



Historia Clínica Digital
Conceptos comunes y
definiciones.
Enfoque desde la
Atención Primaria

Unidad Técnica de Registros en
Atención Primaria
20/11/2018

Índice

Introducción	3
Objetivos.....	3
Alcance.....	3
Problema de salud	5
Problema de salud activo.....	6
Alerta.....	7
Problema de salud inactivo.....	8
Antecedente personal.....	8
Determinantes de la salud	10
Antecedentes familiares.....	10
Determinantes medioambientales.....	10
Estilos de vida.....	10
Organización de la información en la HCE a partir del PS	11
Episodio de atención.....	11
Proceso asistencial.....	12
Procedimientos	14
I-Pruebas diagnósticas.....	14
Los resultados de pruebas.....	15
II-Intervenciones terapéuticas.....	16
Terapias farmacológicas.....	16
La receta electrónica.....	17
Procedimientos terapéuticos no farmacológicos.....	18
Planes de cuidados de enfermería.....	18
III-Nota sobre las “Actividades preventivas y de Promoción de la Salud”	19
El caso especial de las vacunas.....	20
Interconsultas	21
Incapacidad Temporal (IT)	22
Voluntades anticipadas o instrucciones previas	23
Nota: Formularios vinculados a programas/protocolos	23
Nota: Proyecto de implantación de terminología clínica estandarizada, en AP	24

Introducción

La homogeneización de ciertos aspectos de las Historias Clínicas Electrónicas (HCE), ha sido identificada como una necesidad por representantes de las comunidades autónomas en la Unidad Técnica de Registros en Atención Primaria.

Esta necesidad se plantea como consecuencia de haberse ido produciendo un proceso de dispersión en los diseños, por el cual diferentes modelos de HCE utilizan un mismo enunciado para conceptos diferentes y, al contrario, un mismo concepto es denominado de distinta manera en unos y otros aplicativos.

Como consecuencia de ello, se dificulta el buen entendimiento entre diferentes profesionales asistenciales, de entrada dentro de una misma comunidad.

Objetivos

Para este trabajo se parte de algunas premisas vinculadas al propio concepto de historia clínica electrónica y persigue, en principio, una doble finalidad.

- ⇒ De una parte, garantizar que cualquier profesional que tenga que acceder a la HCE de una persona, localice fácilmente en ella la información relevante y pueda interpretar lo mismo bajo una misma denominación.
- ⇒ De otra, relacionada y derivada de la anterior, facilitar los procesos de interoperabilidad ya previstos y en marcha entre distintas HCE.

Para ello, es claro que la HCE ha de aunar, articular y mostrar la información que en cada momento sea relevante para la atención clínica, y hacerlo de forma clara y rápida. Ello implica no solo que la información tenga que estar bien estructurada, sino que además resulte sencilla en su uso (intuitiva) –máxime si un profesional ha de acceder a lo registrado por otro–.

Alcance

En este documento se exponen únicamente los conceptos más relevantes y de uso habitual tras el análisis realizado.

No se presenta un análisis exhaustivo de los distintos componentes de una HCE, ni se pretende establecer cómo deben ser las HCE. Ni su diseño global ni el amplio conjunto de funcionalidades que pudieran habilitarse constituyen el cometido de este trabajo.

Ahora bien, no se puede olvidar que la concepción de una HCE, más allá de su función de conformar un registro acumulado más o menos ordenado, es la de servir de herramienta de ayuda en consulta.

Por ello, no se puede perder de vista ni dejar de mencionar que la disponibilidad actual de funcionalidades basadas en capas de software inteligente permitiría ofrecer una gama muy amplia de ayudas al profesional.

Entre dichas ayudas podría encontrarse desde la automatización de determinados procesos, a la no reiteración de registros para diferentes objetivos, la recepción de avisos, de alertas, o la consulta de algoritmos o árboles de decisión. Todo ello, se presume, integrado en la propia HCE (es decir, si necesidad de “salir” de ella).

En algunos casos concretos, se apuntan en el documento algunas funcionalidades básicas, que surge de forma casi inseparable al concepto que se está analizando. En esencia, facilitadoras de la labor de registro de los profesionales asistenciales.

Para esta labor de registro la usabilidad de las aplicaciones, globalmente consideradas, tiene un papel importante. Citar aquí simplemente, a modo de ejemplo, la importancia de valorar el número de apartados-subapartados, navegación adelante-atrás y, en general, del número de “clics” que se han de realizar en el transcurso de la atención clínica para registrar, o acceder, a cada uno de los distintos elementos de información.

Se entiende que dicha usabilidad es inversamente proporcional al número de clics. Ello no solo incide en el tiempo a dedicar al registro sino en la calidad de dicho registro.

Volviendo al núcleo del documento, se presenta un conjunto de conceptos y definiciones consensuados por la **Unidad Técnica de Registros en Atención Primaria** y propuestos para su uso compartido por las comunidades y, por ende, por los aplicativos de HCE. Cuando se propone alguna funcionalidad, se señala sombreada y en cursiva.

Si bien el enfoque que impregna el documento es el de la Atención Primaria, hay elementos y conceptos que, a priori, se entienden comunes a cualquier nivel asistencial, debiendo servir para facilitar la comunicación entre profesionales de distintos ámbitos asistenciales, especialmente teniendo en cuenta el avance hacia historias clínicas compartidas.

El documento ha sido refrendado por los representantes autonómicos en el Grupo de Trabajo del SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria) y los de la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS.

Problema de salud

Se entiende por Problema de Salud cualquier circunstancia de índole biológica, psíquica o social, que requiere o puede requerir de una intervención sanitaria –bien exclusiva o bien con el concurso de servicios sociales o comunitarios–.

Estas circunstancias pueden ser síntomas, signos, diagnósticos, o condiciones en las que se encuentra la persona y que requieren de dicha atención.

Constituyen la información sanitaria central y básica de las personas y, por tanto, de sus HCE.

Por ello, la anotación o enunciado de un problema de salud realizado por un profesional de **medicina o de enfermería**, ha de resultar claramente entendible por cualquier otro, y aportarle información que sea relevante para la atención.

Para ello ha de reunir dos características, la facilidad de registro (uso de lenguaje clínico habitual) y la normalización (uso de terminología estandarizada). A este respecto, consúltese la anotación al final de este documento acerca del **Proyecto de implantación de terminología clínica estandarizada en Atención Primaria**, proyecto que se encuentra en curso.

En una primera diferenciación, los problemas de salud (PS) pueden estar activos o pasar a inactivos una vez resueltos. Ello implica habitualmente que, tras la constancia de apertura de un PS (fecha de su registro), ha de constar otra fecha de cierre o fin del problema, y pasar a estar inactivado.

Problema de salud activo

En la lista central de PS que suele haber en toda historia clínica, deben permanecer únicamente los PS que estén activos en cada momento.

La permanencia en la HCE de la condición de problema “activo” no difiere de su situación clínica sino que es inherente a ella, de forma que

Un Problema de Salud permanecerá activo en tanto que clínicamente lo esté.

Por ello, habrá PS que permanezcan activos unos días, unos meses, o toda la vida si se trata de un problema crónico permanente.

Los PS crónicos permanentes necesitan ser registrados una sola vez (por tanto, constando una única fecha de apertura), ya que permanecerá siempre abierto con independencia de cuántas visitas e intervenciones se realicen en torno al mismo.

Se propone que el sistema impida el registro de un PS crónico permanente que ya esté registrado, evitando las duplicidades actuales.

Por otra parte, la concreción de un PS puede verse modificada desde su enunciado inicial, conforme avanza su precisión diagnóstica.

Aun siendo complejo, se propone establecer sistemas que permitan relacionar enunciados consecutivos en torno a un mismo PS, de forma que añadir un término nuevo no parezca necesariamente la información, sino que posibilite su análisis concatenado y coherente.

Cuando ocurre lo anterior, ciertos PS pasan por una fase transitoria en la que a veces, se consigna expresamente como de “sospecha” (por ejemplo, de neoplasia maligna de pulmón), hasta su confirmación o descarte.

Se plantea establecer alguna señalización que permita diferenciar esta situación para que, constando en el listado de PS para que sea visible por cualquier profesional, no sea interpretado como un diagnóstico cierto.¹

Por último, ha sido planteada la conveniencia de permitir relacionar PS que derivan o son consecuencia de otro, considerando uno de ellos principal y otro secundario (por ejemplo, diabetes mellitus y retinopatía diabética).

Se plantea la opción de habilitar un sistema que permita dicha catalogación, de PS principal y PS secundario/s.

¹ Una opción es utilizar como criterio para el registro de las situaciones de “sospecha” una acción pos coordinada desde SNOMED-CT.

Alerta

Un alerta es una llamada especial de atención o señal de alarma sobre un PS u otra circunstancia del paciente que, de no ser tomada en cuenta, puede provocar consecuencias negativas importantes.

Una alerta conlleva una visualización destacada en la HCE.

Tras debatir si las alertas deben constituir un apartado de la HCE, se concluye que se trata más de una “forma de representar, que no de contener” la situación que se quiere destacar.

La alerta puede provocarla un PS u otra circunstancia (por ejemplo ser portador de un marcapasos).

Si el desencadenante de la alerta es un PS (por ejemplo una hemofilia), es obvio que constará en la lista de problemas, con independencia de que se visualice de forma especial, ya que el profesional registrará lo mismo una sola vez.

Entre los PS, un claro ejemplo son las alergias. Ésta generará, o no, una alerta, dependiendo tanto del tipo de alergia (no es lo mismo una alergia a un fármaco que una dermatitis de contacto por níquel) así como de la intensidad de la reacción que provoca (gravedad de la misma), si se conoce.

Teniendo en cuenta la relevancia de estas llamadas de atención, se considera conveniente su estandarización, debiendo reflejar la información de la forma lo más clara y precisa posible. Además, puede resultar conveniente señalar el grado de confirmación –o mera sospecha– de la alergia resaltada como alerta.

En la decisión de si una circunstancia del paciente ha de figurar como alerta ha de prevalecer el criterio profesional, si bien

Pueden estar parcialmente pre-seleccionadas, de forma que se automaticen en algunos casos esta señalización destacada.

Con independencia de cómo se muestren en cada HCE a nivel local, de cara a la interoperabilidad entre HCE –especialmente en el ámbito supra autonómico (proyecto HCD-SNS)–, deberá comunicarse esta información bajo el epígrafe de “alerta”, de forma inequívoca, tal como se establece en dicho proyecto.

Problema de salud inactivo

Los PS, pese a estar inactivos, no desaparecen de la HCE una vez resueltos, pudiendo acceder a ellos si fuera necesario; pero no deben estar en primera línea de información.

En caso contrario, la larga lista potencial de PS de una persona a lo largo del tiempo entorpecerá la rápida identificación de aquellos PS que sí están vigentes y requieren continuar actuando sobre ellos o ser tenidos en cuenta.

Además de la visualización, el inactivar (cerrar) PS que ya no están activos tiene también su importancia a la hora de explotar estadísticamente la casuística atendida, pues su permanencia en el tiempo puede alterar el dimensionamiento del PS, dando lugar a estimaciones de prevalencias por encima de las reales.

Se propone establecer sistemas semi-automatizados de ayuda al profesional para facilitar la depuración y cierre de los PS que ya no estén vigentes.²

Ahora bien, los PS inactivos no solo no desaparecen de la HCE como se señalaba, sino que existen excepciones claras, debiendo algunos de ellos seguir permaneciendo a la vista en primer término. Estas situaciones son los denominados Antecedentes Personales.

Antecedente personal

Se considera antecedente personal a cualquier problema de salud inactivo que mantenga su relevancia en el momento actual.

Los antecedentes reflejan situaciones ocurridas en el pasado, pero que mantienen suficiente repercusión clínica como para ser tenidas en cuenta en el presente.

En el caso de que los antecedentes se organicen en la HCE local como un apartado diferenciado de la lista de PS, se tendrá en cuenta que ningún PS activo debe constar, además, como antecedente.

Se propone, en esos casos, que el sistema evite que se pueda trasladar a antecedente un PS que permanece activo (abierto).

² Existen actualmente tablas con duraciones estimadas de una amplia lista de PS agudos, a disposición de todos, que pueden servir de referencia inicial para este fin.

No se considera antecedente un PS por el hecho de que dé lugar a otro secundario. Por ejemplo, tanto una diabetes mellitus –principal– como una retinopatía diabética –secundaria– serán problemas activos. En cambio, un infarto agudo de miocardio –principal– pasará a ser antecedente, mientras que una insuficiencia cardiaca consecuencia de dicho infarto, será un PS activo.

Para facilitar un registro adecuado en el caso de existir un apartado separado de la lista de PS, se propone incorporar funcionalidades de ayuda como pre-etiquetar algunos PS como relevantes, de forma que al pasar a inactivo (ser cerrado) se incorpore de forma automática a antecedente.

No obstante, existen distintas situaciones en la práctica clínica que modulan la etiqueta de antecedente según cada persona. Incluso, un PS puede ser relevante en cierta etapa de la biografía sanitaria y dejar de serlo, simplemente, por el paso del tiempo (por ejemplo, unas otitis de repetición en la infancia que desaparezcan al crecer, dejarán de tener relevancia en la edad adulta).

Por ello, todas las funcionalidades de automatización de procesos con la perspectiva de ayuda al profesional, habrán de estar abiertas a ser modificadas por las decisiones profesionales en cada caso.

Una situación particular la produce un PS que pasó a antecedente (por ejemplo una neoplasia maligna que cumplió criterios clínicos de curación), y que se “reactiva” un tiempo después.

Estos casos tienen connotaciones clínicas diferentes. Su mera reincorporación al listado de PS activos tiene inconvenientes, tanto si permanece la fecha del primer diagnóstico (no da idea de la vigencia actual, pues han podido pasar unos años e interpretarse como antiguo), como si aparece con una fecha actual (no queda claro que es una recidiva). Una opción en estos casos puede ser la de añadir una etiqueta³, propiamente dicha, al PS.

Por último, destacar que determinados procedimientos –en general quirúrgicos–, pueden tener también una relevancia actual. Por ejemplo, una gastrectomía.

Por tal motivo, se propone bien añadir a los antecedentes un epígrafe que especifique “**procedimientos quirúrgicos**”, o bien subdividir el apartado de antecedentes personales en “PS resueltos” y “procedimientos quirúrgicos”.

³ Una opción es utilizar como criterio para el registro de las situaciones de “recidiva” una acción pre coordinada desde SNOMED-CT.

Determinantes de la salud

Conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones (OMS 1998).

Clásicamente se distingue tres bloques principales, que se refieren a los determinantes biológicos (genéticos, muy ligados a los antecedentes familiares), medioambientales y los ligados al estilo de vida.

Se considera que en la práctica adquieren la suficiente relevancia como para ser tenidos en cuenta y, por tanto, estar visibles en la HCE.

Por tanto, bajo este concepto se daría cabida a:

Antecedentes familiares

Para consignar aquellos que supongan un incremento del riesgo de padecer ciertas enfermedades e impliquen una especial vigilancia.

Determinantes medioambientales

Situaciones del entorno y condiciones de vida que puedan influir en el estado de salud. Por ejemplo, la exposición a riesgos por motivo profesional.

Estilos de vida

Especialmente los relacionados con la alimentación, la realización de ejercicio y el sedentarismo, la exposición al sol o el consumo de alcohol.

Alguno de los hábitos citado como el consumo de alcohol, si es excesivo puede ser registrado como PS. Aún en ese caso, en este apartado tendría cabida un registro más amplio desde el punto de vista de comportamiento, permitiendo ampliar la información según la modalidad, frecuencia, etc., de dicho consumo. El tabaco puede suscitar situaciones similares.

La detección de hábitos no saludables puede dar lugar a la prescripción de “activos en salud”.

Organización de la información en la HCE a partir del PS

Los dos modelos predominantes son los de HCE organizadas en base a Episodios de atención e HCE que se organizan en base a Procesos Asistenciales.

Se exponen ambos conceptos teniendo en cuenta que, en ambos casos, el PS sigue constituyendo el eje central de la HCE, ya que en torno a él se articula el resto de la información clínica.

Episodio de atención

Un Episodio de atención lo forma el conjunto de intervenciones vinculadas a un PS, desarrolladas por uno o varios profesionales de un determinado nivel o modalidad asistencial.

De esta forma, existirán episodios de Atención Primaria (bien puntuales o bien prolongados en el tiempo en procesos de larga duración y en los crónicos permanentes), episodios de consulta de Atención Especializada, de ingreso Hospitalario, de atención en un Servicio de Urgencias...

Las intervenciones pueden ser de orientación diagnóstica, como pruebas complementarias e interconsultas a otros especialistas o a otros ámbitos de actuación, o tener una orientación terapéutica, como recomendaciones, terapias farmacológicas, o tratamientos de cualquier otra índole.

En este modelo de HCE, las intervenciones suelen tener que vincularse a un único PS. Ello conlleva en caso de pluripatología una doble dificultad. Inicialmente de registro, ya que una misma acción (desde un consejo dietético a una analítica o incluso un fármaco), puede servir a más de uno de los PS que presenta un paciente, resultando a veces compleja e incluso aleatoria la elección por parte del profesional de esa imputación. Posteriormente, de localización, en caso de ser el PS elegido la única vía de acceso a dichas intervenciones.

Estando clara la conveniencia conceptual de establecer una coherencia entre las intervenciones realizadas y el PS que las genera, se considera también que

la localización futura de los procedimientos e interconsultas efectuadas ha de ser fácil y, por ello, ser posible más allá del PS al cual fueron vinculados en su momento.

Se propone que existan diversas opciones para acceder a los procedimientos e interconsultas realizadas. También, dada su diversidad, que se muestren con una cierta organización lógica según el tipo de procedimiento (y no exclusivamente cronológica), para una rápida localización de lo que el profesional necesite consultar.

Una ayuda adicional para el profesional es indicarle de alguna forma que se ha recibido un resultado o una respuesta.

Proceso asistencial

Un proceso es el conjunto de episodios. Es decir, la agrupación en torno a los PS de todo el conjunto de intervenciones realizadas por el Sistema Sanitario (reúne todos los ámbitos asistenciales que hayan intervenido).

La orientación progresiva hacia una Historia Clínica Digital “única” desde el punto de vista del usuario, “compartida” desde el punto de vista profesional, ha de articular el conjunto de información necesaria para su uso compartido por distintos niveles y áreas profesionales y que enlace las distintas actuaciones en torno al PS.⁴

El Proceso es, por tanto, el conjunto de intervenciones concatenadas que el Sistema Sanitario, en su conjunto, lleva a cabo para atender un PS.

En el fondo es un concepto equivalente al de episodio desde el momento en el que articula intervenciones en torno a un PS, pero en el caso del Proceso, integra las realizadas por todo el Sistema y no solo por un determinado nivel o ámbito asistencial.

Se parte de un enfoque longitudinal, de forma que, en un supuesto caso de un PS crónico, la HCE debe poder vincular las sucesivas intervenciones, tanto las de su profesional de Atención Primaria habitual, como las transversales de

⁴ La HCE, aunque única para cada persona, no ha de ser única en su formato para todos los profesionales. Si bien existe una información común que se ha de compartir, diferentes niveles asistenciales y especialidades, se requerirá de adaptaciones parciales de contenido, registro y visualización en HCE, para acomodarla a las singularidades del tipo de atención que se presta.

especialistas hospitalarios –o de otros ámbitos–, fruto de una interconsulta, un ingreso..., y que se intercalarán con las de Primaria, permitiendo una secuencia cronológica de hechos.

Un gran avance es que las intervenciones (y los diagnósticos, según veíamos al hablar de los PS) que aporten los distintos profesionales del Sistema, mantengan su enlace longitudinal. Ello permite realizar el seguimiento de los distintos hechos asistenciales vinculados a la persona y a sus PS.

Además, es cada vez más frecuente la existencia de protocolos diseñados conjuntamente por ambos niveles asistenciales (procesos asistenciales integrados, o términos equivalentes) que establecen las pautas de actuación de cada perfil asistencial para la atención a determinados PS, persiguiendo una acción coordinada y eficiente.

No obstante, permanece el problema asociado a la multimorbilidad, ya apuntado en el caso del Episodio de atención, de vincular intervenciones que sirvan a varios PS en un mismo paciente.

Una posibilidad es que se permita asociar procedimientos a varios PS.

En cualquier caso, al igual que en la HCE organizada en base a episodios, se recomienda la existencia de más de una forma de acceso a las intervenciones.

Finalmente, desde un punto de vista conceptual, el conjunto de procesos de atención de los diferentes PS a lo largo de la vida y a través de su paso por el conjunto del Sistema Sanitario, constituirán la biografía sanitaria completa de que disponga la persona y el propio Sistema.

Que la HCE basada en procesos sea capaz de reflejar mejor o peor dicha biografía, dependerá de elementos de diseño globales de la HCE, que excede el alcance de este documento.

Procedimientos

Para atender adecuadamente a un paciente, cualquier profesional necesita conocer qué pruebas le han sido ya realizadas y el resultado de las mismas, así como los tratamientos a los que esté siendo sometido.

Ello evita no solo la repetición innecesaria de pruebas diagnósticas sino que, al proporcionar un mejor conocimiento de la situación del paciente, se evitan potenciales efectos adversos y se mejora, globalmente, la calidad asistencial.

Diferenciamos, a efectos únicamente de ordenar los tipos de procedimientos, en dos grandes bloques:

I- Pruebas diagnósticas

Intervenciones encaminadas a obtener información sobre la persona y/o su entorno, con objeto de determinar su estado de salud o alcanzar un diagnóstico clínico.

Se refiere a cualquier tipo de prueba estandarizada que se realiza –más allá de la exploración física directa–. Abarca desde el más sencillo de los test, hasta la prueba más compleja realizada por el nivel hospitalario.

No está establecida una manera concreta, que sea considerada mejor, para ordenar en la pantalla de la HCE los diferentes tipos de procedimientos.

Los modelos de HCE existentes, despliegan más o menos los distintos procedimientos diagnósticos en su pantalla inicial. En cualquiera de los casos, se considera que sus enunciados (etiquetas) son suficientemente inequívocos para que cualquier profesional los identifique.

Con independencia de lo anterior, mientras que un tipo de pruebas están bien estructuradas en cuanto a su solicitud y a su respuesta, vinculadas a formularios y circuitos específicos, no ocurre así con otras, en especial cuando su realización corre a cargo de profesionales del entorno de la AP.

No se realiza una propuesta de estandarización de todos los tipos de solicitudes, dada la diversidad de opiniones. Algunas CCAA están a favor, argumentando no solo la necesidad de armonizar todas las pruebas que se solicitan sino, especialmente, con objeto de obtener una respuesta reglada. Otras CCAA, por el contrario, aducen que puede suponer una sobrecarga a los profesionales si no están muy claras las ventajas, debido a que con frecuencia utilizan circuitos más directos de comunicación entre unidades y profesionales (por ejemplo, remitiendo directamente al paciente para que sea citado en la agenda de quien realiza ecografías, o audiometrías...).

Los resultados de pruebas

El tipo de prueba determina la forma de presentar su resultado. Mientras que el resultado de una exploración de radiodiagnóstico será una imagen o un texto, las determinaciones analíticas, las pruebas funcionales (como test o escalas) y otras medidas como la presión arterial, tienen como resultado una cifra o valor.

Si bien las mediciones que realiza un profesional sanitario directamente en la consulta habrán de ser registradas de forma manual, ello puede obviarse en otras ocasiones, reduciendo la carga al profesional y evitando errores de transcripción.

Se propone la integración automatizada de los resultados analíticos (cifras), sin requerir transcripciones manuales desde formatos tipo Pdf o similar.

Una ayuda adicional es el cómputo automatizado resultante de test o escalas, o el cálculo de Índices, como el de Riesgo Cardiovascular, el IMC, u otros de similares características.

Los valores requieren de un distinto grado de monitorización y, por ende, de accesibilidad a los mismos. Distinto es un resultado analítico puntual de un seguimiento de las cifras de PA en un paciente hipertenso o de los valores de una hemoglobina A1c en una persona diabética.

Una vez que el profesional ha seleccionado los parámetros (sus valores) que ha de monitorizar y, por tanto, "tener a la vista", se considera conveniente que se muestren en alguna ventana o lugar específico de la HCE, de forma que permita visualizar su evolución temporal.

II- Intervenciones terapéuticas

Son actuaciones sanitarias destinadas a prevenir, mejorar, controlar o curar un problema de salud, o rehabilitar sus secuelas.

Terapias farmacológicas

El conocimiento de los medicamentos que está tomando un paciente es otro elemento clave que contribuye a la calidad asistencial, en especial a evitar efectos adversos.

Esta información relevante ha de estar claramente accesible en la historia clínica. Pero, al igual que en el caso de los PS, su visualización ha de ceñirse a aquellos medicamentos que siguen vigentes (medicación “activa”).

Un fármaco se considerará activo en tanto que mantenga su vigencia terapéutica.

Por tanto, se entiende que no deben mostrarse como un mero relato cronológico conforme se han ido prescribiendo a lo largo del tiempo, pues ello interfiere en la rápida localización de la medicación actual.

También en similitud con los PS, la información de los tratamientos previos –no vigentes o inactivos–, permanecerá en un segundo plano.

Para contribuir a actualizar en la HCE los tratamientos activos, es posible generar sistemas automatizados de cálculo a partir de la información disponible en el “módulo de receta electrónica” (fecha de prescripción, posología, tamaño del envase, envases dispensados y fecha de la última dispensación).

Aunque es mayoritaria la prescripción/dispensación a través del módulo de receta electrónica citado y que se comenta más adelante, se requiere no obstante la opción del registro manual para ciertas situaciones, como los medicamentos de uso hospitalario, los estupefacientes, o los no financiados.

Se remarcan algunas de las herramientas existentes de ayuda a los profesionales, al considerarlas relevantes.

Por una parte, aquellas que permiten ampliar información sobre un fármaco, en el mismo acto asistencial. En estos casos:

Se propone que el acceso a la ficha técnica de un medicamento pueda realizarse directamente, sin tener que salir de la HCE.

Por otra parte, un elemento facilitador de la labor de prescripción está relacionado con el cálculo de las dosis. Ello es especialmente relevante en el caso de menores de corta edad, pero también ante personas con determinados PS (por ejemplo, insuficiencia renal), en los que se necesitan realizar ajustes precisos. Estos cálculos no resultan rápidos ni, a veces, sencillos.

Se propone un sistema automatizado para el cálculo de la dosificación adecuada del fármaco en función de la edad, del peso y/o de la existencia de determinadas enfermedades.

Por último, existen ya suficientes desarrollos que permiten advertir la existencia de posibles interacciones, bien entre medicamentos, o bien entre un medicamento y un problema de salud.

Se propone la generación automática de avisos sobre posibles interacciones o contraindicaciones (absolutas o relativas) de los tratamientos farmacológicos activos entre sí, y de éstos con los PS de la persona.

La receta electrónica

Están implantados módulos, específicamente desarrollados, para la prescripción electrónica de forma interoperable entre diferentes proveedores y en conexión con las oficinas de farmacia para su dispensación.

Simultáneamente, se han introducido sistemas para facilitar la labor de prescripción a los profesionales sanitarios. Entre las mejoras podemos citar un incremento muy importante de los plazos de vigencia en tratamientos crónicos, reduciendo la reiteración en la emisión de órdenes para su dispensación, o el cálculo automatizado de los envases necesarios a partir de la posología y la duración del tratamiento indicada.

Ello hace que no sea necesario incidir en estos aspectos.

Sin embargo, estos desarrollos ad hoc han conllevado en bastantes casos la merma de la información en la HCE.

Se desea hacer hincapié en la necesidad de que la información sobre los medicamentos prescritos forme parte del cuerpo de la HCE, accesibles por tanto sin que sea necesario recurrir a la consulta de otros sistemas.

Desde otro punto de vista, en las HCE organizadas en base a episodios (o a procesos), las prescripciones farmacológicas se vinculan al PS del cual derivan. En estos casos, hacer las mismas consideraciones que en los procedimientos o intervenciones, en el sentido de que, en ocasiones, un mismo fármaco puede servir a más de un PS.

En todo caso, la opción propuesta de poder vincular una intervención a más de un PS, no está exenta de dificultades para su registro.

Procedimientos terapéuticos no farmacológicos

Entre los procedimientos terapéuticos no farmacológicos existe una gama de actuaciones de diversa índole, desde las preventivas como la aplicación de flúor tópico en la infancia, a la educación sanitaria individual o la cirugía menor que realiza AP.

De forma similar a lo que ocurre con los procedimientos diagnósticos, los terapéuticos realizados en el entorno de la AP no siempre disponen de un sistema estandarizado para su registro, considerando adecuada su abordaje, con objeto de poner a disposición de cualquier profesional de forma accesible la constancia de realización de los mismos, al menos de los más relevantes.

La visualización de las intervenciones ha de seguir una cierta lógica para facilitar su localización, más allá de la cronológica. En caso contrario, la mezcla de acciones –desde la entrega de tiras a una persona diabética, a una cirugía menor, una educación individual o un control del INR–, altera el relato lógico de los acontecimientos y entorpece la locación de lo realizado.

Se propone que el sistema permita dicha organización, o bien poder realizar una búsqueda activa.

Planes de cuidados de Enfermería

La metodología de trabajo en enfermería, como en cualquier otra disciplina sanitaria, requiere que, a partir de la identificación unas de necesidades (diagnósticos de enfermería que, como ya se mencionó, constarán en el listado de PS), se planteen unas intervenciones para alcanzar unos resultados.

Los profesionales de enfermería, además del registro de aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya solicitud o realización corre habitualmente a su cargo, requieren de un espacio específicamente diseñado en la HCE que facilite el registro de esos Planes de cuidados, como un tipo de intervención terapéutica.

Al mismo tiempo, la HCE posibilitará el uso de las clasificaciones más habituales utilizadas en enfermería (NANDA, NIC y NOC).

Por último, un comentario respecto a la preocupación a veces expresada de que esta organización pueda dar lugar a que distintos perfiles profesionales se entorpezcan mutuamente a la hora de tener una visión cronológica en el seguimiento particular de un caso, al intercalarse registros de unos y otros.

El grupo parte de considerar que todos los espacios conceptuales de la HCE deben ser compartidos, con objeto de que la información de una persona mantenga una coherencia y esté completa. No obstante, para que en el caso de personas con mucha información, no pueda ocurrir lo anterior:

Se propone introducir una opción filtro que permita visualizar, en un determinado momento, lo registrado por un tipo concreto de profesional (medicina, enfermería, matrona, fisioterapia,...).

III- NOTA sobre las “Actividades preventivas y de promoción de la salud”

El término genérico de actividades preventivas (AAPP) se utiliza frecuentemente para referirse a un conjunto preestablecido de intervenciones priorizadas, encaminadas a fomentar determinados hábitos de vida saludables, prevenir la aparición de ciertas enfermedades o detectar precozmente otras.

Aunque las AAPP son procedimientos (bien diagnósticos o bien terapéuticos), en el ámbito de la AP, al estar programada su realización con criterios poblacionales –según criterios de edad y sexo, o bien a determinados grupos de riesgo–, a veces se las trata bajo un epígrafe específico que las reúne.

Habitualmente, esta agrupación tiene una doble finalidad: la de servir de recordatorio al profesional, mediante algún tipo de aviso de actividad pendiente, y la de dejar constancia posterior de su realización.

Los diseños actuales de HCE consultados ofrecen, básicamente, dos maneras de organizar este tipo de intervenciones. En unos casos, se realiza mediante la apertura de un Episodio de AAPP (en general desde el nacimiento) al cual se vinculan las distintas intervenciones. En otros casos, su visualización pasa por el diseño de un apartado, con mayor o menor despliegue inicial.

En cualquiera de los casos, incidiendo de nuevo en que cualquier información solo ha de registrarse una vez, una intervención que se realice por cualquier motivo y que coincida con una acción preventiva (por ejemplo, la medición de una glucemia en el contexto de una analítica general para el estudio de un PS), deberá servir igualmente para constancia de cumplimiento de la acción de cribado de diabetes en los grupos poblacionales establecidos.

Se propone que la constancia de que una AAPP ha sido realizada, se cumplimente de forma automática con independencia de haberse realizado por otro motivo.

De la misma manera, la localización de qué AAPP ha sido realizadas ha de resultar fácil, de forma que su organización mantenga una lógica, y no solo mediante un relato cronológico. En caso contrario, el posible acúmulo de las mismas en función de la edad de la persona, puede conducir a una larga búsqueda si se necesita localizar un tipo de acción preventiva en particular.

Se propone que, de cara a su consulta, las distintas AAPP se muestren al profesional con un orden y una cierta agrupación lógica, previa a su orden cronológico.

El caso especial de las vacunas

Dentro de las AAPP, el conocimiento del estado de vacunación de cada persona es una información relevante a efectos asistenciales por su potencial impacto en el estado de salud de las personas.

Para ello, se considera necesario mantener visible (fácilmente accesible) un resumen del conjunto de vacunas recibidas por cada persona, en especial en ciertos grupos etarios, en función del calendario de vacunación.

Ello facilita que cualquier profesional que tenga que atender a una persona, incluso de forma puntual, lo conozca, evitando potenciales reiteraciones ante un determinado evento (por ejemplo, necesidad de vacunación antitetánica ante ciertas heridas o quemaduras atendidas en el hospital).

Por otro lado, los profesionales que le atienden de forma habitual, especialmente los de enfermería de AP, han de disponer de elementos que les faciliten el seguimiento de los calendarios de vacunación poblacionales establecidos.

Se propone un sistema automatizado de aviso al profesional de enfermería, que le sirva de recordatorio de las vacunas pendientes.

Se propone también automatizar indicaciones debidas a situaciones de riesgo por el padecimiento de determinadas enfermedades, de forma que se realice la vinculación entre la constancia de un diagnóstico y la indicación de una vacuna y, por tanto, dé lugar asimismo al aviso de "pendiente".

Por último, la administración de las vacunas lleva aparejado un registro añadido que detalla sus características ante potenciales riesgos de salud pública (nombre de la vacuna, laboratorio, lote, etc.), dirigido en especial al control y localización de personas potencialmente afectadas ante una situación de alerta. Ello implica que los profesionales deben poder enlazar con el espacio reservado a ampliar dicho registro.

En caso de producirse una alerta de este tipo, se propone que el sistema de HCE localice automáticamente a las personas potencialmente afectadas, emitiendo un listado a partir de los datos anteriores.

Interconsultas

Solicitud de valoración y/o intervención que un profesional realiza a otro, sobre el estado de salud de una persona.

Habitualmente en las HCE existen apartados y circuitos específicos para ello, tanto para realizar la solicitud, como para obtener una respuesta más o menos estructurada.

Siendo tecnológicamente posible, es recomendable que se avance en procesos de integración entre sistemas de información que permitan la devolución de resultados de las interconsultas, como si de una prueba más se tratase.

Pero, también aquí, mientras que en el caso de especialistas hospitalarios estos circuitos suelen estar organizados, no siempre es así en el entorno de la AP (por ejemplo matronas o fisioterapeutas) ni cuando la interconsulta se realiza a servicios sociales, existiendo circuitos diversos.

Surgen dudas respecto a la conveniencia de su estandarización en todos los casos, por los motivos reflejados en el apartado de procedimientos diagnósticos, pero se considera que el principal problema de no establecer circuitos formales es que tampoco se obtiene una contestación reglada.

Algunas comunidades disponen de funcionalidades añadidas que puede resultar de utilidad a los profesionales, como es la inclusión de

Señales indicativas del estado en que se encuentra una IC, en especial para avisarle de que ya se ha recibido respuesta.

Este tipo de funcionalidad puede aplicarse también a los resultados de pruebas diagnósticas cuya realización corra a cargo de otro profesional.

Incapacidad Temporal (IT)

Situación por la que una persona se encuentra imposibilitada temporalmente para trabajar debido a una enfermedad o accidente

Más allá de los elementos propios para la gestión de una IT, se considera relevante que cualquier profesional acceda fácilmente a conocer que un paciente se encuentra en dicha situación.

Por ello, se propone que la HCE disponga de una forma de destacar la situación activa de una IT. Al igual que en el caso de los PS y de los medicamentos, las IT inactivas no desaparecerán de la HCE, pudiendo ser consultadas, pero no constarán en primera línea de información.

La gestión de la IT

La gestión documental de la IT es una práctica cotidiana que, aunque actualmente cuenta con la introducción por el INSS de una serie de mejoras que facilitan la función de los profesionales, requiere de un seguimiento y control por parte de éstos.

La introducción por el INSS de **tiempos de duración estándar** (tiempo medio óptimo para la resolución del proceso clínico que ha originado la IT) según tipos de enfermedades, desburocratiza la certificación al estar más ajustada la emisión de nuevos partes de IT a la necesidad de revisión clínica, reduciendo a los pacientes las visitas y ayudando al profesional al control de la duración de las IT.

Ello permite a su vez, la introducción en la propia HCE (se asume que sin tener que salir de ella), de sistemas que ayuden al profesional.

Se propone que el sistema automatice el cálculo de las próximas visitas/partes de IT (aunque siempre pueda ser modificado por criterio profesional en función de la situación del paciente).

Voluntades anticipadas o instrucciones previas

Se entiende por tales:

Expresión de los deseos y preferencias de cuidados y tratamientos que una persona desea recibir o no, para el caso eventual de encontrarse en una situación en la que no pueda decidir por sí mismo (manifestaciones anticipadas de voluntad).

Ante determinadas situaciones vitales es necesario que cualquier profesional que tenga que atender a un paciente, sepa si éste ha expresado dichas voluntades, según los mecanismos establecidos⁵.

La HCE, por tanto, ha de señalar si existe un documento que exprese estas voluntades y, en caso afirmativo, disponer de la forma de acceder al mismo.

NOTA: Formularios vinculados a Programas/Protocolos

En Atención Primaria es habitual trabajar con Programas de Salud (definidos como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios realizados para alcanzar unos objetivos determinados en una población o área definida⁶) y/o con Protocolos de actuación operativos (definidos como documento dirigido a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre los profesionales, con carácter de "acuerdo a cumplir" y se adapta al entorno y a los medios disponibles⁷).

⁵ R.D. 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal

⁶ Pineault, R. Daveluy, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Ed. Masson. 1987

⁷ GuiaSalud

La implantación en las HCE de una profusión creciente de protocolos, ha dado lugar con frecuencia al desarrollo de apartados específicos para su registro, seguimiento y posterior evaluación de su grado de cumplimiento.

Este despliegue de formularios ad hoc, requiere a veces ser cumplimentado pese a que la información necesaria esté ya registrada en otros apartados de la HCE. A menudo, además, parte de las especificaciones o requisitos de atención fijados en un protocolo para un PS, son comunes a otros PS.

Reiterando la necesidad de que cualquier información se registre una sola vez, atendiendo al principio de economía de esfuerzo en las tareas de registro y con objeto de evitar errores:

Se propone que cualquier dato o información que ya conste en la HCE, se capture e integre de forma automatizada en estos apartados específicos, organizados en torno a PS o conjunto de ellos.

Siendo cada vez más elevados el número de protocolos, se considera clave, además de lo anterior, que los diseños en HCE respondan en primer lugar a criterios asistenciales (apoyo, recordatorio al profesional de las recomendaciones, árboles de decisión sencillos...) y no tanto a criterios estadísticos. Cuantos más registros ad hoc, más se parcelará la propia HC dificultando la valoración del conjunto de la persona y mayor hipertrofia generará, potencialmente, de unos aspectos concretos en detrimento de otros.

Se llama también la atención respecto de que estos registros ad hoc son complementarios y no deben dar lugar a que se registre en ellos como alternativa o en detrimento de los apartados básicos de la HCE, accesibles a todos.

NOTA: Proyecto de implantación de terminología clínica estandarizada, en AP

Los profesionales asistenciales de medicina de Atención Primaria han venido registrando los problemas de salud siguiendo las clasificaciones internacionales CIAP2, CIE9MC o, de reciente introducción, la CIE10ES. En alguna comunidad autónoma, se utilizan listados terminológicos diseñados ad hoc.

Se considera que la labor de registrar lo que le ocurre al paciente, debería poder realizarse conforme los conceptos y términos habitualmente utilizados en la

práctica clínica. Esto es, sin tener que recurrir al uso de las clasificaciones citadas, en ocasiones muy complejas y sujetas a cambios de versiones periódicos.

El primer y principal objetivo de este proyecto de uso de los términos clínicos habituales es, por tanto, el de facilitar a los profesionales el registro de los PS, que deben realizar en el transcurso de la propia atención sanitaria.

Por otro lado, está claro que es imprescindible la normalización de ese lenguaje, puesto que debe servir también para el intercambio de información clínica entre profesionales diferentes, de forma inequívoca.

Teniendo en cuenta que SNOMED-CT es el estándar internacional terminológico más completo, que está accesible a todos al formar España parte del consorcio de países que lo gestionan (International Health Terminology Standards Development Organisation-IHTSDO), y que fue el estándar seleccionado para el proyecto de interoperabilidad de la HCD-SNS, ha sido también el elegido para sustentar la necesaria estandarización en este caso.

Otra ventaja es que SNOMED-CT es un instrumento vivo, que permite incorporar conceptos nuevos si no existen y se consideran necesarios, y también flexible, al permitir el uso de sinónimos asociado a cada concepto, pudiendo realizar adaptaciones, en caso necesario, a usos locales de forma que el profesional ni siquiera ha de atenerse a un literal exacto decidido como término principal para expresar un concepto.

El registro de los términos clínicos conlleva, eso sí, el desarrollo de sistemas de escritura semi-predictiva, que evite la búsqueda a lo largo de amplios listados hasta localizar el término deseado.

Ello no solo por reducción significativa de los tiempos de búsqueda sino también para minimizar potenciales errores de selección.

Por todo ello, la Unidad Técnica de Registros en Atención Primaria ha venido trabajando en la identificación de Subconjuntos, seleccionando conceptos y términos clínicos de uso en AP, utilizando como referente y respaldo la terminología de SNOMED-CT.

Este trabajo ha quedado centrado, hasta el momento actual, al registro relativo a los problemas de salud por parte de los profesionales de medicina.

Una vez consensuado un primer listado de términos de PS, se ha contado con la implicación del Centro Nacional de Referencias para ajustar metodológicamente el listado conforme a las especificaciones técnicas de SNOMED-CT y adecuarlo también para su descarga y potencial implementación en los aplicativos de HCE.

Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación
Pilar Aparicio Azcárraga

Subdirectora General de Información Sanitaria
Mercedes Alfaro Latorre

Unidad Técnica de Registros en Atención Primaria

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. SG de Información sanitaria:

Francisco Javier Pérez Domínguez
María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio

Comunidades autónomas:

Andalucía	Comunidad Valenciana
Francisco José Sánchez Laguna	Ramón Romero Serrano
Aragón	Extremadura
Natalia Enríquez Martín	Luis Lozano Mera
María Pilar Rodrigo Val	Manuela Rubio González
Laura Casaña Fernández	Galicia
Asturias*	M ^a Jesús Rey Tristán
Laura Muñoz Fernández	Carmen Canedo Romero
Balears (Illes)*	Consuelo Carballeira Roca
Fernando Barturen Fernández	Madrid (Comunidad de)*
Canarias	Mariano Casado López
Javier López Cavero	Murcia (Región de)
Teresa Salamanca	Josefina Marín López
Cantabria	Navarra (Comunidad Foral de)
José M ^a Menchaca Riesgo	Carlos Hija Grávalos
Rosa M ^a González Fernández	Esther Albéniz Martínez de Lizarrondo
Castilla y León*	País Vasco
César Alameda González	Juan Salvador Blanco
Castilla-La Mancha	Mikel Ogueta Lana
Pedro Luis López Galindo	La Rioja
Cataluña	Amílcar Escribano Arbona
Ariadna Rius Soler	Ana Bas Angulo
Xavier Salvador	AEMPS (Proyecto BIFAP)
	Miguel Ángel Macia Martínez

* Señala las comunidades autónomas cuyos representantes participaron en un subgrupo de trabajo monográfico constituido previamente a la valoración y aprobación de las propuestas por toda la Unidad Técnica.



Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA-CENTRO DE PUBLICACIONES
NIPO en línea: 731-19-106-1

<https://cpage.mpr.gob.es>