



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO



agencia española del
medicamento



PROYECTO BIFAP

**GUÍA DE REGISTRO
PARA
MÉDICOS COLABORADORES**

Octubre 2002

Directores:

Luis Alberto García Rodríguez y Francisco de Abajo (*farmacoepidemiólogos*)

Redactor:

Antonio Salvador Rosa (*médico de familia*),

con la colaboración de Juan Carlos Moreno Pérez (*ingeniero informático*) en el apartado 17

La presente guía va dirigida a médicos usuarios del programa OMI-AP, y se enmarca en la fase piloto del Proyecto BIFAP («Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria»). Esta iniciativa ha sido promovida por la Agencia Española del Medicamento (<http://www.agemed.es>), en colaboración con la Fundación CEIFE (Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica; <http://www.ceife.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.

En la revisión de los borradores de la guía han participado médicos de varias Comunidades Autónomas con experiencia en el uso de OMI-AP, y a todos ellos agradecemos sus críticas y comentarios. La colaboración en la revisión de la guía u otros aspectos del proyecto de Manolo Merino, Mercedes Alonso, Josep Ausió, José Antonio Carvajal, Ricardo Vallés, Agustín Sánchez, María Segura, Carmen Ortega y Paquita González Rubio ha supuesto un gran impulso, y merece un especial reconocimiento. Por último, agradecemos el asesoramiento y el soporte técnico prestado en todo momento por Juan Carlos Moreno y Dario Sonego, informáticos del Proyecto BIFAP.

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:

Antonio Salvador
Tfno: 91 596 78 88
asalvador@bifap.org

o bien a:

Juan Luis Moreno
Tfno: 91 596 78 87
jluis.moreno@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 **91 596 78 89** o por correo electrónico) a:

Juan Carlos Moreno
jcmoreno@bifap.org

o con:

Dario Sonogo
dsonego@bifap.org

Dirección postal:

Proyecto BIFAP
Agencia Española del Medicamento
División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia
Carretera Majadahonda-Pozuelo, km. 2
28220 – Majadahonda (Madrid)

Fax: 91 596 78 89

ÍNDICE

1. NOTAS PRELIMINARES	1
2. PROPÓSITO Y JUSTIFICACIÓN DE ESTA GUÍA.....	3
3. RECOMENDACIONES GENERALES PARA UN BUEN REGISTRO	4
4. DATOS DEMOGRÁFICOS Y ADMINISTRATIVOS	6
5. ETIQUETAS ESPECIALES PARA ALGUNAS HISTORIAS	7
6. ENFERMEDADES, ACONTECIMIENTOS CLÍNICOS, FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS DE SALUD (LOS “EPISODIOS”).....	8
6.1. Fecha del “episodio”	8
6.2. Descriptores y códigos de los “episodios”	10
6.3. “Índice de severidad”	12
6.4. Diagnósticos.....	13
6.5. Información diagnóstica de los nuevos pacientes	20
7. “CURSOS DESCRIPTIVOS” EN TEXTO LIBRE.....	21
8. CONTACTOS CLÍNICOS	24
9. MEDICACIÓN	27
9.1. Fechas	28
9.2. Prescripciones y recetas a registrar	29
9.3. Registro de la posología.....	29
9.4. Cambios de posología	32
9.5. Origen de la prescripción	33
9.6. Recetas	34
9.7. Anotaciones sobre medicación.....	36
9.8. Registro de la medicación de nuevos pacientes	38
10. INFORMES DE ESPECIALISTAS Y DE SERVICIOS DE URGENCIAS	39
11. INGRESOS	42
12. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	43
13. VACUNACIONES E INMUNIZACIONES	44
14. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	45
15. EMBARAZOS	46
16. FALLECIMIENTOS	50
17. DATOS COMPLEMENTARIOS (LOS “DGP” o “DATOS GENERALES DEL PACIENTE”).....	52
Etiquetado y “regeneración” de campos en los protocolos	53

1. NOTAS PRELIMINARES

La presente guía va dirigida principalmente a los **médicos generales y pediatras de atención primaria** 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. La sistemática de registro que se presenta trata de dar solución satisfactoria a estos problemas aprovechando la versatilidad del programa OMI-AP. 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** a lo largo de unos seis meses, pues el objetivo no es conseguir un seguimiento perfecto desde el primer día. 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 90 % de los diagnósticos realizados y los medicamentos prescritos**).

Para colaborar de forma estable con el Proyecto BIFAP no basta con la voluntad de hacerlo: además **es preciso una puesta a punto en el manejo del programa, del ordenador y de la impresora**, que sólo se va a alcanzar si se utilizan de forma habitual durante la consulta.

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. En consecuencia, se evitan al máximo las explicaciones sobre el manejo de las distintas ventanas y herramientas del programa, que es algo que se da por sabido. Para conocer los detalles de OMI-AP, el médico debe acudir a otros manuales (como p. ej., la serie de fascículos «*OMI-APequeñas 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>, y también se facilitará en CD o disquete.

Por supuesto, es **importante que los médicos colaboradores faciliten copias** de la guía a sus **suplentes**, y en su caso, a los **médicos residentes** que estén bajo su tutela, y que los animen a seguirla con constancia. Algunas recomendaciones de la guía pueden servir a las enfermeras, encargadas en ocasiones de recoger datos de interés, a solucionar algunos problemas de registro (p. ej., cómo registrar las recetas de largos tratamientos cuando la impresora no funciona).

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). Por otra parte, abundan los equipos en los que parte de sus miembros no usan el ordenador en absoluto, o no lo usan con regularidad. En estos casos, la buena comunicación de los datos esenciales siempre es algo a fomentar, pues contribuye a minimizar la pérdida de información.

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.

Esta guía es aplicable a las versiones 4 y 5 de OMI-AP. Su contenido podrá extenderse a las siguientes versiones siempre y cuando no cambie la estructura del programa de forma drástica. En consecuencia, la guía se irá actualizando cuando sea pertinente, es decir, cuando futuras versiones del programa invaliden algún aspecto concreto del registro de datos.

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, pero también por la existencia de ciertas **restricciones que no dependen del programa** sino del proceso de exportación a BIFAP (p. ej., la de no escribir “cursos descriptivos” en texto libre que ocupen más de cinco líneas), 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. El procedimiento de asignación de fecha no es exactamente igual para enfermedades y problemas de salud que para síntomas, contactos clínicos o prescripciones, etc. Por este motivo, los detalles sobre el registro de fechas no se explican en un solo apartado de la guía, sino que se reparten entre varios.
- **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. Para que el registro sea más cómodo y ordenado, es aconsejable revisar los informes clínicos extensos o complejos antes o después de la consulta, y no durante la misma.
- **No duplicar información,** e intentar evitar especialmente el registro duplicado de los datos diagnósticos y los datos sobre prescripción y recetas, que constituyen la información nuclear en farmacoepidemiología.
- **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,...).

- **Fomentar al máximo que los médicos sustitutos** de los colaboradores, y cualquier otro profesional que tenga que introducir información de sus pacientes, lo hagan **siguiendo esta guía**.

Y no por obvio es menos importante este último consejo: como quiera que una buena parte de la información se va a registrar durante los contactos clínicos, y a veces con mucho apremio, es importante adquirir **soltura en el manejo del programa y del equipo informático**, y una mínima **velocidad mecanográfica**.

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. El **alta** y **la baja en el cupo de un médico** se encuentran en campos internos del programa.
- **Causa de paso a «Inactivo»** del paciente. En algunas versiones, se puede marcar como causa una entre varias opciones (Defunción, Duplicado o Traslado). Es aconsejable que la inactivación administrativa por defunción se haga después que el registro de los datos clínicos del fallecimiento (v. el apartado 16). 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 (p. ej., seis meses).

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. Lo ideal sería depurar los duplicados **antes de la primera exportación**, y después seguir haciéndolo una o dos veces al año.

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. Una vez efectuada la fusión, conviene revisar la historia conservada y eliminar en ésta los “episodios” que se hayan podido duplicar, pero salvando antes los cursos descriptivos que contenga esos “episodios” a eliminar. Con este fin, se puede emplear la función “Agrupar”, que sirve para convertir un “episodio” en un “curso descriptivo” de otro “episodio”, sin que se pierdan los “cursos descriptivos” que pueda contener aquél (en el apartado 6.4 se explican las limitaciones y los usos de esta función).

5. ETIQUETAS ESPECIALES PARA ALGUNAS HISTORIAS

Aunque su presencia es variable según los cupos, y en general minoritaria, existen **dos tipos particulares de historias que requieren etiquetas especiales** para poder distinguirlas. El procedimiento de etiquetado ha sido definido ex profeso en esta guía, al no disponer el programa de ningún campo, código o procedimiento específico para diferenciar estas historias, y consiste en realizar una **anotación distintiva en el campo Descripción de la ventana Gestión Condicionantes y Problemas**. Las historias que hay que etiquetar corresponden a:

- 1) **Pacientes cuyos registros son muy fragmentarios o imprecisos** por el motivo que sea. Se tecleará ***INDOC** (de «indocumentable»), con el **asterisco como primer elemento y sin dejar espacio entre el asterisco y la I**. Esta etiqueta se debe mantener en estado activo mientras persista la situación, pero se pasará a estado inactivo si se consigue un registro adecuado (especialmente en lo que se refiere a “episodios”, medicamentos, y antecedentes principales), y no se colocará a las primeras de cambio, sino cuando sea un problema persistente (lo natural será pedir informes a los pacientes, y dejarles un margen suficiente para que los traigan). En general, es más probable que precisen la etiqueta ***INDOC** aquellos pacientes que prefieren ser atendidos en la medicina privada, los desplazados que vienen sin informes, y los que son seguidos y tratados prácticamente de forma exclusiva en la atención especializada. En cualquier caso, hay que tener claro que esta etiqueta sólo se colocará si existen impedimentos para mantener unos registros suficientemente completos o fiables, y que si procede retirarla es aconsejable pasarla a Inactivos mejor que borrarla. Como la etiqueta se introduce como texto no va a llevar asociado ningún código CIAP:

- 2) **Pacientes imaginarios de prueba**. Se anotará ***PFIC** (de «paciente ficticio»). Esta etiqueta tampoco lleva código CIAP, y como es lógico, no hay que inactivarla en ningún caso.

Es importante asignar las **etiquetas *INDOC** (paciente indocumentable) y ***PFIC** (paciente ficticio) a las historias que lo requieran, que normalmente van a ser minoría.

6. 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-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades, versión novena).

La información relativa a los procesos y problemas de salud es capital desde el punto de vista epidemiológico, y 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” (que será el correspondiente al proceso o problema que lo motiva, si el registro se realiza correctamente).

6.1. 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** (p. ej., si un paciente es atendido en urgencias por hematemesis y melenas, y al preguntarle refiere heces melénicas desde tres días antes, hay que asignar al episodio de hemorragia digestiva alta la fecha de las primeras melenas, y no la fecha en que es atendido en urgencias).

La asignación de fecha a los “episodios”, especialmente los antiguos, puede resultar problemática si su inicio no está documentado y el dato depende de la memoria de los pacientes. El apartado Anamnesis permite asignar el inicio de los antecedentes a una edad del paciente (campo Edad inicio) o a un mes y un año concretos (campo Fecha inicio), y se adapta mejor que la ventana Gestión Episodios al registro de fechas aproximadas. Por eso, una alternativa válida para indicar











el inicio aproximado de algunos “episodios” es **copiándolos a Anamnesis y registrando su inicio como antecedentes** –este procedimiento es adecuado para “episodios” importantes, y no se debe aplicar a enfermedades banales y síntomas menores, ya que no conviene usar el apartado Anamnesis para introducir información superficial–. La forma más sencilla de que un “episodio” sea también un antecedente es arrastrando el “episodio” con el ratón al subapartado de Anamnesis más adecuado (v. más adelante).

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**.

Cuando el **“episodio” se copia en el apartado Anamnesis**, se le debe asignar al respectivo **antecedente** su **fecha aproximada** a través de los campos de inicio. Además, **cuando sea pertinente**, se añadirán **anotaciones** junto al nombre del antecedente o en el campo de texto anexo (p. ej., «...15-20 AÑOS DE EVOLUCIÓN», «...APROX DESDE 1995-97», «... F. INICIO DESCONOCIDA»).

Por otra parte, el programa OMI-AP permite **corregir la fecha asignada a un “episodio”** a través de la ventana Gestión Episodio, 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 lipídico actual.

En este último ejemplo, la asignación de fecha aproximada se podría efectuar a través de apartado Anamnesis, previa copia del “episodio” como antecedente, o a través del propio “episodio” (introduciendo como fecha, p. ej., 1/1/1991). Por otra parte, si el paciente aporta en un posterior contacto un informe de su médico de empresa o los análisis que motivaron el diagnóstico, lo más

correcto será cambiar la fecha del “episodio” por otra más adecuada en virtud de estos documentos.

En el subapartado 6.4 aparecen otros ejemplos de asignación de fecha a “episodios” que corresponden a diagnósticos.


6.2. 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-9, aunque existen algunos códigos CIAP que no se pueden vincular a un segundo código –p. ej., R07, que corresponde a rinorrea, estornudos o congestión nasal–).

El hábito de registrar los problemas de salud y los diagnósticos clínicos como “episodios” codificados favorece la validez y la eficiencia de la investigación epidemiológica que se realice a partir de estos datos.

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 6.4 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 extractar algunos informes clínicos), los descriptores CIAP pueden resultar algo limitados para la denominación de algunos “episodios”. En tales ocasiones puede ser útil añadir a los “episodios” un código CIE-9, a través de la ventana que se abre desde el Asistente CIAP al pulsar el botón CIE-9 Asociados . Este recurso es muy sencillo, y consigue que los descriptores de algunos “episodios” sean más informativos.

La doble codificación no sólo identifica mejor el “episodio”, sino que puede facilitar una preselección más ágil y específica de los pacientes a incluir en eventuales estudios.

Desde luego, el registro de un “episodio” de esta manera depende en último término del criterio del médico colaborador, y no corresponde a esta guía delimitar todos los casos particulares en que habría que hacerlo. En general, el segundo código lo merecerán los “episodios” en los que se llegue a un diagnóstico que no se pueda registrar de manera específica con un descriptor CIAP pero sí a través de los descriptores CIE-9 asociados.

Por otra parte, la doble codificación no va a ser necesaria en muchas ocasiones, ya que es bastante normal encontrar con el Asistente CIAP un descriptor tan específico como cualquiera de los posibles códigos y descriptores CIE-9 asociados, o más. En tales casos es perfectamente adecuado que el “episodio” lleve sólo el código CIAP. Ejemplos:

- GONARTROSIS – L99 es más adecuado en muchos casos que cualquiera de los múltiples descriptores de la CIE-9 asociados a este código.
- FIEBRE ORIGEN DESCONOCIDO – A03 resulta más claro y más adecuado que FIEBRE NEOM/HIPERPIREXIA/PIREXIA ORIGEN DESCONOCIDO – A03/780.6.
- MIASTENIA GRAVIS – N99 es igual de informativo y más rápido de introducir que MIASTENIA GRAVE – N99/358.0.

Explorar estos ejemplos y otros que surjan en la práctica diaria a través del Asistente CIAP es un ejercicio muy recomendable para quien se esté iniciando en el manejo de OMI-AP, y permite apreciar mejor las posibles ventajas y limitaciones de los descriptores CIE-9.

Para que el registro de los “episodios” sea más ágil, es aconsejable habituarse a manejar el Asistente CIAP en consulta, dominar la doble posibilidad de búsqueda de descriptores (a través de texto –la más habitual–, y a través de códigos CIAP), y emplear juiciosamente la doble codificación.

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.:

13/09/2001 - CANCER PULMON
13/09/2001 - 1 - CARC CELS PEQ (P. DCHO)

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**

Un uso diferente del texto añadido al descriptor es el de las anotaciones **RN VARÓN NORMAL** o **RN HEMBRA NORMAL** en los “episodios” de parto, o, similarmente, de anotaciones tales como **RN HEMBRA** o **FETO** en los “episodios” de las madres y embarazadas que corresponden a anomalías fetales o neonatales de sus hijos, a fin de especificar quién es el verdadero portador del trastorno o la malformación, y así evitar confusiones (v. el apartado 15).

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.

Además, los descriptores originales (con sus palabras, abreviaturas, siglas, paréntesis, barras, puntos, comas, etc.) pueden servir para complementar a los códigos CIAP de los “episodios” en la selección de casos para los estudios epidemiológicos, ya que un código CIAP suele tener asignado más de un descriptor original.

6.3. “Índice de severidad”

Cuando se abra un **nuevo “episodio”** se puntuará 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

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

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).

Muchos procesos son susceptibles de recalificación a lo largo de su evolución (p. ej., una cardiopatía isquémica podría recibir inicialmente un 3, evolucionar a 4 al cabo de equis tiempo, y volver a 3 después de una angioplastia). Sin embargo, como no existe constancia de la fecha en que este índice se modifica, se recomienda **no cambiar la calificación que se le asigne inicialmente** (la evolución del “episodio” y el estado del paciente queda reflejada de todos modos a través los sucesivos “cursos descriptivos” vinculados a ese y a otros “episodios”).

6.4. 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. En más de una ocasión, este procedimiento va a evitar el error de registrar como “episodios” diagnósticos que posteriormente se descartan. Sin embargo, se recomienda vivamente **no caer en el abuso de esta aplicación**, pues luego puede resultar engorroso tener historias clínicas con abundancia de este tipo de “episodios”, que deberían ser, en buena lógica, poco frecuentes (v. el ejemplo de “episodio” PENDIENTE que aparece más adelante en este mismo apartado, y el que aparece en el apartado 8).

Si inicialmente se ha abierto un **“episodio” correspondiente a un signo o síntoma**, es adecuado **conservarlo, y crear un segundo “episodio” que refleje específicamente el diagnóstico final**. De este modo se van a conservar códigos que pueden tener utilidad epidemiológica. Cuando un **nuevo proceso** debuta con **varios síntomas** se puede **elegir uno de ellos como “episodio”** –con la condición de que esté entre los descriptores del Asistente CIAP–, o bien, se puede abrir un **“episodio” PENDIENTE**. Por supuesto, en ambos casos hay que estar atento a registrar puntualmente como “episodio” el diagnóstico de confirmación al que se llegue.

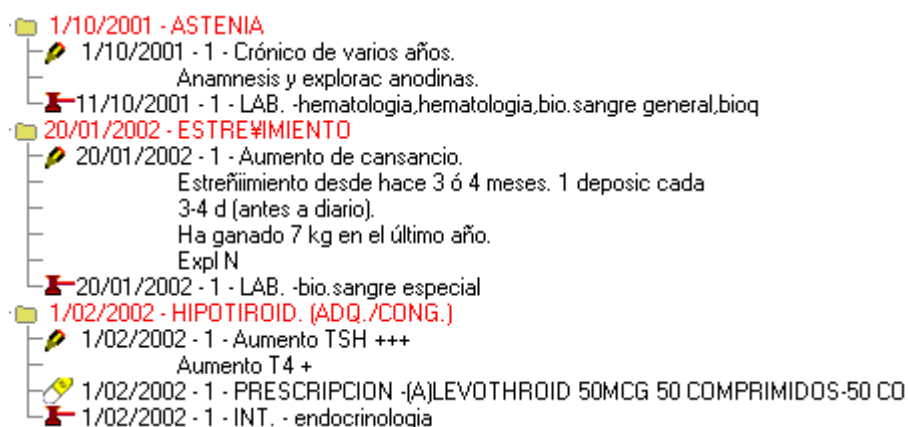
Naturalmente, si se concluye que el **descriptor de un “episodio” refleja un diagnóstico erróneo**, se debe **sustituir por un descriptor adecuado al diagnóstico de confirmación**, o bien **“agrupar” el “episodio” a un “episodio inespecífico** si no se ha llegado a confirmar su diagnóstico. En estos casos, es importante añadir un “curso descriptivo” en texto libre que aluda al cambio del registro y su motivo.

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:

- 30/09/2001 - FIEBRE (FEBRIL)
 - 1/10/2001 - 1 - Fiebre alta, cefalea y molestias abdominales. Explorac. TA 110/70. FC:80. Neuro N. Ausc. N. No signos meníngeos. Leves molestias abdom a la palpación.
 - 1/10/2001 - 1 - PRESCRIPCION -(A)DOLOSTOP 650MG 20 COMPRIMIDOS-20 COMP
 - 4/10/2001 - 1 - Persiste fiebre, cefalea y molestias abdominales
 - 4/10/2001 - 1 - LAB. -hematologia,hematologia,bio.sangre general,sero
- 30/09/2001 - FIEBRE TIFOIDEA
 - 7/10/2001 - 1 - PRESCRIPCION -(A)SEPTRIN FORTE 800/160 20 COMPRIMIDOS-

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. Por otra parte, es bastante normal no poder asignar a los “episodios” crónicos una fecha precisa de inicio, en cuyo caso resulta adecuado asignarle al “episodio” del diagnóstico la del primer hallazgo objetivo que apunte a ese diagnóstico o lo confirme. Así, en el siguiente ejemplo se ha optado por asignar al “episodio” de hipotiroidismo la fecha del análisis de hormonas tiroideas, y no la del estreñimiento o la de la astenia:



En el anterior ejemplo también hubiera sido correcto asignar al “episodio” de hipotiroidismo la misma fecha que el “episodio” de estreñimiento, al ser éste el síntoma que ha llevado al diagnóstico, o incluso la del “episodio” de astenia, que con gran probabilidad se debe igualmente al hipotiroidismo. La evolución de estos síntomas después de iniciar el tratamiento sería otro dato a tener en cuenta para decidir finalmente una fecha para el “episodio” (si mejoran ambos síntomas, cabría asignarle al hipotiroidismo la fecha del primero, es decir, la del “episodio” ASTENIA).

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:



Ejemplo de diagnóstico incorrecto tal como quedaría en la ventana [Gestión texto libre-...]:

Texto libre									
Fecha	15/02/2001								
Descripción	Visto ayer en urg. Se descartó IAM.								
	<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>4/06/1998</td> <td>HIPERCOLESTEROLEMIA (P)</td> </tr> <tr> <td>14/02/2001</td> <td>INFARTO AGUDO DE MIOC</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Descripción	3/03/1997	HTA (NO COMPL.)	4/06/1998	HIPERCOLESTEROLEMIA (P)	14/02/2001	INFARTO AGUDO DE MIOC
Fecha	Descripción								
3/03/1997	HTA (NO COMPL.)								
4/06/1998	HIPERCOLESTEROLEMIA (P)								
14/02/2001	INFARTO AGUDO DE MIOC								

Ejemplo de diagnóstico corregido. En el mismo ejemplo de la figura anterior, se ha “eliminado” el “episodio” erróneo previo mediante simple modificación de su nombre (y de su código, aunque no se vea en la figura):

Texto libre									
Fecha	15/02/2001								
Descripción	Visto ayer en urg. Se descartó IAM.								
	<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>4/06/1998</td> <td>HIPERCOLESTEROLEMIA</td> </tr> <tr> <td>14/02/2001</td> <td>ESPASMO ESOFAGICO</td> </tr> </tbody> </table>	Fecha	Descripción	3/03/1997	HTA (NO COMPL.)	4/06/1998	HIPERCOLESTEROLEMIA	14/02/2001	ESPASMO ESOFAGICO
Fecha	Descripción								
3/03/1997	HTA (NO COMPL.)								
4/06/1998	HIPERCOLESTEROLEMIA								
14/02/2001	ESPASMO ESOFAGICO								

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
FIEBRE (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	
PERDIDA PESO – T08	Además ictericia, náuseas, malestar y dolor sordo en epigastrio...	INCORRECTO
ICTERICIA – T08	Además pérdida de peso no precisada, náuseas, malestar y dolor sordo en epigastrio...	CORRECTO
El descriptor incorrecto es más inespecífico y menos objetivo que el correcto.		

“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
El descriptor incorrecto es inespecífico. 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.		

“EPISODIO”	Texto libre	
HEPATITIS VIRAL NC – D72	IgM antiVHA +	INCORRECTO
HEPATITIS A – D72	IgM antiVHA +	CORRECTO
El descriptor incorrecto es relativamente inespecífico. El descriptor correcto es el más específico		

“EPISODIO”	Texto libre	
INFECCION, APARATO RESPIRATORIO NC – R83	Rx: condensación LSD	INCORRECTO
NEUMONIA BACTERIANA (DEMOST. / PROB.) – R81	Rx: condensación LSD	CORRECTO
El descriptor incorrecto es inespecífico. El descriptor correcto es más específico, y resulta adecuado para las neumonías adquiridas en la comunidad sin criterios de gravedad.		

“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.		

6.5. 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,...). Para registrar esta información adecuadamente es recomendable programar una consulta larga o dedicar más de una consulta a algunos pacientes (pluripatológicos, ancianos, sin informes previos –o por el contrario, con muchos informes–), mejor que hacerlo a la carrera durante una consulta normal. La fecha de comienzo de los “episodios” debe tener, como siempre, toda la precisión que sea posible.

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 [Anamnesis-...]**, y no en el apartado de “episodios”, que se reservará para las enfermedades y procesos activos. Cuando por su entidad se estime conveniente registrar un nuevo diagnóstico o problema de salud en Anamnesis, resulta mucho más cómodo abrir primero el “episodio” y posteriormente arrastrarlo con el ratón hasta el subapartado de Anamnesis que corresponda (anotar estos datos como antecedentes o utilizar el Asistente CIAP a través de Anamnesis supone un esfuerzo añadido).

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. (v. en el apartado 5 el etiquetado especial de algunos tipos de historias a través de Condicionantes y Problemas).

7. “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.).

Es muy importante tener siempre en cuenta que sólo se van a exportar los primeros 270 espacios de cada “curso descriptivo” en texto libre. En consecuencia, hay que procurar escribir **anotaciones breves (como máximo, cinco líneas)**.

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

- **Datos de anamnesis relativos a un “episodio” actual** (los antiguos irían en el apartado Anamnesis). Así, la **automedicación y cualquier medicación que refiera haber empleado el paciente por una enfermedad o síntoma actuales** (v. el apartado 9.7). 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 9.7).
- 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 17.
- **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 12), registrarlo en Condicionantes y Problemas, o bien registrarlo como “DGP” a través de un protocolo (v. el apartado 17).
- **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 17).
- **Escribir anotaciones excesivamente largas.** A través de la pantalla [Apuntes Historia Clínica-...] es muy fácil **repartir entre varios “cursos descriptivos” las anotaciones importantes que ocupen más de cinco líneas.**
- **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
La dra \\ Ana Sánchez Bayo ha indicado eco centrada en páncreas y Spasmocetyl 1-1-1	La dra	NO
Remitido desde \\ Alcalá por la Dra. Ortega.	Remitido desde	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).

8. 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**. En estos casos es útil **conservar los calcos** como recordatorio para registrarlas cuando se pueda. 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 9.6).

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 o 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. Soplo 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	 30/09/2001 - FIEBRE (FEBRIL)  3/10/2001 - 1 - 4º d fiebre alta, cefalea, mialgias y artralgias. No síntomas resp. Expl. anodina. No meníngeos...
<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	 3/10/2001 - FIEBRE (FEBRIL)  3/10/2001 - 1 - 4º d fiebre alta, cefalea, mialgias y artralgias. No síntomas resp. Expl. anodina. No meníngeos...
<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	 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	 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>	

Los pacientes del médico colaborador también van a ser atendidos por suplentes y otros médicos del equipo. El registro de los datos relevantes derivados de estos contactos puede ser muy desigual. Desde luego, las deficiencias graves (p. ej., que no se use el ordenador en absoluto, que no se registren “episodios” ni prescripciones, etc.) difícilmente se van a poder subsanar. Por consiguiente, conviene difundir las recomendaciones de la guía dentro del equipo, y pasarle siempre copia de ésta a los suplentes.

9. 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 <http://www.cof.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 vinculación de la información clínica a “episodios” tiene gran valor de cara a la investigación farmacoepidemiológica, pues cada uno de los medicamentos va a ir ligado al “episodio” que motiva su prescripción.

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 (p. ej., si a una paciente con migrañas se le receta con frecuencia un analgésico a partir de un “episodio” preexistente de tendinitis, en vez de asignar las recetas correctamente a su “episodio”, es evidente que se estará introduciendo un error importante; en este ejemplo, la asignación correcta no sólo evidencia la existencia de migrañas sino también su tendencia a recurrir).

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. A veces no se dispone de más información sobre la medicación indicada previamente por otros médicos que lo que cuentan los propios pacientes. Si no se conoce cuál fue la indicación más antigua, se elegirá una según arte (p. ej., un diurético en un paciente con HTA e insuficiencia cardiaca congestiva podría estar en cualquiera de ambos “episodios”; si la insuficiencia cardiaca es posterior a la HTA, y refiere que lo usaba antes de empezar con síntomas de insuficiencia cardiaca lo correcto sería asignarlo a la HTA; si después de empezar con síntomas de insuficiencia cardiaca, se podría vincular mejor a ésta).

9.1. 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 9.7). 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 9.6).
- 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**. Por ello, es **preferible recurrir a “cursos descriptivos” en texto libre** dependientes del “episodio” que motiva el cierre o del que contiene la prescripción, procedimiento que sirve además para anotar, si es el caso, la fecha en que el paciente ha dejado de utilizar el medicamento en cuestión.

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**.

Aunque sería posible abrir una prescripción cerrada y modificar su posología una vez reabierta, esto es algo que hay que evitar si no se quiere perder información, y además porque es mucho más sencillo utilizar el botón Copiar Prescripción con esta misma finalidad, y seguidamente marcar la prescripción copiada como abierta (v. más adelante).

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 9.7).

9.2. 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 9.6), 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.

9.3. 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)**:

Recetas	<input type="text" value="1"/>	Envases	<input type="text" value="1"/>
Posología (Impreso)	<input type="text" value="1.0"/>	<input type="text" value="12.0"/>	
Duración del TTO.	<input type="text" value="5"/>	Días	<input type="text" value="0"/>
Origen	<input type="text" value="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:

Prescripción

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**

Recetas: **1** Envases: **1**

Posología (Impreso): **1.0** **12.0**

Duración del TTD: **3** Días: **0** Meses

Tipo de receta: **Aguda** **Crónica**

Tipo de toma: **Normal** **Cíclica**

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:

Prescripción

Nombre Comercial: **VOLTAREN 50MG 40 COMPI**

Presentación: **40 COMPRIMIDO ORAL**

Código: **662205** Unidades por env

Posología: **desay y cena**

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 TTO.: **0** Días **0** Meses

Origen: **EN EL CENTRO**

Alergias Paciente

Tipo de receta:

- Aguda
- Crónica
- Demanda

Tipo de toma:

- Normal
- Cíclica

Recogida recetas:

- Administración
- Consulta
- Domicilio

Dosis: **6** Intervalo: **7**

Situación Actual Recetas

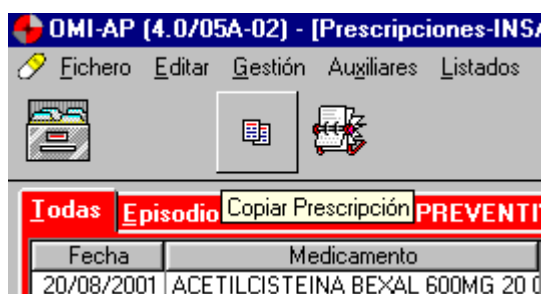
Se considera aceptable la estrategia adoptada en algunos equipos de registrar toda la medicación de uso indefinido como prescripciones “a demanda” (lo que permite evitar algunos problemas inherentes a las recetas “crónicas” –v. el apartado 9.6–).

9.4. 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.

Por consiguiente, **nunca se cambiará la posología modificando los datos posológicos de una prescripción abierta anteriormente.**

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. De este modo se abrevia el procedimiento, y en cualquier caso, el programa deja de considerar “activas” de forma automática a todas las prescripciones en las que no se registra ninguna receta en noventa días. 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.

Si se prescribe un nuevo medicamento, se cambia a uno con distinto nombre comercial pero igual principio activo, o se prescribe una presentación o formulación distinta pero de igual nombre comercial, no cabe plantearse dudas sobre cómo registrarlo: se trata de especialidades distintas, tienen por ello códigos de especialidad farmacéutica propios, y el programa obliga, en buena lógica, a abrir una nueva prescripción (es decir, no sirve en estos casos el botón Copiar prescripción).

El botón Copiar prescripción además es muy útil para registrar una fecha de prescripción anterior a la registrada inicialmente, y para evitar la duplicación de registro ante una eventual impresión defectuosa o en modelo de receta equivocado (en el apartado 9.6 se explican los pasos a seguir, y las precauciones que hay que tener para no perder información previa).

9.5. 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 9.7). Ejemplo:

Todos				
Fecha	Curso descriptivo	Méd.	CIAP	
20/07/2001	INT. - cardiología	1		PALPITACIONES
1/09/2001	PRESCRIPCIÓN A 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.)

En este ejemplo, una alternativa válida para precisar el origen sería anotar el medicamento prescrito en el campo de respuesta de la interconsulta (v. apartado 10).

9.6. 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.** Este truco resulta muy útil durante la consulta para registrar las recetas hechas con el talonario en caso de **avería de la impresora** o **cuando no hay impresos** de receta para impresora, (al ponerlo en práctica aparecen periódicamente ventanitas de aviso en la pantalla, pero es muy sencillo ir cerrándolas sobre la marcha, y no por ello se altera el funcionamiento del sistema). Cuando se tengan que hacer recetas de talonario y no se puedan registrar en ese momento (p. ej., durante un aviso a domicilio), es muy útil conservar los calcos como recordatorio para registrar las recetas cuando se pueda.

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. Para minimizar este problema lo mejor es adoptar **medidas preventivas** (ajuste de la impresora, colocación correcta de los impresos, comprobación del tipo de receta). Si a pesar de estas medidas se produce de vez en cuando una mala impresión de recetas, hay varias formas posibles de evitar la duplicación de registros:

- 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. En general, ésta se va a ver en la ventana [Prescripciones-...] en una línea inferior a la original. Es **muy importante** prestar atención y **no borrar la prescripción original** (lo que supondría borrar toda la información de recetas previas contenidas en el “Histórico...”).
- 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»)

En el caso de las recetas que se van repitiendo periódicamente, las duplicaciones son un problema, pero al menos se podría inferir el exceso de recetas registradas a través de los datos de posología. Sin embargo, cuando dos recetas de una prescripción “aguda” lleven la misma fecha será imposible distinguir sólo con este dato si realmente se han entregado ambas, o si una de ellas corresponde a un duplicado.

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.

En consecuencia, una recomendación importante es **no imprimir las recetas de cada tanda con demasiada antelación** a su recogida (las recetas deberían estar **disponibles** para los pacientes **la misma semana** en que se imprimen). Generalmente, esto va a depender de la cooperación del **personal administrativo**, que suele ser el encargado de la impresión y de la entrega de las recetas en la mayor parte de los centros en los que se pone en marcha el “circuito”.

9.7. 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 17). 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 9.1):
 - «Ameride 1/2 c al día, comenzó aprox 2 meses por “subida de tensión con mareo”, según refiere se lo mandaron en el Sº 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.»
 - «Lanacordín 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 2º 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.

9.8. 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»).

10. INFORMES DE ESPECIALISTAS Y DE SERVICIOS DE URGENCIAS

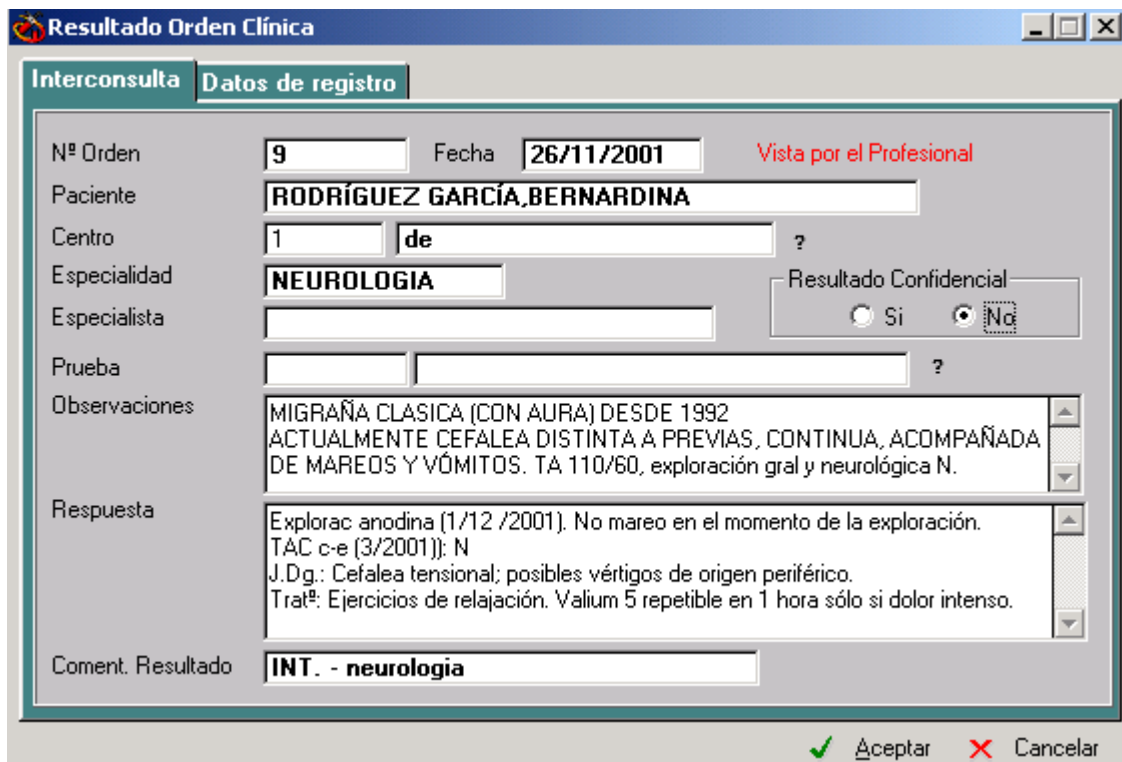
En general, las **interconsultas a especialistas** y las **derivaciones urgentes** se deben registrar como **Órdenes Clínicas**, especificando el **motivo principal** en el campo Observaciones.

Cuando se recibe un **informe de especialista** hay que extractar 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 6.4, 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: 9 Fecha: 26/11/2001 Vista por el Profesional

Paciente: RODRÍGUEZ GARCÍA, BERNARDINA

Centro: 1 de ?

Especialidad: NEUROLOGIA

Especialista: ?

Prueba: ?

Observaciones: MIGRAÑA CLÁSICA (CON AURA) DESDE 1992
ACTUALMENTE CEFALEA DISTINTA A PREVIAS, CONTINUA, ACOMPAÑADA DE MAREOS Y VÓMITOS. TA 110/60, exploración gral y neurológica N.

Respuesta: Explorac anodina (1/12 /2001). No mareo en el momento de la exploración.
TAC c-e (3/2001): N
J.Dg.: Cefalea tensional; posibles vértigos de origen periférico.
Tratº: Ejercicios de relajación. Valium 5 repetible en 1 hora sólo si dolor intenso.

Coment. Resultado: INT. - neurologia

✓ Aceptar ✗ Cancelar

En este ejemplo, si se decide prescribir el medicamento recomendado por el especialista, se hará dentro de un nuevo “episodio” CEFALEA, A TENSION 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:

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

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
- «Algídol 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 **fotocopias de 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 copia –en papel o por escáner– de los informes clínicos que aporten nuevos datos clínicos significativos**, desde el inicio de la colaboración.*

Cuando sean los propios especialistas los que registran la información de los pacientes a través de OMI-AP, se utilizarán para los estudios de validación impresiones selectivas de estos datos, en las que también hay que eliminar los datos identificativos personales.

Los pacientes seleccionados para los estudios van a estar muy repartidos entre los médicos colaboradores, de tal manera que la anonimización y el envío de las copias no va a suponer una carga significativa de trabajo prácticamente nunca.

11. 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 6.4).

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 17 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 6.2):

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.**

12. 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 17). 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).

13. 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).

14. 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 17), 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.

15. 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 17).
- 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 Asistente CIAP incluye además un descriptor de parto prematuro dentro del código W84 (PREMATURO PARTO) –v. después–.

- 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 **muerres 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

16. 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 algiás

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 17).

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).

17. 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”.

Etiquetado y “regeneración” 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).

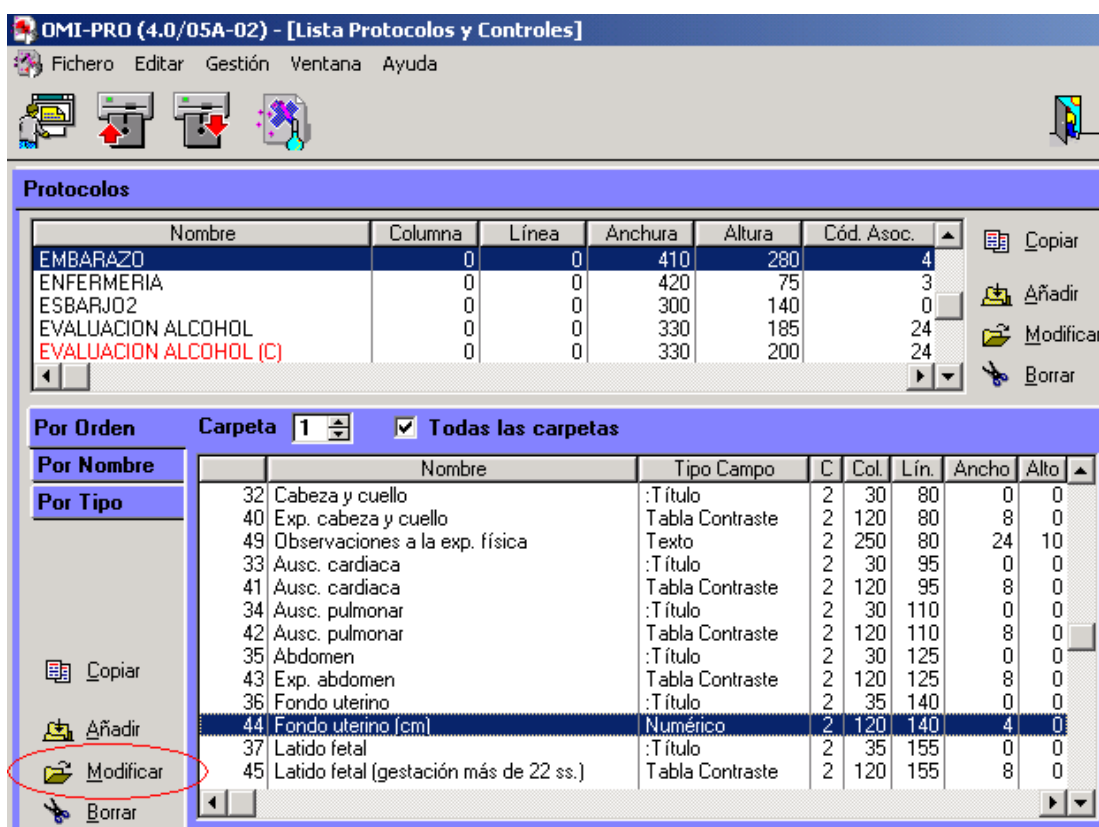
La existencia de información clínica relevante en campos sin etiqueta de “DGP” es un problema que puede afectar a todos los protocolos, y no sólo a los de nueva creación. Para evitar la “pérdida” de datos relevantes **es muy importante:**

- **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.**

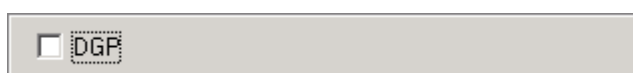
La revisión de protocolos se podrá realizar a lo largo de los primeros meses de colaboración. En general, se va a requerir la participación de usuarios autorizados (los usuarios normales no suelen tener permiso para configurar protocolos). El etiquetado de campos sólo se puede aplicar a los protocolos modificables (algunos pueden ser inmodificables), y utilizando los “DGP” que estén disponibles (existen distintos modelos de “DGP”, y además el listado se puede modificar y expandir).

El procedimiento de revisión de protocolos comprende los siguientes pasos:

1º) **Comprobar si los protocolos tienen campos no etiquetados.** Implica la revisión de todos los protocolos modificables (ya sean protocolos precargados en el programa, o creados por el propio equipo). Esto se realiza a través de la ventana [Lista Protocolos y Controles] de OMI-PRO:



Se marca el campo a revisar (no hace falta en los de tipo Título, que no son campos para introducir datos y no admiten etiquetado), y pulsando Modificar se llega a la ventana [Gestión Campo]. Si el campo no ha sido etiquetado, en la parte inferior del apartado Definición Campos Protocolo de esta ventana se verá lo siguiente:




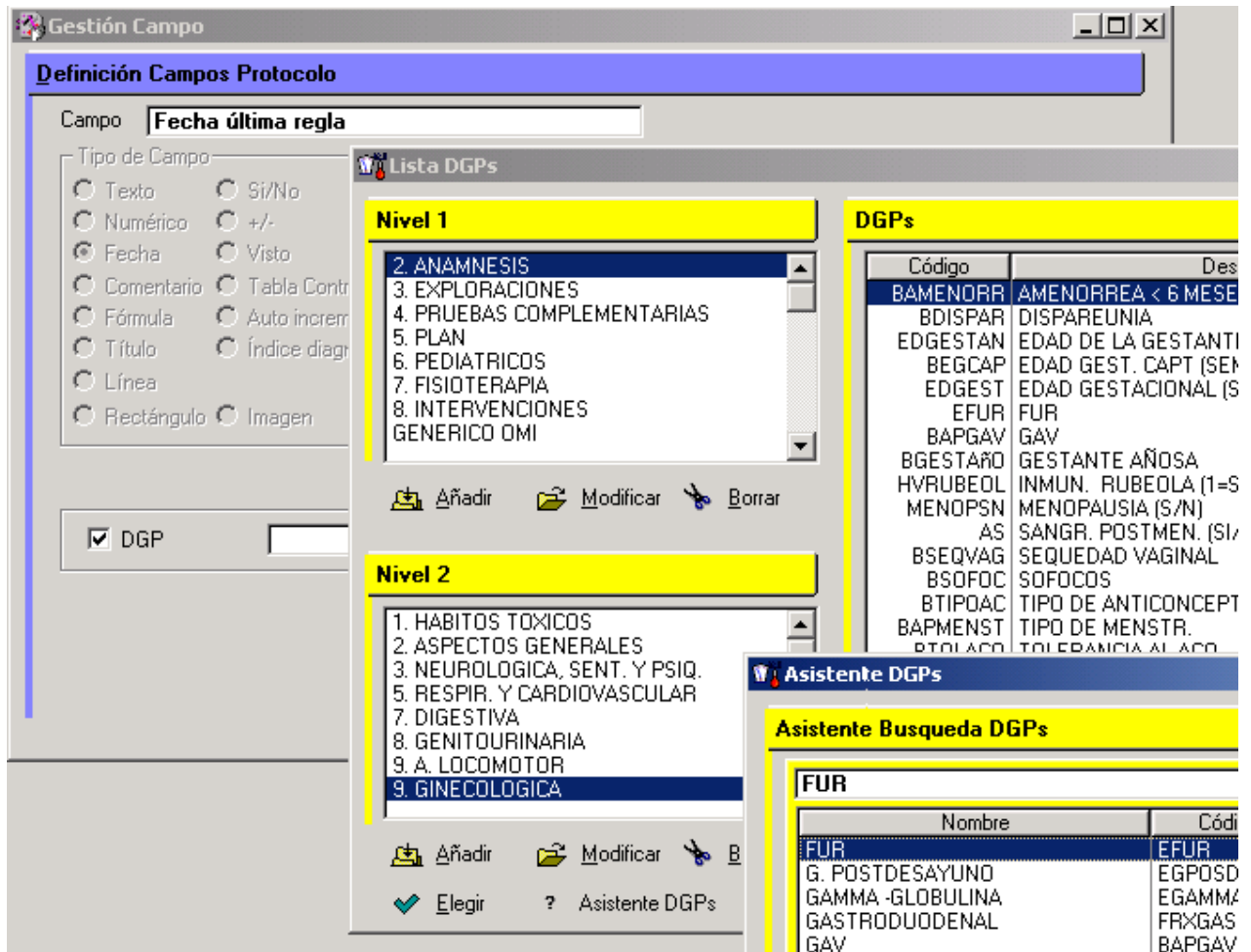
2º) **Etiquetar los campos no etiquetados.** El etiquetado debe ser lo más específico posible, especialmente en aquellos campos que contengan información clínica relevante. Se van a dar dos posibles situaciones:

A) **Campo sin etiquetar al que se le puede asignar un “DGP” preexistente.** El procedimiento se explica a través del siguiente ejemplo:

Dentro de un protocolo de seguimiento del embarazo se ha comprobado que los campos «Fecha última regla» y «Edad gestacional al término» no están etiquetados. Se decide comenzar por el etiquetado del campo «Fecha última regla». Para buscar el “DGP” que mejor se ajuste, se marca el recuadrillo DGP en el apartado Definición Campos Protocolo:



A continuación, se pulsa el botón  que hay a la derecha del campo en blanco, y surge la ventana [Lista DGPs]. A través de ésta, se puede buscar y seleccionar un “DGP” específico para el campo que se pretende etiquetar (además, la búsqueda se puede completar o realizar directamente a través del Asistente DGPs):



Una vez seleccionado el “DGP” específico (el que tiene código EFUR y descripción FUR), se pulsa el botón Elegir, con lo que ya está hecho el etiquetado de «Fecha última regla». La descripción se verá a partir de ahora en el campo que antes estaba en blanco:

A continuación, se procede de la misma manera con el campo «Edad gestacional al término», seleccionando ahora PEDADGE – EDAD GESTACIONAL (SEM) como “DGP”.

Nota: los códigos y descripciones de “DGP” de este ejemplo pueden no coincidir con los existentes en algunos centros.

B) Campo sin etiquetar pero no codificable con un “DGP” preexistente (infrecuente pero posible). En este caso, habría que añadir previamente un nuevo “DGP” a la lista. Normalmente, esto sólo se va a poder hacer con la colaboración de los servicios de salud y las gerencias, dado que los equipos de atención primaria no suelen estar autorizados a añadir nuevos “DGP”.

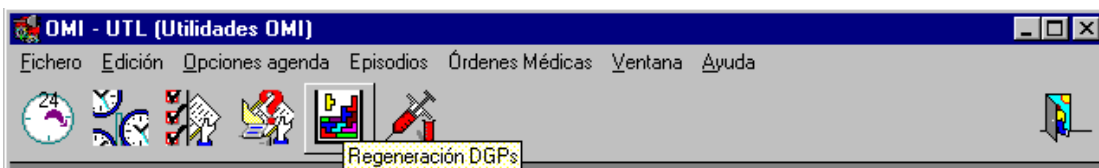
Ejemplo: Al revisar los campos del protocolo de fallecimiento, se comprueba que el campo «fecha muerte» no está etiquetado y además no se encuentra ningún “DGP” que corresponda a la fecha de la muerte en el listado.

Lo siguiente es crear un “DGP” (o sea, un código y una descripción) adecuado para la fecha de la muerte:

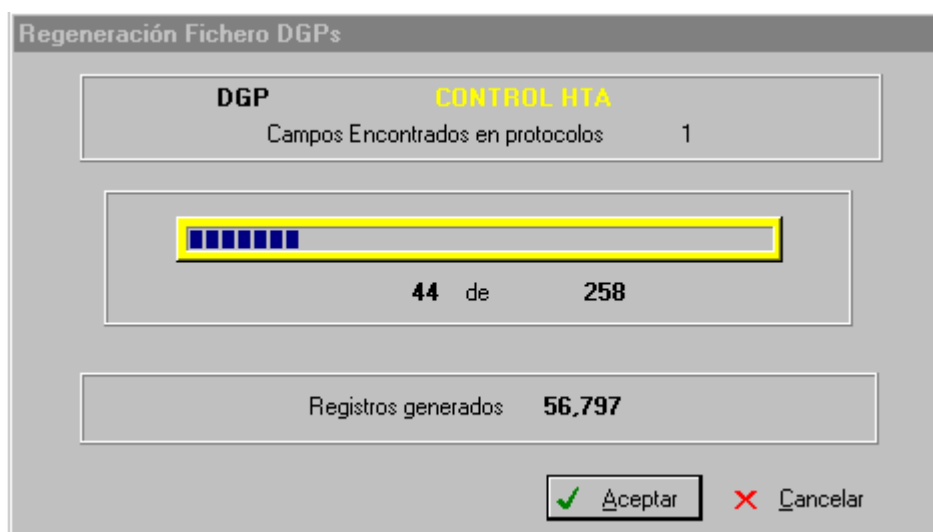
Una vez actualizado el listado con este nuevo “DGP”, se seguirá el mismo procedimiento que en el ejemplo previo.

Como el número de protocolos puede ser considerable (p. ej., más de cincuenta), **la revisión y etiquetado de campos se puede repartir entre varias sesiones** si es preciso.

3º) “Regenerar” los “DGP”. Esto se realiza a través de OMI-UTL:



La “regeneración” permite que no se “pierdan” los datos introducidos hasta la fecha en campos recién etiquetados. El proceso puede durar horas y para el buen funcionamiento del mismo no debe haber ningún usuario accediendo al programa. Por ello, se recomienda iniciarlo de noche, o bien, un fin de semana. El estado del proceso se va a poder seguir en pantalla:



DATOS DE INTERÉS FARMACOEPIDEMIOLÓGICO

- **Datos demográficos y administrativos → pág. 6**
- **Procesos de morbilidad, acontecimientos clínicos, factores de riesgo, problemas de salud y diagnósticos → págs. 8-20**
- **Contactos clínicos → págs. 24-26**
- **Nuevos síntomas → págs. 24-25**
- **Anotaciones → págs. 21-23**
- **Medicación → págs. 27-38**
- **Informes de especialistas y de servicios de urgencias → págs. 39-41**
- **Ingresos → pág. 42**
- **Intervenciones quirúrgicas → pág. 42**
- **Pruebas complementarias → pág. 43**
- **Vacunaciones e inmunizaciones → pág. 44**
- **Embarazos y su desenlace → págs. 46-49**
- **Fallecimientos → págs. 50-51**
- **Datos complementarios → págs. 52-57**