



Guía de mensajería para envío de procesos clínicos

Modelo de Integración
de la Gerencia Regional de Salud
de la Junta de Castilla y León

Versión 1.2 17/11/2016

©Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Coordinación: *Dirección Técnica de Tecnologías y Sistemas de Información.*
Dirección General De Investigación, Innovación e Infraestructuras.



Derechos reservados:

El material presentado en este documento puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros siempre y cuando se haga una referencia específica a este material, y no se obtenga ningún beneficio comercial del mismo.

Cualquier material basado en este documento deberá contener la referencia "*Guías de Integración de la Gerencia Regional de Salud , Dirección Técnica de Tecnologías y Sistemas de Información, Dirección o General De Investigación, Innovación e Infraestructuras, Junta de Castilla y León*"

Descripción completa de la licencia: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/legalcode.es>

1. INTRODUCCIÓN	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA	5
3. PERFIL DE MENSAJES PARA DATOS CLÍNICOS DE PACIENTES	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA	6
3.2. CASO DE USO	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA	7
3.4. MENSAJE PPR^PC1 (PROBLEM ADD)	9
3.5. MENSAJE PPR^PC2 (PROBLEM UPDATE).....	11
3.6. MENSAJE PPR^PC3 (PROBLEM DELETE).....	13
3.7. MENSAJE RQC^I05 (REQUEST FOR PATIENT CLINICAL INFORMATION)	15
3.8. MENSAJE RCI^I05 (RESPONSE TO A REQUEST FOR PATIENT CLINICAL INFORMATION)	17
3.9. MENSAJE ACK APLICACIÓN (APPLICATION ACKNOWLEDGE).....	21
4. ELEMENTOS COMUNES	23
4.1. SEGMENTOS	23
5. CONTROL DE CAMBIOS	33

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a los datos clínicos de pacientes, en todos los sistemas de información que se encuentran dentro del ámbito de SACYL. Se presenta siguiendo la estructura de un “Message Profile” del estándar HL7 2.5. Inicialmente se enumeran todos los mensajes que conforman el catálogo y, para cada uno, se describe el mismo, se indica cual es el evento que lo dispara y finalmente, se muestra su estructura relacionando los segmentos, campos y tipos de datos que lo componen.

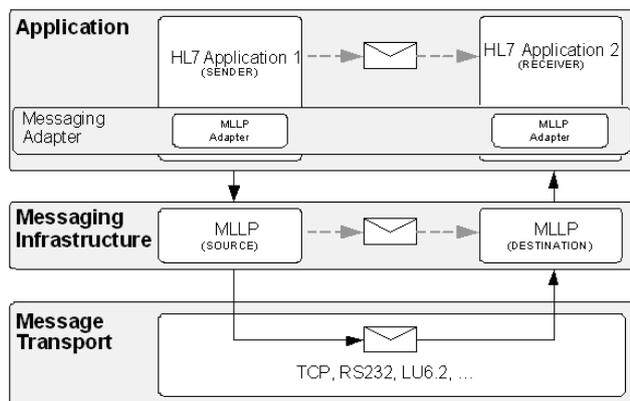
Se acompaña al catálogo de mensajes, una relación de las tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los segmentos que conforman los mensajes.

Esta guía de mensajería abarca única y exclusivamente, la gestión de los mensajes seleccionados por SACYL para el tratamiento del intercambio de información referida a los datos clínicos de pacientes, formando parte de los criterios y requisitos necesarios que deberá cumplir cualquier aplicación que se encuentre o deba incorporarse en un sistema de información dentro de SACYL.

Así mismo, este documento puede ser motivo de modificación por parte de SACYL siempre y cuando sea considerado necesario por parte de la Dirección Técnica de Tecnologías de la Información.

2. Infraestructura de Mensajería.

En la figura de la derecha, se representa la recomendación de HL7 para el diseño de aplicaciones conformes con mensajería HL7. Si bien es una recomendación de diseño y no es exigible, la presente documentación sigue este modelo a la hora de fijar las distintas especificaciones.



La definición de los posibles protocolos a utilizar se describe en el documento de definiciones comunes para mensajería de SACYL.

3. Perfil de Mensajes para Datos Clínicos de Pacientes.

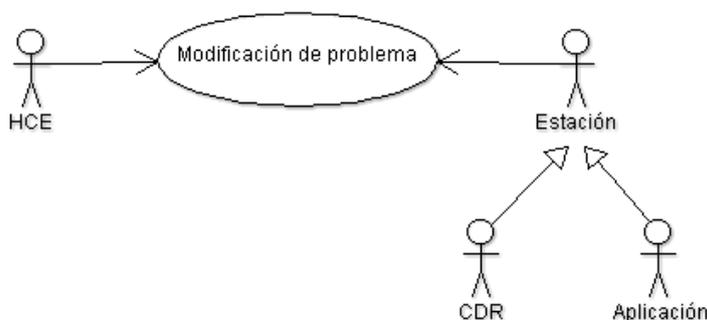
Este perfil, detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con el envío de datos clínicos en SACYL.

3.1. Definición del perfil de mensajería.

Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESPACI
2	ORANIZATION ID	SACYL
3	HL7 VERSION	2.5
4	TOPIC TYPE	PROFILE
5	ACCEPT ACK	AL
6	APPLICATION ACK	AE
7	ACKNOWLEDGEMENT MODE	INMEDIATE

3.2. Caso de uso.

Este perfil de mensajería permite que, distintos sistemas sincronicen entre sí información referente a datos clínicos de un paciente. El perfil permite un modo de “notificaciones” en el cual un sistema central (responsable específicamente de la gestión de pacientes), informa a todos los interesados de los cambios de cualquier actualización de esta información.



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
HCE (Sistema gestor de datos clínicos de pacientes)	Sistema donde se originan todos los cambios de información acerca de los datos clínicos de pacientes. Su responsabilidad será la de comunicar esta información al resto de sistemas. Se tratará de la Historia Clínica Electrónica (HCE) de Atención Especializada y la de Atención Primaria.
APLICACIÓN SATÉLITE (Estación)	Sistema que necesita estar informado de los cambios de situación de los datos clínicos de un paciente. Puede ser una aplicación al uso o un repositorio de datos clínicos (CDR)
CONSUMIDOR	Sistema que pregunta por una lista de datos clínicos de un paciente.
BDC	Sistema que contiene datos clínicos de los pacientes de la organización.

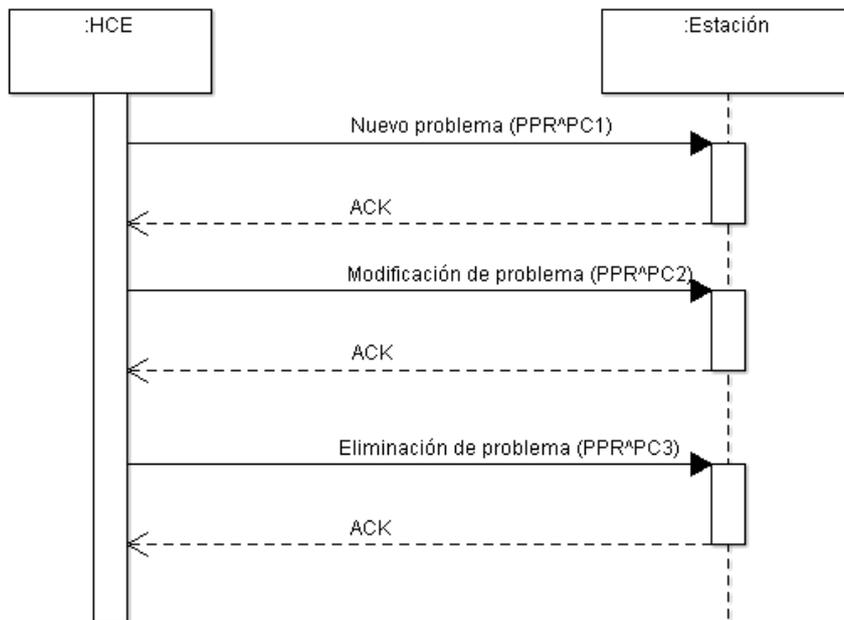
3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
PPR^PC1	Registro de un nuevo problema de salud de un paciente.	HCE	ESTACIÓN
PPR^PC2	Actualización del registro de un problema de salud de un paciente	HCE	ESTACIÓN
PPR^PC3	Eliminación de un registro de problema de salud de un paciente	HCE	ESTACIÓN
RQC^I05	Petición del listado de datos clínicos disponibles de un paciente con los filtros que se definan.	CONSUMIDOR	BDC
RCL^I05	Respuesta a la consulta de datos clínicos conforme a los criterios definidos en el mensaje anterior.	BDC	CONSUMIDOR

3.3. Definición dinámica.

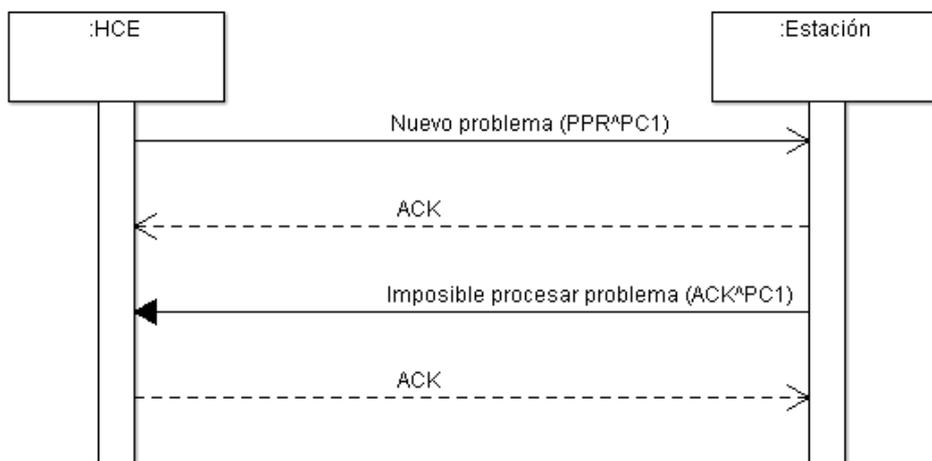
3.3.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el conjunto de notificaciones básicas de gestión de problemas de salud y antecedentes (creación, actualización, eliminación).



Los mensajes anteriores asumen que, todas las situaciones han sido procesadas correctamente por el sistema receptor. Sin embargo, no siempre puede ser este el escenario, por ejemplo, por un problema de sincronización de catálogos el sistema de HCE podría indicar un paciente está en un centro que no existe en la estación, es necesario entonces enviar un ACK de aplicación erróneo.

Para el caso de un problema de salud no procesable, el ejemplo sería el siguiente:



3.3.2. ACK.

El comportamiento de las aplicaciones con respecto a los ACK se refleja en el apartado de “política de ACK” en el documento de Definición de Elementos comunes de mensajería de SACYL.

3.4. Mensaje PPR^PC1 (PROBLEM ADD).

Mensaje utilizado para informar sobre la creación de un nuevo registro de un problema de salud de un paciente.

3.4.1. Evento disparador.

Este mensaje debe generarse cuando se registra un nuevo problema de salud de un paciente en atención primaria o especializada.

3.4.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es la siguiente:

<u>PPR^PC1^PPR_PC1</u>	<u>PPR Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[	--- PATIENT_VISIT begin	RE	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit	RE	[0..1]
]	--- PATIENT_VISIT end		
{	-- PROBLEM begin	R	[1..n]
PRB	Detail Problem	R	[1..1]
[[NTE]]	Notes & Comments (Problem Comments)	RE	[0..n]
[[ROL]]	Role (Problem)	RE	[0..n]
[ZK1]	Kin	C	[0..1]
}	-- PROBLEM end		

Cada uno de estos segmentos contiene los siguientes datos:

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de paciente [**PID**]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.
- Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre el origen del paciente, tipo de ingreso, nº

episodio asociado, etc.,

- Datos adicionales de la visita [PV2]. En el caso de disponer de esta información.
- Datos del problema [PRB]. Información sobre los problemas de salud del paciente.
- Si hay comentarios u observaciones, se incluyen tantos segmentos [NTE] como comentarios haya.
- Profesionales asociados a los problemas de salud de un paciente [ROL]. Aquel o aquellos que realicen una actuación sobre el registro de problemas de salud del paciente.

3.4.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será PPR^PC1^PPR_PC1. Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.4.2.2.Segmento PID.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de Paciente [PID]”

3.4.2.3.Segmento PV1.

En el caso de atención especializada, si el problema está asociado a un episodio, éste deberá venir en el segmento PV1. El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”.

3.4.2.4.Segmento PV2.

En el caso de que los problemas vayan asociadas a un episodio, se podría añadir, en caso de ser necesario el segmento definido en segmentos comunes “Datos ampliados de la visita [PV2]”,

3.4.2.5.Segmento PRB.

Este segmento contiene la información relativa al problema de salud del paciente. El uso del segmento PRB está descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos del problema [PRB]”.

3.4.2.6.Segmento NTE.

El segmento NTE permite incluir comentarios adicionales a tener en cuenta sobre el problema del paciente. EL uso del segmento NTE se define en la guía de elementos comunes.

3.4.2.7. Segmento ROL.

El uso del segmento ROL permite el envío de los profesionales involucrados en el proceso de actualización del registro de problemas del paciente y está descrito en el apartado de segmentos comunes "Datos de profesional asociado bajo un rol [ROL]".

3.4.2.8. Segmento ZK1.

Este segmento se utilizará cuando el mensaje PPR describa un antecedente familiar y en él se incluirán los datos relativos a dicho pariente. Tiene la misma estructura que el NK1 que está definido en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

3.5. Mensaje PPR^PC2 (PROBLEM UPDATE).

Mensaje utilizado para informar sobre la actualización del registro de problemas de salud de un paciente.

3.5.1. Evento disparador.

Este mensaje debe generarse cuando se actualiza un problema de salud de un paciente en atención primaria o especializada.

3.5.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es la siguiente:

<u>PPR^PC2^PPR_PC1</u>	<u>PPR Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[	--- PATIENT_VISIT begin	RE	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit	RE	[0..1]
]	--- PATIENT_VISIT end		
{	-- PROBLEM begin	R	[1..n]
PRB	Detail Problem	R	[1..1]
[{{NTE}}]	Notes & Comments (Problem Comments)	RE	[0..n]
[{{ROL}}]	Role (Problem)	RE	[0..n]
[ZK1]	Kin	C	[0..1]
}	-- PROBLEM end		

Cada uno de estos segmentos contiene los siguientes datos:

- Cabecera del mensaje [MSH]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de paciente [PID]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección,

identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.

- Datos de la visita [PV1]. Información sobre el origen del paciente, tipo de ingreso, nº episodio asociado, etc.,
- Datos adicionales de la visita [PV2]. En el caso de disponer de esta información.
- Datos del problema [PRB]. Información sobre los problemas de salud del paciente.
- Si hay comentarios u observaciones, se incluyen tantos segmentos [NTE] como comentarios haya.
- Profesionales asociados a los problemas de salud de un paciente [ROL]. Aquel o aquellos que realicen una actuación sobre el registro de problemas de salud del paciente.

3.5.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será PPR^PC2^PPR_PC1. Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.5.2.2.Segmento PID.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de paciente [PID]”.

3.5.2.3.Segmento PV1.

En el caso de atención especializada, si el problema está asociado a un episodio, éste deberá venir en el segmento PV1. El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”.

3.5.2.4.Segmento PV2.

En el caso de que los problemas vayan asociadas a un episodio, se podría añadir, en caso de ser necesario el segmento definido en segmentos comunes “Datos ampliados de la visita [PV2]”,

3.5.2.5.Segmento PRB.

Este segmento contiene la información relativa al problema de salud del paciente. El uso del segmento PRB está descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos del problema [PRB]”.

3.5.2.6.Segmento NTE.

El segmento NTE permite incluir comentarios adicionales a tener en cuenta sobre el problema del paciente. EL uso del segmento NTE se define en la guía de elementos comunes.

3.5.2.7.Segmento ROL.

El uso del segmento ROL permite el envío de los profesionales involucrados en el proceso de actualización del registro de problemas del paciente y está descrito en el apartado de segmentos comunes "Datos de profesional asociado bajo un rol [ROL]".

3.5.2.8.Segmento ZK1.

Este segmento se utilizará cuando el mensaje PPR describa un antecedente familiar y en él se incluirán los datos relativos a dicho pariente. Tiene la misma estructura que el NK1 que está definido en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

3.6. Mensaje PPR^PC3 (PROBLEM DELETE).

Mensaje utilizado para informar de la eliminación de un registro de problema de salud de un paciente.

3.6.1. Evento disparador.

Este mensaje debe generarse cuando se elimina un problema de salud de un paciente en atención primaria o especializada.

3.6.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es la siguiente:

<u>PPR^PC3^PPR_PC1</u>	<u>PPR Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[	--- PATIENT_VISIT begin	RE	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit	RE	[0..1]
]	--- PATIENT_VISIT end		
{	-- PROBLEM begin	R	[1..n]
PRB	Detail Problem	R	[1..1]
[{}NTE{}]	Notes & Comments (Problem Comments)	RE	[0..n]
[{}ROL{}]	Role (Problem)	RE	[0..n]
[ZK1]	Kin	C	[0..1]
}	-- PROBLEM end		

Cada uno de estos segmentos contiene los siguientes datos:

- Cabecera del mensaje [MSH]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.

- Datos de paciente [**PID**]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.
- Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre el origen del paciente, tipo de ingreso, nº episodio asociado, etc.,
- Datos adicionales de la visita [**PV2**]. En el caso de disponer de esta información.
- Datos del problema [**PRB**]. Información sobre los problemas de salud del paciente.
- Si hay comentarios u observaciones, se incluyen tantos segmentos [**NTE**] como comentarios haya.
- Profesionales asociados a los problemas de salud de un paciente [**ROL**]. Aquel o aquellos que realicen una actuación sobre el registro de problemas de salud del paciente.

3.6.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será PPR^PC3^PPR_PC1. Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.6.2.2.Segmento PID.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de paciente [PID]”.

3.6.2.3.Segmento PV1.

En el caso de atención especializada, si el problema está asociado a un episodio, éste deberá venir en el segmento PV1. El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”.

3.6.2.4.Segmento PV2.

En el caso de que los problemas vayan asociadas a un episodio, se podría añadir, en caso de ser necesario el segmento definido en segmentos comunes “Datos ampliados de la visita [PV2]”,

3.6.2.5.Segmento PRB.

Este segmento contiene la información relativa al problema de salud del paciente. El uso del segmento PRB está descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos del problema [PRB]”.

3.6.2.6.Segmento NTE.

El segmento NTE permite incluir comentarios adicionales a tener en cuenta sobre el problema

del paciente. EL uso del segmento NTE se define en la guía de elementos comunes.

3.6.2.7.Segmento ROL.

El uso del segmento ROL permite el envío de los profesionales involucrados en el proceso de actualización del registro de problemas del paciente y está descrito en el apartado de segmentos comunes "Datos de profesional asociado bajo un rol [ROL]".

3.6.2.8.Segmento ZK1.

Este segmento se utilizará cuando el mensaje PPR describa un antecedente familiar y en él se incluirán los datos relativos a dicho pariente. Tiene la misma estructura que el NK1 que está definido en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

3.7. Mensaje RQC^I05 (REQUEST FOR PATIENT CLINICAL INFORMATION).

Este mensaje es una consulta enviada que permite recuperar un listado de datos clínicos de un paciente en base a unos criterios especificados.

3.7.1. Evento disparador.

Esta consulta será iniciada por cualquier sistema que necesite conocer los datos clínicos de un paciente a partir de ciertos datos como sus identificadores (DNI, NIF, NHC,...), servicio que los ha creado, etc...

3.7.2. Estructura.

Su definición abstracta es la siguiente:

<u>RQC^I05^RQC I05</u>	<u>Request Clinical Information</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
QRD	Query Definition	R	[1..1]
	--- PROVIDER begin		[1..1]
PRD	Provider Data	R	[1..1]
	--- PROVIDER end		
PID	Patient Identification	R	[1..1]

Cada uno de estos segmentos contiene los siguientes datos:

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de consulta [**QRD**], permite definir la consulta que se está haciendo.
- El segmento [**PRD**] es estructural, y no tiene información de interés.

- Datos de paciente [PID]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –, NHC,...-, etc.)

3.7.2.1.Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes, con la particularidad que el campo “tipo de mensaje” será RQC^I05^RQC_I05.

Los campos MSH.15 y MSH.16 no se enviarán, al ser una transacción síncrona.

3.7.2.2.Condiciones de consulta [QRD].

Este segmento permite indicar los datos claves de la consulta:

SEQ	LEN	DT	OPT	Card.	Valor/ TBL#	ELEMENT NAME	NOMBRE DEL ELEMENTO
1	26	TS	R	[1..1]		Query Date/Time	Momento de la consulta
2	1	ID	R	[1..1]	D	Query Format Code	
3	1	ID	R	[1..1]	I	Query Priority	
4	10	ST	R	[1..1]		Query ID	Identificador único de la consulta
7		CQ	R	[1..1]	0126	Quantity Limited Request	
7.1	16	NM	R	[1..1]			Número máximo de resultados admitidos en la respuesta
7.2.1	5	ST	R	[1..1]	RD		
7.2.3	10	ID	R	[1..1]	HL70126		
8	250	XCN	R	[1..1]		Who Subject Filter	Datos del paciente sobre el que se realiza la búsqueda
9		CE	R	[1..1]	0048	What Subject Filter	
9.1	20	ST	R	[1..1]	VST	Identifier	
9.3	20	ID	R	[1..1]	HL70048	Name Coding System	
10		CE	R	[1..1]		What Department Data Code	
10.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código tipo objeto de búsqueda
10.2	199	ST	R	[0..1]		Text	Descripción tipo objeto de búsqueda
10.3	20	ST	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema codificación tipo objeto de búsqueda.

- Momento de la consulta [QRD.1] Campo con el momento de realización de consulta.
- Formato en el que se devuelve la información solicitada [QRD.2]. Definido a valor “D”: Display Format según la tabla HL70106.
- Prioridad de la consulta [QRD.3]. Fijo a valor “I”, inmediato, según la tabla HL70091.
- Identificador único de la consulta [QRD.4]. Cadena con un ID único.

- Límite de la respuesta [QRD.7.1]. Numero con el máximo número de registros admitidos en la respuesta.
- Paciente sobre el que se realiza la búsqueda [QRD.8] Datos del paciente para el que se realiza la búsqueda. Basta con incluir el identificador del paciente.
- Ámbito de búsqueda [QRD.9]. Fijo a "VST" (Indicando episodios).
- Objeto sobre el que realizar la consulta [QRD.10] Permite indicar el servicio y servicio maestro sobre los que definir la consulta.

3.7.2.1.Datos de proveedor [PRD].

Este segmento es obligatorio para el mensaje, pero no transmite información de interés para el proyecto.

SEQ	LEN	DT	OPT	Card	Valor/ TBL#	ELEMENT NAME	NOMBRE DEL ELEMENTO
1	CE		R	[1..1]		Where Subject Filter	
1.1	26	TS	R	[1..1]	NA		

3.7.2.2.Datos de paciente [PID].

Este segmento permite indicar los datos del paciente sobre el que consultar. Su definición se encuentra en el documento de elementos comunes, en la sección "Datos simplificados de paciente [PID]".

3.8. Mensaje RCI^I05 (RESPONSE TO A REQUEST FOR PATIENT CLINICAL INFORMATION).

Este mensaje es la respuesta a la consulta RQC^I05 y debe ser enviado de forma síncrona al anterior.

3.8.1. Evento disparador.

El mensaje se lanza cuando se requiere generar una consulta respecto a un paciente.

3.8.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es la siguiente:

<u>RCI^I05^RCI I05</u>	<u>Return Clinical Information</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
QRD	Query Definition	R	[1..1]
	--- PROVIDER begin	R	[1..1]
PRD	Provider Data	R	[1..1]

<u>RCI^I05^RCI_I05</u>	<u>Return Clinical Information</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
	--- PROVIDER end		
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[	--- OBSERVATION begin	C	[0..1]
OBR	Observation Request	R	[1..1]
{	--- RESULTS begin	R	[1..n]
OBX	Observation/Result	R	[1..1]
[{{NTE}}]	Notes and Comments	RE	[0..1]
}	--- RESULTS end		
]	--- OBSERVATION end		

- El segmento [MSA] permite indicar si se ha producido algún error o no.
- Los segmentos [QRD], [QRF], [PRD] son los enviados en la consulta.
- El segmento [PID] se retornará con los datos mínimos del paciente tal y como figuran en el sistema gestor de pacientes.
- El segmento [OBR] identifica el servicio solicitado.
- Cada segmento [OBX] permite informar sobre los episodios del paciente. En caso que no existan resultados (pero sí que exista el paciente), no se enviará ningún segmento OBX. En caso que el paciente no exista se enviará un error.

3.8.2.1.Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes, con la particularidad que el campo “tipo de mensaje” será RCI^I05^RCI_I05.

Los campos MSH.15 y MSH.16 no se enviarán, al ser una transacción síncrona.

3.8.2.2.Estado de la respuesta [MSA].

Este segmento permite indicar si se ha producido algún error en el proceso (por ejemplo, si la consulta no contenía parámetros válidos, etc.)

Su definición se puede encontrar en el documento de elementos comunes.

En caso que se hubiera producido un error, no se enviará el grupo “OBSERVATION”, sino tan sólo los segmentos QRD,PRD y PID de la consulta.

El campo MSA.1 sólo podrá tener los valores “AA”, “AE” y “AR”.

Nota: En caso que se realice una consulta por un paciente que no exista se contestará un “AR”.

3.8.2.3.Prestación [OBR].

Este segmento encabeza cada uno de los grupos “OBSERVATION”, y permite indicar el episodio sobre el que informa el grupo.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - OBR	Set ID
4		CE	R	[1..1]		Universal Service Identifier	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de episodio
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción
4.3	20	ID	R	[1..1]	SNM3	Name Coding System	Sistema de codificación
7	26	TS	O	[0..1]		Observation Date/Time	Fecha del episodio
18	60	ST	R	[1..1]		Placer Field 1	Número de episodio
24	10	ID	R	[1..1]		Diagnostic Serv Sect ID	Servicio
32		NDL	C	[0..1]		Principal Result Interpreter	Intérprete principal
32.1		CNN	R	[1..1]		Name	Autor del informe
32.3	14	TS	R	[1..1]		End Time	Fecha del informe

- El OBR.4 permite indicar el tipo de episodios a transmitir, según la tabla siguiente:

Tipo de episodio

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
11429006	Consulta

- Fecha del episodio [OBR.7]. Indica cuándo se produjo el encuentro del paciente.
- Número de episodio [OBR.8]: El identificador del episodio en el HIS.
- OBR.24: Este campo permite indicar qué servicio hospitalario ha sido el responsable del episodio y estará codificado usando la tabla maestra de servicios de SACYL (99SVC).
- En el OBR.32 vendrán los datos del autor del informe, en el caso de que exista, así como la fecha de realización. El texto estará repartido en distintos segmentos OBX.

3.8.2.4.Datos de episodios [OBX]

La información de este segmento será la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]	0125	Value Type	Tipo de dato a enviar
3		CE	R	[1..1]		Observation Identifier	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del resultado enviado
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del resultado enviado.
3.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del resultado solicitado

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
5	99999	ST/FT/EI	R	[1..1]		Observation Value	Valor del resultado
11	1	ID	R	[1..1]	F/C	Observation Result Status	Estado del resultado
14	26	TS	C	[0..1]		Date/Time of the Observation	Fecha en la que se ha validado el resultado
16	250	XCN	C	[0..1]		Responsible Observer	Profesional responsable del resultado.

- Set Id [OBX.1] Identificador de secuencia. El primer segmento OBX tiene su valor a "1", y cada nuevo segmento OBX incrementa este valor.
- Tipo de dato a enviar [OBX.2]. Es uno de los posibles tipos de datos HL7, y corresponderá al formato a utilizar en OBX.5 Los tipos admitidos de la tabla 0125 son:

Tabla HL7 0125 simplificada para el escenario

Valor	DESCRIPCIÓN
HD	Identificador. Por ejemplo para el <i>accession number</i> , el <i>Study Instance UID</i> , etc..
ED	Encapsulados (PDF, CDA ,imágenes)
FT	Texto formateado (para informes o notas)
ST	Cadena de caracteres (para informes o notas)
TS	Instante temporal, para indicar momentos en el tiempo.

- Tipo de resultado enviado [OBX.3] Dato que se está enviando, codificado en la tabla de datos clínicos. Debe corresponder a alguno de los datos clínicos definidas en los catálogos de SACYL (habitualmente en el catálogo LOINC).
- Valor [OBX.5] Este campo contendrá el valor del resultado.
- Estado del resultado [OBX.11]. Ya que sólo se envían resultados validados, este campo podrá tener los siguientes valores:

Valor	DESCRIPCIÓN
F	Resultado final
C	Corrección de un resultado previo.

- Fecha del resultado [OBX.14]. Instante en que se tomó el resultado. Con la precisión máxima que permita el sistema.

- Responsable. [OBX.16]. Clínico responsable. Es un dato XCN.

3.9. Mensaje ACK aplicación (Application ACKnowledge).

Este mensaje permite indicar que la información contenida en el mensaje ha sido procesada por la aplicación correctamente.

3.9.1. Evento disparador.

Siempre que se produzca un error al procesar la información del mensaje, y el MSH.16 (Application Acknowledgment Type) sea “ER”, el sistema debe generar este mensaje de error.

Para el caso de los mensajes de gestión de paciente que ocupan este documento, el mensaje de ACK de aplicación es en su estructura totalmente similar al de aceptación (descrito en el punto “Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge)”). La única variación consiste en el contenido del segmento MSA y ERR. Esta similitud no se da en otros mensajes (y que en este caso el segmento ERR es obligatorio al ser siempre un error).

3.9.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es la siguiente:

<u>ACK^varies^ACK</u>	<u>General Acknowledgment</u>	<u>Uso</u>	<u>Chapter</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]

Para el conjunto de mensajes de gestión de pacientes, el ACK de aplicación tiene la misma estructura que el ACK de aceptación (salvo que ahora es obligatorio el segmento de error pues éste mensaje sólo se envía en caso de fallo).

- Cabecera del mensaje [MSH]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de aceptación [MSA]. Información relativa al mensaje al que se contesta.
- Descripción del error [ERR]. Información adicional sobre el error producido.

3.9.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es que el valor del MSH.9 (Tipo de mensaje) dependerá del mensaje que se esté contestando. En concreto, este campo tendrá los siguientes

componentes:

- MSH.9.1 (MSG.1): Siempre "ACK"
- MSH.9.2 (MSG.2) El mismo valor del componente MSH.9.2 del mensaje al que se contesta.
- MSH.9.3 (MSG.3). Siempre ACK.

Adicionalmente, el campo MSH.15 y MSH.16 tendrán valor "NE" ya que estos mensajes no tienen necesidad de ningún ACK de respuesta.

3.9.2.2.Segmento MSA.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	AE	Acknowledgment Code	Tipo de aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje que contesta

- Tipo de aceptación [MSA.1] (Acknowledgment Code). Valor fijo a "AE" o "AR", indicando que se ha producido un error al procesar la información del mensaje.
- Identificador del mensaje que contesta [MSA.2] (Message Control ID). Valor MSH.10 del mensaje que se contesta.

3.9.2.3.Segmento ERR.

El segmento ERR se describe en la guía de elementos comunes.

4. Elementos comunes.

4.1. Segmentos.

Ciertos segmentos son comunes a todos los mensajes del perfil (o al menos sólo varían ligeramente). Son los siguientes:

4.1.1. Cabecera [MSH]

Este segmento es común para todas las guías y está definido en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

4.1.2. Datos de paciente [PID]

Este segmento es común para todas las guías y está definido en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

4.1.3. Datos de visita [PV1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	Tipo de paciente
3		PL	RE	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	RE	[0..1]	0302	Point Of Care	Unidad donde está ubicado el paciente
3.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	Habitación
3.3	20	IS	RE	[0..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	RE	[0..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	R	[1..1]	0007	Admission Type	Tipo de ingreso
7		XCN	R	[1..n]		Attending Doctor	Médico asignado (y servicio y sub-servicio)
8		XCN	C	[0..1]		Referring Doctor	Médico que solicita el ingreso
10	3	IS	R	[1..1]	0069	Hospital Service	Servicio asignado
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso
17		XCN	RE	[0..1]		Admitting Doctor	Médico que ingresa al paciente
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
20		FC	R	[1..1]		Financial Class	(ICU)
20.1	20	IS	R	[1..1]	0064	Financial Class Code	Tipo de financiación
44	24	TS	R	[1..1]		Admit DateTime	Momento de ingreso.

Este segmento contiene información sobre los datos asistenciales del paciente, centro asignado, médico titular,...

La información que se refleja en este segmento está estructurada de la siguiente manera:

- El identificador del nº de repeticiones [PV1.1] (SetID) que aparece este segmento en el mensaje. En este caso el valor es siempre 1, ya que este segmento solo aparece una vez.
- Tipo de paciente. [PV1.2] (Patient Class). Es un valor de la siguiente tabla:

Tabla 0004

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO
N	NO APLICA (en mensajes de actualización de pacientes no asociados a un episodio)

- Ubicación del paciente [PV1.3]. Identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - PV1.3.1 Unidad (PointOfCare). Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
 - PV1.3.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Tipo de ingreso [PV1.4] (Admission Type), que cargará uno de los valores reflejados en la tabla de valores para este campo:

Tabla de usuario HL7 0007, ampliada localmente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COMENTARIOS
E	URGENCIAS	Admisión realizada en urgencias, sin hospitalización.
R	HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA * (RUTINARIO-NORMAL)	Hospitalización programada (p.ej.: hospitalización realizada para una intervención ya programada).
U	HOSPITALIZACIÓN URGENTE	Hospitalización remitida desde urgencias
CX	Consultas externas	Referido a mensajes que comunican actividad de citas externas.
HDD	Hospital de día	Ingreso programado o no programado por hospital de día.
D	Directo	Admisión en otros centros que no son hospitales pero se registran en el HIS hospitalario (por ejemplo residencias)
O	Otros	Cuando no es ninguno de los anteriores

- El médico que atiende al paciente [PV1.7] (*Attending Doctor*), definido en un XCN. El campo es repetible para permitir envío de varios identificadores del mismo médico. Este campo permite indicar además del profesional el servicio bajo el que el paciente está ingresado. Si bien el PV1.10 ya identifica este servicio, este campo permite expresar tanto el “servicio maestro (definido en orden ministerial)”, como el del específico del centro. En la definición de segmentos comunes del documento se expresa cómo enviar esta información.
- Médico solicitante [PV1.8] (*Referring Doctor*) El doctor que ha solicitado el ingreso:
 - Si el paciente proviene derivado de otro centro, se trata del médico que solita la derivación. (Si se conoce el centro del que viene el paciente se indica en PV2.13).
 - Si el paciente se ingresa tras ser atendido en urgencias, este campo indica el médico que le atiende en urgencias (en este caso puede omitirse el PV2.13, o puede indicar el mismo centro hospitalario).
- El código del servicio [PV1.10] (*Hospital Service*). Servicio para el que está asociado el ingreso del paciente. Este servicio se refiere al “maestro de servicios”, y es un código común a todos los centros. En caso de necesitarse el sub-servicio (es decir, la definición de los mismos particular para cada centro) es necesario acudir al campo PV1.7.
- Origen de admisión [PV1.14] (*Admit Source*). Indica el distinto origen del paciente:

Tabla HL7 0023 Tabla de usuario ampliada Origen de paciente

CÓDIGO	COMENTARIOS
0	INDETERMINADO
1	ORDEN FACULTATIVA
2	PETICION PROPIA
3	PETICION FAMILIAR
4	ORDEN GUBERNATIVO
5	ORDEN JUDICIAL
6	OTROS MOTIVOS

(Los valores a partir del 5 son particulares de cada centro)

- Médico de ingreso [PV1.17] (*Admitting Doctor*) Se trata del médico que atiende al paciente cuando éste ingresa. Este dato se enviará sólo en el caso que esté disponible en el sistema de origen.
- El código de visita [PV1.19] (*Visit Number*). Número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes.
- Tipo de financiación [PV1.20.1] (*Financial Class Code*). Este campo permite indicar el tipo de respaldo de la intervención. Se enviará un código de la siguiente tabla:
 - Tabla de usuario HL7 0064 ampliada localmente para tipos de financiación

CÓDIGO	COMENTARIOS
0	DESCONOCIDO
1000	SEGURIDAD SOCIAL
1001	ESTADO
1002	BENEFICIENCIA
1003	FINANCIACION PUBLICA
1004	TARJETA SANITARIA (SIN NUMERO)
1005	SNS
2000	COMUNIDAD AUTONOMA
2000	ENTES TERRITORIALES
2002	DONANTES DE MEDULA OSEA
2003	UNIDAD DE DESINTOXICACION
2004	ORGANISMOS ADSCRITOS CCAA O TERRITOR.
2005	ADMINISTRACIONES PUBLICAS
2006	CORPRAC.LOCALES Y/O CABILDOS INSULARES
2007	ENTES LOCALES

3000	MUTUAS DE ASISTENCIA SANITARIA
3001	MUFACE,ISFAS,MUGEJU
4001	ACCID. TRABAJO - E. PROF.
4002	ACCIDENTES DE TRABAJO
4003	ACCIDENTE LABORAL Y TRAFICO
5000	ACCIDENTE DE TRAFICO
5001	TRAFICO SIN CONVENIO
5002	A. TRAFICO SIN UNESPA
5003	TRAFICO UNESPA-CONDUCTOR
6000	PARTICULARES
6001	TEST ALCOHOLEMIA
6002	AGRESIONES
6003	VARIOS Y PARTICULARES
6004	SEGURO ESCOLAR
6005	DEPORTIVOS Y TOROS
6006	DEPORTIVO
6007	FESTEJO
6008	MORDEDURA DE PERRO
6009	ACCIDENTE ESCOLAR
6010	TRAFICO PARTICULARES
6011	CAZA
7000	EMPRESAS COLABORADORAS
7001	FINANCIACION MIXTA
7002	COOPERADORAS
8000	CONVENIOS INTERNACIONALES
8001	OTRAS
1006	INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
8003	SOLDADOS Y MARINEROS
8004	EXTRANJEROS
8005	ENTID. PRIVAD Y SOC. SEGURO LIBRE
9000	NO ESPECIFICADO
9001	DEFECTO
9002	ACUERDO MARCO VALORACION INCAPACIDADES

- El momento de ingreso [PV1.44] (*Admit Date Time*). Momento en el que el paciente ha sido hospitalizado.

4.1.4. Datos ampliados de la visita [PV2].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3		CE	RE	[1..1]	99CLADMIN	Admit Reason	
3.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del clase de ingreso
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del clase de ingreso
3.3	7	ID	R	[1..1]	99CLADMIN	Name of Coding System	Sistema de codificación del clase de ingreso
9	14	TS	RE	[0..1]		Expected Discharge Date/Time	Fecha prevista de alta
13		XCN	C	[0..1]	Referral Source Code	Origen de la derivación	

El segmento permite incluir:

- El motivo de ingreso [PV2.3], basándose en la siguiente tabla:

Tabla 99CLADMIN Tipos de admisión

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	ENFERMEDAD COMÚN
2	ACCIDENTE CASUAL
3	ACCIDENTE DE TRABAJO
4	ACCIDENTE DE TRAFICO
5	AGRESIÓN
6	AUTOLESIÓN
7	INTOXICACIÓN
9	PATOLOGÍA NO URGENTE

(Fuera de este rango de valores, cada centro puede haber definido los suyos específicos)

- Fecha prevista de alta. En caso que se conozca, este segmento permite enviar la fecha para la que el paciente tiene previsto el alta. Como mínimo se debe enviar el día.
- En el caso que el paciente haya sido ingresado a través de una derivación, el centro u organización origen de la misma [PV2.13], se indica usando un tipo de dato XCN, sin embargo en este caso, identifica un centro no una persona, por lo que
 - Código de centro (en la tabla de centros de SACYL), en XCN.1
 - Nombre del centro, en XCN.3
 - Catálogo usado para el centro (descrito por XCN.9, XCN.13 Y XCN.22) según lo descrito en el documento de recursos comunes de Sacyl (tipo de dato XNC).

Este campo permite identificar organizaciones o centros. Para identificar al médico solicitante se usa el PV1.18.

4.1.5. Datos de profesional asociado bajo un rol [ROL]

Este segmento es común para todas las guías y está definido en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

4.1.6. Datos del problema [PRB]

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0287	Action Code	Código de acción
2	14	TS	R	[1..1]		Action Date/Time	Fecha de actualización
3		CE	R	[1..1]		Problem ID	
3.1	3	ST	RE	[1..1]		Identifier	Código del problema
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del problema
3.3	7	ID	C	[1..1]		Name of Coding System	Sistema de codificación del problema
4		EI	R	[1..1]		Problem Instance ID	
4.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador del problema
4.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador centro responsable
5		EI	RE	[0..1]		Episode of Care ID	
5.1	3	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador episodio/PC
5.2	20	ST	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador centro responsable
7	14	TS	RE	[0..1]		Problem Established Date/Time	Fecha de registro del problema
9	14	TS	RE	[0..1]		Actual Problem Resolution Date/Time	Fecha de resolución del problema
10		CE	R	[1..1]		Problem Classification	
10.1	20	ST	RE	[1..1]		Identifier	Código de tipo de problema
10.2	199	ST				Text	Descripción del tipo
10.3	4	ID			SNM3	Name of Coding System	Sistema de codificación del tipo
14		CE	R	[1..1]		Problem Life Cycle Status	
14.1	20	ST	RE	[1..1]		Identifier	Código del estado del problema
14.2	199	ST				Text	Descripción del estado
14.3	4	ID			SNM3	Name of Coding System	Sistema de codificación del estado
15	14	TS	RE	[0..1]		Problem Life Cycle Status Date/Time	Fecha de estado actual
16	14	TS	RE	[0..1]		Problem Date of Onset	Fecha de comienzo del problema
25		CE	R	[0..1]		Security/Sensitivity	
25.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de sensibilidad de la información
25.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de sensibilidad
25.3	7	ID	R	[1..1]	HL70177	Name of Coding System	Codificación del tipo de sensibilidad

- Código de acción [PRB.1]. Indica la acción realizada con el problema en cuestión. La tabla 0287 codifica estos estados.

En el caso de un nuevo problema, obligatoriamente deberá estar fijado a “AD”.

En el caso de que sea una corrección por error en lo enviado anteriormente, el estado será “CO”, si es una actualización por evolución del problema el estado será “UP”.

Finalmente, si se ha eliminado el problema, el estado será el “DE”

Tabla HL7 0287 con las acciones posibles para un problema

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
AD	Añadir
CO	Corrección
DE	Eliminar
UP	Actualización

- Fecha de actualización [PRB.2]. Indica la fecha y hora en la que se actualiza el registro de problemas del paciente con cualquiera de las acciones descritas en el punto anterior.
- Identificación del problema [PRB.3]. Codificado en un CE, de la siguiente manera:
 - CE.1: Identificador del problema (Identifier).
 - CE.2: La descripción del problema (Text).
 - CE.3: Catálogo de problemas de salud (Name of coding system). Deberá tener el valor I9C si se trata de una codificación en CIE-9, I10C para CIE-10, NDA para NANDA, SNM3 para SNOMED, etc...
- Identificación de la instancia del problema [PRB.4]. Codificado en un EI, de la siguiente manera:
 - EI.1: Identificador único del problema (Entity Identifier). El identificador en la aplicación que envía el problema. Debe ser único en el sistema.
 - EI.2: Responsable del identificador (Namespace ID).
- Episodio [PRB.5]: En el caso de Atención Especializada es el episodio, en el caso de AP debe venir el identificador del proceso clínico. Codificado en un EI, de la siguiente manera:
 - EI.1: Identificador del episodio o proceso clínico (Entity Identifier). Debe ser único en el sistema.
 - EI.2: Responsable del episodio/proceso clínico (Namespace ID). Centro responsable del episodio o proceso clínico.
- Fecha de registro [PRB.7]: Fecha en el que el problema de salud fue identificado por primera vez por el personal clínico. En formato AAAAMMDDHHMMSS
- Fecha de resolución [PRB.9]: Fecha en el que el problema de salud fue resuelto. En

formato AAAAMMDDHHMMSS.

- Clasificación [PRB.10]: Indica la clasificación del problema. Podrá ser un proceso clínico o un antecedente. En el caso de ser un antecedente familiar, la acción sobre el problema irá referida a los datos del familiar descrito en el segmento ZK1. Codificado en SNOMED (SNM3) con los siguientes valores:

Clasificación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
439401001	Diagnóstico
57177007	Antecedente familiar
413350009	Antecedente general
161466001	Antecedente alcoholismo
1221000119103	Antecedente tabaquismo
371435006	Antecedente tóxico
32709003	Adicción
161579008	Antecedente perinatal
271902005	Antecedente ginecológico
161803004	Antecedente obstétrico
161615003	Antecedente quirúrgico

- Estado del problema [PRB.14]: Indica el estado actual dentro del ciclo de vida del problema. Codificado en SNOMED (SNM3) con los siguientes valores:

Estado del problema

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
394774009	Problema activo
394775005	Problema inactivo
394776006	Sin especificar

- Fecha de estado actual [PRB.15]: Momento en el que se produjo el estado actual del problema. En formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Fecha de comienzo del problema [PRB.16]: Momento en el que comenzó el problema de salud del paciente. En formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sensibilidad de la información [PRB.25]: Indica si la información proporcionada sobre el

problema de salud del paciente es sensible y debe tratarse como tal. Codificado según la tabla 0177 con los siguientes valores:

Tabla HL7 0177: Nivel de confidencialidad

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
U	Sin restricciones
R	Restringida
V	Muy restringida

5. Control de Cambios.

Versión	Cambio	Fecha/Autor
1.2	Inclusión de RQC/RPI	15/11/2016
1.1	Inclusión de PRB.10 (Clasificación) Inclusión del concepto antecedentes en la definición del mensaje Inclusión de mensaje segmento ZK1 para antecedentes familiares	15/04/2016
1.0	Versión inicial	16/10/2015