** (médicos de hospital, especialistas) hay que intentar asignarles la **fecha original de prescripción** o la **fecha en que el paciente refiere que ha empezado a utilizar el medicamento**. Cuando no se puedan precisar bien las fechas es importante reseñarlo mediante “cursos descriptivos” en texto libre (v. apartado 8.7).

8.2. Prescripciones y recetas a registrar

- **Prescripciones realizadas por el médico colaborador** u otros médicos del **propio equipo o centro de salud**, incluidos **sustitutos y residentes**.
- **Recetas extendidas en atención primaria.** Las **recetas de talonario** –p. ej., las que se entreguen en visitas a domicilio–, no van a constar si no se registran en la historia informática (v. el apartado 8.6), y esto sucederá también con las recetas de **estupefacientes y sustancias controladas** (que es obligado escribir a mano en un talonario específico).
- **Prescripciones realizadas en otros centros o por especialistas.** Cuando un medicamento iniciado por el paciente se va a seguir recetando en atención primaria, hay que asignar la prescripción al “episodio” indicado, ya sea éste uno preexistente o uno nuevo.

8.3. Registro de la posología

A través de la ventana [Gestión Prescripciones] existen tres formas posibles de registrar la posología:

A) En **unidades** (si procede, con decimal) e **intervalo interdosis** (en horas) en los dos campos del apartado **Posología (Impreso)**:

The screenshot shows a software interface for managing prescriptions. It includes several input fields: 'Recetas' (set to 1), 'Envases' (set to 1), 'Posología (Impreso)' (with two sub-fields containing '1.0' and '12.0', which are circled in red), 'Duración del TTO.' (set to 5) and 'Días' (set to 0), and 'Meses' (set to 0). A dropdown menu for 'Origen' is set to 'AP EXTRACENTRO'.

Esta forma de registro se utilizará **siempre que sea posible**, es decir, cuando el **periodo interdosis sea constante**, y cuando la **dosis diaria sea fija y el periodo promedio entre dosis pueda expresarse con un número fijo de horas aunque no sea constante** (p. ej., una pauta consistente en tomarse un comprimido dos veces al día equivale a poner 1 cada 12 horas o 2 cada 24 horas; si la pauta es de uno por la mañana y dos por la noche será adecuado poner 1 cada 8 horas o bien 3 cada 24 horas; si la pauta es de cinco tomas al día, será adecuado poner 5 cada 24 horas).

Esta sistemática es adecuada para las prescripciones “agudas”, “a demanda” y “crónicas” (en relación con éstas últimas, v. también el punto C).

Cuando la prescripción lo requiera, se deben utilizar los **campos Duración del TTO.** para completar la pauta posológica.

El registro de la posología como dato numérico hace que su uso en investigación farmacoepidemiológica pueda ser mucho más ágil. Si por el contrario la posología se ha introducido como texto libre, los estudios que se hagan a escala poblacional se van a ralentizar enormemente. La posibilidad de evaluar en poco tiempo y con fiabilidad la relación de efectos adversos graves con la dosis de los medicamentos puede tener repercusiones beneficiosas para la salud pública.

B) En texto libre en los campos de **Posología** (que corresponden a las instrucciones al paciente de la receta oficial). El primero de estos campos **sólo da para 20 caracteres incluidos los espacios en blanco**, y corresponde al apartado de instrucciones al paciente de la receta. En general, es preferible no utilizar el segundo campo –del que se exportan los primeros cuarenta caracteres– para escribir datos posológicos, ya que corresponde al apartado de instrucciones al farmacéutico:

The screenshot shows a form titled 'Prescripción' with the following fields:

- Nombre Comercial: VOLTAREN 50MG 40 COMPRIMIDOS
- Presentación: 40 COMPRIMIDO ORAL
- Código: 662205, Unidades por envase: 40
- Posología: TAN SÓLO 20 ESPACIOS mejor reservar para instrucciones al farmacéutico (circled in red)
- Recetas: 1, Envases: 1
- Posología (Impreso): 1.0, 12.0
- Duración del TTO: 3 Días, 0 Meses
- Tipo de receta: Aguda, Crónica
- Tipo de toma: Normal, Dificil
- Recogida recetas: Administración, Consulta, Domicilio

El primer campo permite introducir notas muy cortas y abreviaturas tales como «D-A-C», «1-1-2», «1/2-0-1», «2 COMP 3 VECES DÍA», «1/3 COMP DESAYUNO», «4D», «4/D», «4/DÍA», «NO BEBS. ALCOHÓLICAS», «DESPUÉS DE CENAR», «EN AYUNAS», «SEPARADO DE COMIDAS», etc., etc., etc. Por ejemplo:

This screenshot shows a similar 'Prescripción' form, but with the Posología field containing the text 'desayª y cena', which is circled in red.

En principio, **no es necesario anotar la posología si se puede registrar por el procedimiento preferente descrito en el punto A, o sea, en los campos numéricos Posología (Impreso)**. No obstante, como estas dos formas de registrar la posología no son incompatibles, se pueden hacer anotaciones posológicas siempre que se estime conveniente.

C) En números enteros en los campos **Dosis e Intervalo**. Estos campos **sólo** se activan cuando se marca la **prescripción** como “**crónica**”. P. ej., una pauta de un comprimido diario y descanso un día a la semana quedaría así:

Prescripción

Nombre Comercial: DIGOXINA 0,25MG 50 COMPRIMIDOS
 Presentación: 50 COMPRIMIDO ORAL
 Código: 793778 Unidades por envase: 50
 Posología: 1 / d 6 días a la semana

Recetas: 1 Envases: 1
 Posología (Impreso): 0,0 0,0
 Duración del TTD: 0 Días 0 Meses
 Origen: EN EL CENTRO

Tipo de receta:
 Aguda
 Crónica
 Demanda

Tipo de toma:
 Normal
 Cíclica

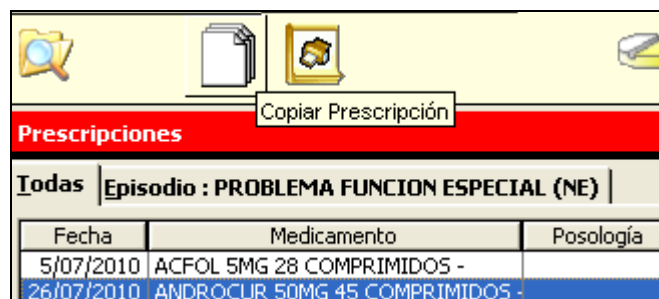
Recogida recetas:
 Administración
 Consulta
 Domicilio

Dosis: 6 Intervalo: 7

8.4. Cambios de posología

Cuando se recomienda un **cambio posológico que no implica cambio a otra presentación**, hay que generar otra prescripción con la nueva posología, pues si esta información se introdujera en la prescripción creada previamente, se “machacaría” la información posológica previa.

Existe un **procedimiento muy sencillo de generar una nueva prescripción cuando en el apartado Prescripciones ya existe otra de la misma especialidad farmacéutica**: el botón **Copiar Prescripción**:



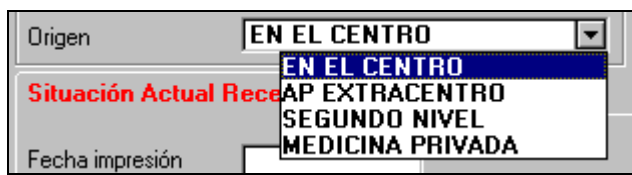
Una vez copiada la **prescripción**, simplemente hay que **modificar los datos pertinentes** (intervalo, dosis, etc.) **en la copia**, y aceptar ésta como nueva prescripción. El botón Copiar Prescripción es la vía más rápida para realizar:

- **Cambios en la posología de un medicamento que no supongan cambio de especialidad** (p. ej., de Coroprés 25 mg 1 comprimido cada 12 horas a Coroprés 25 mg 1/2 comprimido cada 12 horas).
- **Prescripciones de la misma especialidad farmacéutica en “episodios” diferentes** (p. ej., Augmentine 875 para una otitis, y dos años más tarde para una sinusitis), con la misma o con distinta posología.
- **Prescripciones de la misma especialidad en distintos momentos de un mismo “episodio”** (p. ej., un IECA que se suspende por embarazo y que se vuelve a prescribir después del embarazo).

Cuando se abre una nueva prescripción por un cambio posológico no es necesario cerrar la prescripción original. Si se marca el recuadro **Activas** que hay al pie de la ventana [Prescripciones-...] se ven selectivamente este grupo de prescripciones. Cuando la ventana está muy llena, este filtro sirve para facilitar la consulta de la medicación actual, pero si lo que se pretende es repasar los sucesivos cambios posológicos de un medicamento, habrá que dejar el recuadro sin marcar.

8.5. Origen de la prescripción

Es aconsejable indicar el **origen de la prescripción** a través del campo **Origen** que hay en el apartado **Prescripción** de la pantalla [Gestión prescripciones], eligiendo una de las opciones que figuran en el desplegable:



Si se quiere precisar de qué especialista proviene una prescripción se puede hacer a través de un “curso descriptivo” en texto libre. Esto es extensivo a cualquier dato de prescripción que no tenga cabida en el apartado Prescripciones (v. apartado 8.7). Ejemplo:

Todos				
Fecha	Curso descriptivo	Méd.	CIAP	
20/07/2001	INT. - cardiología	1		PALPITACIONES
1/09/2001	PRESCRIPCIÓN -)ACOVIL 2.5MG 28 COMPRIMIDOS;	1	K50	HTA (NO COMPL.)
8/10/2001	Acovil por cardiólogo de zona; dos recetas previas; comenzó hace 5 ó 6 semanas	1	K62	HTA (NO COMPL.)
		1		HTA (NO COMPL.)

8.6. Recetas

Únicamente se van a poder registrar en el apartado Prescripciones las recetas de los medicamentos incluidos en el vademécum interno del programa. **Para que las recetas queden registradas, es necesario imprimirlas, o bien, aceptar la orden de impresión pero con la impresora apagada o con el cable de entrada desconectado.**

Es importante **restringir el uso del talonario de recetas**, y emplearlo cuando no quede más remedio (típicamente, en los avisos a domicilio, durante los fallos del sistema o de la impresora, o cuando se agotan las recetas de impresora).

Si las recetas de talonario corresponden a nuevas prescripciones, se deben registrar en el apartado Prescripciones siempre que sea posible. Si se han entregado en fecha previa esto se reflejará a través de la fecha de la prescripción, o mediante “cursos descriptivos” en texto libre.

Como las fechas de las recetas indican sólo la fecha en que se imprimen, si se trata de **hacer recetas para continuar un tratamiento prescrito en fecha previa por otro médico** (p. ej., un antibiótico prescrito en un servicio de urgencias), es recomendable utilizar como **fecha de la prescripción la de inicio de la medicación**, o al menos reflejarla a través de un “curso descriptivo” en texto libre.

Ante la contingencia de una **impresión defectuosa o en modelo equivocado** (para activos en impresos de pensionistas, o viceversa), hay que repetir la impresión, y esto supone registrar recetas de más.

- Lo más sencillo es repetir las recetas, pero mediante talonario clásico.
- El procedimiento ideal es el siguiente: 1º) Copiar la prescripción; 2º) Volver a imprimir la receta o recetas a partir de la nueva prescripción; 3º) Por último, borrar la nueva prescripción.
- Otra posibilidad es imprimir de nuevo a partir de la prescripción original, y anotar dentro de un “curso descriptivo” en texto libre que se ha producido una duplicación (p. ej., «Receta Gelocatil duplic x fallo de impresión», y si es toda una tanda, «Recetas repetidas a mano por impres defect»)

Las **recetas incluidas en el “circuito de recetas crónicas”** se imprimen en fecha previa a su entrega, y llevan fechas futuras con el objeto de facilitar la dispensación periódica de los medicamentos. Como los datos correspondientes a una tanda y a un paciente no permiten vincular el total de envases recetados de una especialidad con la primera de las fechas que llevan en esa tanda las recetas de esa especialidad, ni con la fecha de entrega (esto último sería lo ideal), la fecha en que se imprime cada tanda es la mejor aproximación posible a la fecha de renovación de las prescripciones crónicas.

8.7. Anotaciones sobre medicación

Algunos datos sobre la medicación prescrita o empleada por los pacientes sólo se pueden recoger mediante anotaciones, normalmente como **“cursos descriptivos” en texto libre** (cuando se haga a través de un protocolo se seguirán las indicaciones del apartado 16.1). Las anotaciones complementan el apartado Prescripciones, pues éste no resulta adecuado para recoger otros datos relativos a los medicamentos prescritos (p. ej., uso, tolerancia, cumplimiento, etc.). La **medicación utilizada en el pasado** se puede anotar en los **subapartados de Anamnesis**, o bien, como **“curso descriptivo” en texto libre** (el programa permite introducir anotaciones en los “episodios abiertos”, y también en los “cerrados” y en los “históricos”).

En general, es recomendable anotar el **motivo de cualquier modificación en el tratamiento** (suspensión de un medicamento, nueva medicación, y cambios de posología, de presentación o de especialidad).

Las **anotaciones sobre medicación** sirven además para:

1. Indicar el **inicio aproximado de medicamentos prescritos por otros médicos y que se van a seguir prescribiendo en atención primaria** (si se conoce la fecha concreta de prescripción o de inicio de la medicación, se pueden usar como fecha de la prescripción; v. apartado 8.1):

- «Ameride 1/2 c al día, comenzó aprox 2 meses por “subida de tensión con mareo”, según refiere se lo mandaron en el S° de urg de \\ Can Ruti. \\ No informe.»
- «Zocor 20 (1/d), cardiólogo de zona hace unas 3 sem, pero lo interrumpió a los pocos días por temor a efectos adversos.»
- «Lanacordin pediátrico (3 ml/d) desde hace varias sem, recet en Cons. de Cardiología infantil»

2. Indicar el **uso previo (antiguo o reciente) de medicamentos no prescritos en atención primaria**:

- «Rulún (1/d) desde hace unos 7 años hasta hace 2, por recomendac de un amigo cardiólogo»
- «En ORL le han puesto aerosoles de Fluimucil y Urbasón, aproxmt 20 al 30 de septiembre»

3. Recoger la **automedicación y uso de medicamentos sin prescripción**:

- «Trancazo y fiebre alta 2° día; enantema faríngeo, ha tomado 3 aspirinas y 4 nolotiles al día»
- «Ayer 38,5 °C, inapetente, le pusieron Febrectal infantil»
- «Desde hace años usa Nurofén 400 varias veces al mes, hasta 5 al día, por dismenorrea, migrañas y artralgias» (en ejemplos como éste, la anotación se puede hacer en Anamnesis o como “curso descriptivo” del “episodio” que se considere más adecuado).

4. Recoger información sobre:

- Especialidades farmacéuticas publicitarias («Frenadol Cómplex desde hace 3 días, ayer 6 sobres, con escasa mejoría.»; «Le ha dado Aspirina infantil.»)
- Especialidades no financiadas («Actithiol antihist, 2 ml/8h.»; «Microdiol desde hace 5 años, con descanso en el 2000 para embarazo. Desde marzo 2001, Gynovín.»; «sildenafil de 50 mg desde 1999»; «Postinor (p. del día siguiente) hace una semana.»)
- Especialidades pendientes de inclusión en el vademécum del programa («Ketek, 2/d, y revisión dentro de 4 d.»)
- Especialidades que aunque estén financiadas se compran directamente en la farmacia o se consiguen por otra vía («Se suele comprar el Termalgín Codeína para no tener que venir a por la receta.»; «Ha tomado Voltarén 3-4 c/ d, del de su suegra.»)
- Entrega de muestras farmacéuticas de especialidades no incluidas en el vademécum del programa («Le paso un envase de Quomen»). Si el medicamento está en el vademécum es preferible registrarlo en el apartado Prescripciones.
- Especialidades fitoterápicas («Usa Fave de Fuca 1/d»; «Tauritón 2 al día»), dietéticas («Meritene Complet, 250 ml x 24»; «Prosobee») y de dermofarmacia («Lactacyd», «Aceite CPI»)
- Medicación no precisada («Ayer empezó a tomar unas pastillas prescritas en urgencias, y desde entonces mareo»; «Desde hace años toma unas “cápsulas rojas” para la circulación, no recuerda el nombre...»).

Los estudios farmacoepidemiológicos implican la comparación de pacientes expuestos y no expuestos a un medicamento o grupo de medicamentos. Desde un punto de vista pragmático, la utilización de datos de prescripción es una aproximación muy válida a la exposición, es decir, al uso efectivo de los medicamentos, especialmente en el caso de medicamentos de uso crónico que requieren repetición de recetas a lo largo del tiempo. Pero esto es así sólo en función de que los registros sean muy completos. Si no se ha registrado la prescripción de un medicamento a un paciente, éste será clasificado como no expuesto a ese medicamento aunque lo haya utilizado realmente. Si el registro de las recetas entregadas es impreciso o inconstante, siempre se va a resentir la validez del cálculo del tiempo de exposición.

El registro prospectivo de la medicación evita tener que depender de la memoria del médico o los pacientes para reconstruir los datos de exposición a medicamentos, lo que es un sesgo inevitable cuando la recogida de la información es retrospectiva. La preexistencia de los datos en soporte informático va a permitir estudiar amplias cohortes de pacientes expuestos, enormemente difíciles de formar y evaluar si los registros se encuentran en soporte no informático.

8.8. Registro de la medicación de nuevos pacientes

El modo normal de introducir **datos sobre medicación** a través de OMI-AP es **vinculándolos a los “episodios” o antecedentes para los que están indicados**. Por consiguiente, se registrarán en primer lugar como “episodios” todos los **diagnósticos y circunstancias clínicas importantes** referidas o documentadas, y a continuación los **medicamentos que venga utilizando el paciente de forma habitual**. Esto se hará generalmente a través del apartado Prescripciones, y si no, como anotación dependiente del “episodio” o antecedente que corresponda. En ocasiones sólo quedará la opción de anotar en texto libre expresiones del tipo «Toma X desde hace meses» o «A y B desde hace muchos años», etc., pues no va a ser posible precisar más.

El registro de la **medicación previa** de los pacientes puede resultar bastante problemático en muchas ocasiones. En la medida de lo posible, conviene anotarla junto con el **motivo** y el **periodo de uso** en el apartado **Anamnesis** (p. ej., «Isoniazida 6 meses en 1997 por Mantoux positivo») o bien, en “**cursos descriptivos**” en **texto libre** dentro de un “episodio” (p. ej., «Cardurán 4 (1-0-1) 1996–nov 99»).

9. INFORMES DE ESPECIALISTAS Y DE SERVICIOS DE URGENCIAS

En general, las **interconsultas a especialistas** y las **derivaciones urgentes** se deben registrar como **Órdenes Clínicas**, especificando el **motivo principal** en el campo Observaciones.

Cuando se recibe un **informe de especialista** hay que extraer y registrar los siguientes datos:

Nuevos diagnósticos, y diagnósticos confirmados.

Resultados significativos (normales y anormales) de pruebas específicas.

Intervenciones y procedimientos ambulatorios.

Nuevos tratamientos.

Si como consecuencia de la interconsulta se descarta un diagnóstico que figura como “episodio” o se llega a uno más específico, se deben seguir las indicaciones del apartado 5.4, independientemente de que el diagnóstico se recoja en el campo de respuesta de la interconsulta.

Ejemplo de interconsulta a especialista:

Resultado Orden Clínica

Interconsulta **Datos de registro**

Nº Orden: Fecha: Vista por el Profesional

Paciente:

Centro: de ?

Especialidad: Resultado Confidencial: Si No

Especialista:

Prueba: ?

Observaciones:

Respuesta:

Coment. Resultado:

✓ Aceptar ✗ Cancelar

En este ejemplo, si se decide prescribir el medicamento recomendado por el especialista, se hará dentro de un nuevo “episodio” CEFALEA, A TENSIÓN NC – N02 (y no en el “episodio” previo de migrañas de la paciente).

En algunos centros, los propios especialistas se encargan de anotar la respuesta a la interconsulta a través del programa, pero la situación más habitual es que los médicos de atención primaria extraigan la información esencial de los informes de especialista y la introduzcan en el campo de respuesta.

Ejemplo de derivación a un servicio de urgencias:

The screenshot shows a software window titled "Resultado Orden Clínica" with a sub-tab "Datos de registro". The form contains the following fields and values:

- Nº Orden: 8
- Fecha: 26/11/2001
- Vista por el Profesional: (Red text)
- Paciente: SALLENT ROS,SANTIAGO
- Centro: 1 de ?
- Especialidad: URGENCIAS GENE
- Especialista: (Empty field)
- Resultado Confidencial: Si No
- Prueba: (Empty field) ?
- Observaciones: DOLOR MIEMBRO INF DCHO 7 H DE EVOLUC. SIGNOS DE ISQUEMIA
- Respuesta: ISQ AG DE MID INGRESA PARA IQ
- Coment. Resultado: INT. - urgencias generales

At the bottom right, there are two buttons: "Aceptar" (with a green checkmark icon) and "Cancelar" (with a red X icon).

Cuando la atención especializada o en urgencias no provenga de una Interconsulta, los datos fundamentales de los informes se registrarán mediante “cursos descriptivos” en texto libre (que dependerán de “episodios” previos o nuevos, según proceda). Ejemplos:

- «Informe de oftalmº privado: Facoemulsificación OD (13/6/2000); colirio Voltarén 3 g /4 h, 5 d...» dentro de “episodio” previo CATARATA.
- «Algidol y Clavucid 500 sobres cada 8 h desde anoche. Atendida en Sº de urg de \\Valdecilla\\ v. informe.» dentro de un “episodio” nuevo FARINGITIS.

*Para los estudios de validación de BIFAP se requieren los **informes clínicos** en las que se hayan eliminado todos los datos que permitan averiguar la identidad de los pacientes o de los médicos directa o indirectamente. Por consiguiente, es esencial **conservar los informes clínicos que aporten nuevos datos clínicos significativos**, desde el inicio de la colaboración.*

10. INGRESOS

Se registrarán todos los ingresos de los que se reciba información. En la medida de lo posible, hay que intentar registrar **sintéticamente la información clínica relevante**, tanto si el ingreso ha sido urgente como programado.

En general, **todo nuevo diagnóstico realizado o confirmado** durante un ingreso corresponderá a **un nuevo “episodio”**, o bien, al **cambio de descriptor y códigos en un “episodio”** previo incorrectamente diagnosticado (v. apartado 5.4).

Los datos esenciales de un ingreso se obtienen habitualmente de los informes de alta, y exceptuando los diagnósticos que correspondan a nuevos “episodios”, se pueden registrar mediante “cursos descriptivos”. Cuando se emplee un protocolo con esta finalidad, hay que tener en cuenta que sólo se exportan a BIFAP los datos introducidos en campos etiquetados con un “DGP” (en el apartado 16 se explica el etiquetado de campos y el procedimiento para convertir en exportables los datos recogidos previamente en campos recién etiquetados). Como mínimo, se debe anotar la **fecha de ingreso**, la **fecha de alta** y el **motivo de ingreso**. El motivo de ingreso tiene interés aunque no sea por un nuevo “episodio”, y debe quedar reflejado explícitamente (p. ej., «ingresado por agudización asmática», «Ingreso para intervención», «ingresa para estudio», «Ingresó para ajustar medicación»).

En ocasiones, los informes de ingreso permiten aumentar la especificidad del “episodio”, y esto a veces se va a poder reflejar añadiendo al “episodio” un código de la CIE-9 (v. el apartado 5.2):

NEUMONIA – R81 → NEUMONIA KLEBSIELLA PNEUMONIAE – R81 / 482.0.

Además de los **diagnósticos**, hay que intentar registrar los **tratamientos** administrados al paciente durante el ingreso, los **procedimientos diagnóstico-terapéuticos**, y las **intervenciones quirúrgicas** (si procede, se mencionará la técnica empleada, las eventuales complicaciones, el resultado a largo plazo, etc.). Es adecuado anotar las fechas relevantes de estos datos, que como es lógico, no tienen por qué coincidir con la fecha del “episodio” ni con la de ingreso. P. ej.:

5/05/2000 - APENDICITIS AGUDA
18/05/2000 - 1 - Apendicectomía (6/5/2000).

Cuando un ingreso es consecuencia de una interconsulta, sus datos fundamentales se pueden anotar en el campo de respuesta de la interconsulta, siempre que se registren los nuevos “episodios” y los datos importantes de la manera indicada anteriormente.

Evidentemente, **todo lo dicho en este apartado y el anterior es extensivo a la información derivada de médicos y centros privados.**

11. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la medida de lo posible, se deben registrar los **resultados significativos de las pruebas complementarias solicitadas en atención primaria y especializada**, sean del tipo que sean e independientemente de quién las realice o interprete (p. ej., análisis de sangre y orina, espirometría, ECG, endoscopias, urografía intravenosa, RNM, Holter, biopsias,...).

Las pruebas complementarias **solicitadas en atención primaria** y sus resultados se deben registrar preferiblemente a través del apartado de **Órdenes Clínicas**. Los resultados de las pruebas **solicitadas por especialistas** se anotarán, según los casos, en **interconsultas, “cursos descriptivos” en texto libre o protocolos**.

Siempre que sea posible, los **resultados** de las pruebas complementarias se deben registrar **como “DGP”** (v. el apartado 16). Es importante registrar:

Resultados anormales, p. ej., “episodio” SINDROME VERTIGINOSO (12/7/2000) con “curso descriptivo” (30/7/2000) «RNM con Gd (28 de julio): imagen redond 3 cm ¿metástasis? en hemisf cerebeloso izq»).

Resultados normales clínicamente significativos (p. ej., un ECG anodino en paciente con dolor torácico; una endoscopia digestiva alta normal en un paciente con epigastralgias; una VSG de 4 mm que descarta una arteritis temporal).

Resumen de **resultados de anatomía patológica**.


Evidentemente, **se registrará como nuevo “episodio” cualquier nuevo diagnóstico** derivado de la realización de una prueba complementaria. En el ejemplo anterior del tumor cerebeloso va a estar justificada la apertura de otro “episodio” (que también llevaría fecha del 12/7/2000).

12. VACUNACIONES E INMUNIZACIONES

Las **vacunas administradas en el propio centro** se suelen registrar sin problemas en su apartado específico (el programa contiene un listado de vacunas habituales, y un segundo listado actualizable con otras vacunas).

La mayor parte de las vacunas no precisan receta, porque se dispone de ellas en los centros. En cualquier caso, las ocasionales **recetas de vacunas** se deben registrar en el apartado Prescripciones, y si no fuera posible en éste, se anotarían en “cursos descriptivos” dependientes de ACTIVIDADES PREVENTIVAS PROGRAMADAS o del “episodio” que las motive. Naturalmente, la posterior administración de estas vacunas se debe registrar en el apartado de vacunaciones.

En la medida de lo posible, se registrarán las vacunaciones realizadas en **servicios de urgencias** (p. ej., antitetánica), **servicios de medicina preventiva** (p. ej., antirrábica) y **centros de vacunación de viajeros** (p. ej., para la fiebre amarilla), etc. En tales casos, la ventana de vacunación permite indicar que ésta se ha efectuado en otro centro.

Los **extractos hiposensibilizantes** (p. ej., para una polinosis) se recetan en modelo oficial de receta pero no figuran en el vademécum interno del programa ni tienen código nacional de especialidad farmacéutica. Para poder registrarlos y recetarlos a través del programa hay que seguir el mismo procedimiento que si fueran fórmulas magistrales (botón  de la ventana [Gestión Prescripciones], etc.). El inconveniente de registrarlos mediante “cursos descriptivos” en texto libre es que a partir de éstos no se pueden hacer recetas de impresora, y por lo tanto habrá que hacerlas de talonario (o sea, doble esfuerzo).

13. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En general, los **métodos anticonceptivos** se deben registrar como “**episodios**”:

- W11 – CONTRACEPCION ORAL (MUJER)
- W12 – PLANIFICACIÓN FAMILIAR DIU

La fecha del “episodio” debe reflejar el inicio del método anticonceptivo (o su fecha aproximada). En la medida de lo posible, hay que intentar registrar los métodos anticonceptivos indicados por ginecólogos u otros médicos.

Algunos **anticonceptivos orales** se pueden registrar a través del **apartado Prescripciones**, pero si no es así habrá que registrarlos mediante “**cursos descriptivos**” en **texto libre** o a través de **protocolos** (v. el apartado 16), que sirven también para anotar otros datos relacionados con el uso de anticonceptivos.

Si el anticonceptivo oral es de los que no precisan receta de talonario, conviene preguntar de forma periódica (p. ej., anualmente) si se ha dejado de utilizar, si se ha cambiado de marca, si se han tenido periodos de descanso, embarazos, etc. (a través de un programa específico o aprovechando los contactos con la paciente por otros motivos).

El **uso previo** de anticonceptivos se puede anotar en la ventana **Anamnesis, subapartado «Antecedentes ginecológicos»**.

Naturalmente, cuando se prescriba un anticonceptivo oral por síntomas o diagnósticos endocrinos o ginecológicos, la prescripción se vinculará a su “episodio” específico (p. ej., DIANE 35 dentro de un “episodio” S24 – HIRSUTISMO), y no a uno de anticoncepción oral.

14. EMBARAZOS

En la medida de lo posible, los **datos relativos a los embarazos y su desenlace** se deben registrar de la siguiente manera:

➤ Se creará un “episodio” **EMBARAZO** con su código más adecuado (p. ej., EMBARAZO CONFIRMADO – W78; EMBARAZO CONFIRMADO NO DESEADO – W79; EMBARAZO TUBARICO T. DCHA – W80/633.1), **cuando su presencia se confirme** mediante prueba específica (análisis de orina, ecografía,...). Si previamente se ha creado un “episodio” AMENORREA (SOSPECHA DE EMBARAZO) – X05 no hace falta crear uno nuevo, sino que se puede emplear el Asistente CIAP para modificarlo directamente a un “episodio” de embarazo con su código específico. En muchos centros se emplean protocolos de seguimiento del embarazo. En estos casos, la fecha de la última menstruación y otros datos del embarazo se deben recoger en campos vinculados a un “DGP” (v. apartado 16).

➤ En el caso de que exista **embarazo múltiple** se creará un “episodio” con sus códigos específicos. Ejemplos:

- EMBARAZO GEMELAR – W84
- EMBARAZO TRIPLE – W84/651.1

➤ Las **enfermedades y complicaciones gestacionales o puerperales** (p. ej., preeclampsia, trombosis venosa profunda, hemorragia postparto,...) se deben registrar en general como “episodios” independientes (p. ej., PREECLAMPSIA GRAVE – W81/642.5).

➤ Se registrará el **desenlace del embarazo** (parto normal, cesárea, parto distócico, muerte fetal, aborto espontáneo,...). Si el desenlace del embarazo no se conociera se debe anotar este hecho como “curso descriptivo” dependiente del “episodio” de embarazo.

El “episodio” de **parto** va a corresponder normalmente a uno de estos cuatro códigos:

W90: parto normal de niño vivo.

W91: parto normal de feto muerto.

W92: parto complicado, sufrimiento fetal, parto instrumental o parto por cesárea de niño vivo (nota: el Asistente CIAP también engloba bajo este código los descriptores ANORMAL PRODUCTO DEL PARTO NACIDO VIVO(S) y ANORMALIDAD PRODUCTO DEL PARTO NACIDO VIVO(S) que podrían emplearse para registrar anomalías y malformaciones congénitas en el niño, aunque el procedimiento preferible es el que se describe más adelante).

W93: parto complicado de feto muerto.

➤ El nacimiento de un **recién nacido normal** se anotará dentro de un “episodio” W90 ó W92, agregando al final del descriptor –o bien, anotando como “curso descriptivo”– el siguiente texto: **RN HEMBRA NORMAL** o **RN VARÓN NORMAL** (es importante anotar el **sexo del neonato**). Ejemplos (el texto añadido al descriptor de “episodio” está en negrita):

- W92 – CESAREA NACIDO VIVO(S) **RN HEMBRA NORMAL**
- W90 – PARTO NORMAL NACIDO VIVO(S) **RN VARÓN NORMAL**

Como mínimo, un embarazo que termine en el nacimiento de un niño normal debe dar lugar a dos “episodios”, por ejemplo:

27/9/2000: W78 – EMBARAZO CONFIRMADO

7/7/2001: W92 – CESAREA NACIDO VIVO(S) **RN VARÓN NORMAL**

➤ **Parto prematuro.** Se registrará añadiendo una anotación o un “curso descriptivo” a su “episodio” correspondiente (p. ej., W90 – PARTO NORMAL NACIDO VIVO(S) **RN VARÓN PREMATURO**), mejor que seleccionando el descriptor W84 – PREMATURO PARTO y añadiéndole a éste la anotación del neonato y su sexo. En general, se debe registrar la edad gestacional al término del embarazo si se dispone del dato.

➤ **Abortos y muertes intrauterinas.** Siempre que sea posible, hay que registrar los abortos y las muertes intrauterinas como “episodios” independientes (p. ej., W82 – ABORTO ESPONTANEO).

➤ En la medida de lo posible, las **malformaciones y anomalías congénitas detectadas intraútero** (por ecografía, amniocentesis, etc.) **o posteriormente**, se deben registrar **como “episodios” independientes en la historia materna**, mejor que como “cursos descriptivos” en texto libre. Seguir esta recomendación favorece el estudio epidemiológico de estos trastornos, y apenas va a suponer tarea, dado que los trastornos y malformaciones congénitas son infrecuentes. Además, la historia materna es el único asiento posible en atención primaria de las malformaciones existentes en fetos no viables, o en niños que fallecen en el hospital sin llegar a tener historia en atención primaria. Por otra parte, el pediatra de equipo puede ser o no ser colaborador de BIFAP, independientemente de que lo sea el médico de la madre, y esto justificaría aún más la recomendación de registrar las anomalías congénitas como “episodios” en la historia materna.

Para poder distinguir que el trastorno congénito corresponde al niño y no a la madre se añadirán al descriptor del “episodio” anotaciones tales como:

- TETRALOGIA DE FALLOT **FETO**
- SD DOWN **RN VARÓN**

En muchas ocasiones, la fecha del “episodio” será la del parto, pero podría ser posterior si la anomalía se detectara más adelante (en tales casos se usarían anotaciones tras el descriptor o “cursos descriptivos” en texto libre que reflejen el sexo y la fecha de nacimiento del niño).

Cuando la anomalía se detecte intraútero la fecha del “episodio” será la de la correspondiente prueba (ecografía, amniocentesis, etc.).

Aunque la presencia de un “episodio” de embarazo, parto o aborto con fecha compatible, y la ausencia de anomalías congénitas entre los antecedentes, “episodios” y “condicionantes y problemas” previos al embarazo parezcan indicar que la malformación no es de la madre sino del niño, conviene añadir estas anotaciones porque disipan cualquier duda sobre quién es el portador de la anomalía, y porque hacen más informativo el título del “episodio” incluso cuando no existe posibilidad de confusión:

- 3/1/2003 → W78 – EMBARAZO
- 28/2/2003 → N85 – ANENCEFALIA **FETO**
- 17/3/2003 → W83 – ABORTO INDUCIDO

Este ejemplo refleja además la importancia de registrar las anomalías fetales que dan lugar a un aborto, y no sólo este último.

Las malformaciones y anomalías congénitas se pueden buscar en el Asistente CIAP a través de los siguientes códigos:

- Aparato auditivo: H80
- Aparato cardiovascular: K73
- Aparato digestivo: D81
- Aparato genital femenino: X83
- Aparato genital masculino: Y84
- Aparato locomotor: L82
- Aparato respiratorio: R89
- Aparato urinario: U85
- Sistema endocrino y metabolismo: T80
- Ojos: F81
- Órganos hematopoyéticos o linfáticos: B79
- Piel: S83
- Sangre: B79
- Sistema nervioso: N85
- Anomalías congénitas múltiples o no especificadas, y síndromes originados por alteraciones cromosómicas: A90

➤ En la medida de lo posible, las **muertes perinatales, neonatales e infantiles** se anotarán como “**cursos descriptivos**” dependientes del “**episodio**” del parto si no han sido causadas por anomalías congénitas. Si la muerte es consecuencia de una anomalía congénita, lo adecuado es que ésta se registre como “episodio” y aquella a través de un “curso descriptivo” en texto libre dependiente de este mismo “episodio”.

El registro sistemático de la información clínica y de los medicamentos prescritos a las gestantes es esencial para el análisis de la seguridad y la efectividad de los medicamentos durante el embarazo. Si además de estos datos se registran sistemáticamente los relativos a la patología embrionaria o fetal y a la situación de los recién nacidos, la información incluida en BIFAP puede llegar a ser muy valiosa en un campo de tanta importancia para la salud pública como es el estudio de la relación entre el uso de medicamentos durante el embarazo y la aparición de malformaciones congénitas y otros trastornos en la descendencia. Este es el motivo fundamental para intentar registrar siempre las malformaciones y las muertes neonatales e infantiles de los niños en las historias de sus madres.

En ocasiones, los embarazos no son viables o los niños mueren sin llegar a tener historia en atención primaria. En estos casos es importante registrar los datos básicos de las anomalías y malformaciones congénitas detectadas (intraútero o posteriormente) a través de una buena comunicación con las madres y con los médicos especialistas que puedan informar estos trastornos.

Por otra parte, la constancia de que el recién nacido es normal en la historia materna es muy importante, pues la ausencia de este registro no permite presuponer su normalidad.

El registro de la información básica sobre los recién nacidos en las historias de sus madres se justifica en la ausencia de identificadores que permitan vincular con fiabilidad la historia clínica de la madre con la historia clínica del niño. Por otra parte, el niño va a estar asignado generalmente a un médico distinto, su pediatra de atención primaria, lo que refuerza aún más la necesidad de registrar el estado del recién nacido en la historia de su madre.

Naturalmente, **la prematuridad, las malformaciones congénitas, y la morbilidad perinatal se van a registrar como “episodios” en las historias pediátricas de atención primaria** independientemente de los registros sobre el desenlace de los embarazos que se introduzcan en las historias maternas.

En la historia pediátrica, el registro de la prematuridad como “episodio” se va a realizar con códigos distintos a los que se usan en la historia materna. Ejemplos:

- A93 – RECIEN NACIDO VIVO PREMATURO
- A93/765.0 – INMADUREZ EXTREMA (<1000 GRAMOS O <28 SEMANAS)

En general, las malformaciones y los trastornos congénitos de los niños se deben registrar como “episodios”, mejor que a través de protocolos. Ejemplos:

- A90 – SINDROME TURNER
- N85/742.0 – ENCEFALOCELE

15. FALLECIMIENTOS

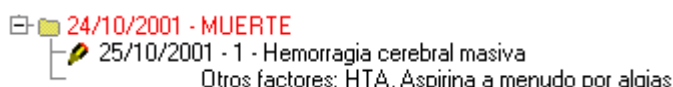
Cuando no se siga un protocolo específico, los fallecimientos se deben registrar de la siguiente forma:

➤ Se creará un **“episodio” MUERTE – A96** (que puede llevar código CIE asociado, si se estima preciso, p. ej., MUERTE SUBITA NIÑO O LACTANTE – A96 / 798.0).

➤ En la medida de lo posible, la **causa fundamental o directa** del fallecimiento debe quedar **registrada y codificada como “episodio” independiente** con su fecha correspondiente. Ejemplo:

22/10/2001	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL	K90/431.
24/10/2001	MUERTE	A96

➤ Independientemente de lo anterior, la **causa estimada como fundamental, y otros factores** que puedan haber favorecido o precipitado el fallecimiento, deben quedar reflejados además **como “curso descriptivo” en texto libre dependiente del “episodio” MUERTE** (dada la “pérdida” de información que supondría la “agrupación” de “episodios”). Por ejemplo:



24/10/2001 - MUERTE
25/10/2001 - 1 - Hemorragia cerebral masiva
Otros factores: HTA, Aspirina a menudo por algias

En este ejemplo, hubiera sido igualmente válido anotar sólo la causa fundamental como “curso descriptivo” del “episodio” MUERTE, y los factores coadyuvantes (HTA y aspirina) como “curso descriptivo” del “episodio” HEMORRAGIA INTRACEREBRAL.

➤ Naturalmente, cuando la **causa** de la muerte sea **desconocida**, es importante reflejar este hecho en un “curso descriptivo” en texto libre.

➤ Se anotará también como “curso descriptivo” si el **fallecimiento no ha sucedido en el domicilio** del paciente (p. ej., «En Clínica \\\...», «Éxitus en UCI Hosp. \\\...», «fallecido durante un viaje a...»).

➤ En la medida de lo posible, se hará constar si se ha practicado **necropsia**, y en tal caso, sus conclusiones principales.

➤ Igualmente se debe anotar si el fallecimiento se notifica judicialmente y el motivo de hacerlo (accidente, signos de lesión, presunta intoxicación, etc.).

➤ En los casos raros en que la **fecha asignada al fallecimiento** sea **aproximada o desconocida**, esto se hará constar en un “curso descriptivo” en texto libre.

En ocasiones, los datos de los fallecimientos se recogen a través de protocolos, que suelen depender del “episodio” correspondiente a la causa fundamental o del “episodio” MUERTE.

Como mínimo, los protocolos de fallecimiento deben tener campos etiquetados con un “DGP” para la fecha, para la causa primaria y para las causas secundarias de la muerte (v. el apartado 16).

Conviene hacer el registro de los datos clínicos del fallecimiento antes que la inactivación administrativa de la historia (v. el apartado 4), y revisar periódicamente la existencia de historias inactivadas por defunción sin que se hayan registrado los datos clínicos de la muerte, con el objeto de subsanar esta deficiencia (el programa permite introducir datos en las historias que se han pasado al archivo Histórico de Pacientes).

La causa de la muerte tiene un valor epidemiológico elemental (evidentemente, es importante distinguir, p. ej., si un paciente con cáncer de colon ha fallecido por dicha enfermedad, por ictus, por un accidente de tráfico, etc.). En el campo de la farmacoepidemiología, las implicaciones de este dato son igualmente importantes (p. ej., si en un estudio de hepatotoxicidad y medicamentos se ha incluido a un paciente con ictericia y como causa de su muerte figura hepatitis fulminante, las implicaciones son distintas que si figura cáncer de páncreas).

16. DATOS COMPLEMENTARIOS (LOS “DGP” o “DATOS GENERALES DEL PACIENTE”)

Los **datos complementarios** incluyen los **datos antropométricos y constantes vitales** (p. ej., talla, peso, tensión arterial), los **datos de exploración física**, los **datos de exploraciones especiales** (p. ej., de fondo de ojo), los **resultados de análisis clínicos** y de otras **pruebas complementarias** (p. ej., espirometría, ECG, ecografía abdominal), la **cuantificación de hábitos tóxicos**, etc.

Independientemente del estado de salud de los pacientes, se recomienda recoger los siguientes datos complementarios por su especial interés epidemiológico:

- **Nivel de consumo de tabaco y alcohol.** En general, será aceptable un nuevo registro una vez **cada tres años**, más o menos.
- **Talla de los adultos que han completado su crecimiento.** En principio, **basta con un solo registro** en los mayores de veintiún años.
- **Peso.** Se debe registrar aproximadamente **cada tres años**, a menos que esté indicado más a menudo por razones clínicas.

En general, los datos complementarios, y sobre todo los más comunes, se encuentran entre los “datos generales del paciente” (“DGP”) de OMI-AP. Los “DGP” se pueden vincular a protocolos, planes personales, órdenes clínicas, etc. Siempre que sea posible conviene registrar los datos complementarios como “DGP”, pues de este modo van a resultar mucho más fáciles de introducir y de consultar que si se hace a través de “cursos descriptivos” en texto libre. Un “DGP” puede formar parte de varios protocolos al mismo tiempo, y basta con introducirlo en uno de ellos para que se pueda ver a través de los otros o en “consulta plana”.

16.1. Etiquetado de campos en los protocolos

Cada uno de los campos de un protocolo puede estar “etiquetado” (vinculado a un “DGP”) o “no etiquetado” (no vinculado a ningún “DGP”). Además de sus ventajas prácticas, el etiquetado de los campos de los protocolos es esencial para que no se “pierda” la información que contienen (el contenido de los campos “no etiquetados” no se va a exportar a BIFAP).

La existencia de información clínica relevante en campos sin etiqueta de “DGP” es un problema que puede afectar a todos los protocolos, y no sólo a los de nueva creación. Para evitar la “pérdida” de datos relevantes **es muy importante:**

Etiquetar los campos de nuevos protocolos con “DGP” adecuados.
Revisar la configuración de los protocolos existentes, y etiquetar de la manera más específica posible los campos que estén sin etiquetar.

DATOS DE INTERÉS FARMACOEPIDEMIOLÓGICO

- **Datos demográficos y administrativos → pág. 5**
- **Procesos de morbilidad, acontecimientos clínicos, factores de riesgo, problemas de salud y diagnósticos → págs. 6-15**
- **Contactos clínicos → págs. 16-18**
- **Nuevos síntomas → págs. 14-15**
- **Anotaciones → págs. 14-18**
- **Medicación → págs. 19-28**
- **Informes de especialistas y de servicios de urgencias → págs. 29-30**
- **Ingresos → pág. 31**
- **Intervenciones quirúrgicas → pág. 31**
- **Pruebas complementarias → pág. 32**
- **Vacunaciones e inmunizaciones → pág. 33**
- **Embarazos y su desenlace → págs. 35-38**
- **Fallecimientos → págs. 39-40**
- **Datos complementarios → págs. 41**