

Guía de Mensajería HL7 2.5 Intrahospitalaria (Vol. 1/2)

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



GUÍAS DE MENSAJERÍA HL7 V2.5 INTRAHOSPITALARIA (Volumen 1 de 2)

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

©Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Coordinación: *Dirección Técnica de Tecnologías de la Información.*
Dirección General De Desarrollo Sanitario
Impresión: *Imprenta García (Ávila)*



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 de la Información, Dirección o General De Desarrollo Sanitario, Junta de Castilla y León* "

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

La Oficina de Integración de Sacyl viene desarrollando desde 2008 las especificaciones a utilizar para comunicar los sistemas de información Sanitarios. Para los escenarios donde se ha escogido el estándar HL7, dichas especificaciones se concretan en las “Guías de Integración HL7”.

La gran cantidad de sistemas de información independientes dentro de los centros hospitalarios (prácticamente uno por cada servicio) hace éstos escenarios los de mayor demanda de estandarización, de ahí que hayan sido necesarios dos tomos para cubrir los trabajos desarrollados hasta ahora (y es posible que en breve sea necesario otro).

Dado que la mayor parte de estos sistemas están preparados para trabajar con la versión del estándar HL7 2.x, éste ha sido el elegido, con el objetivo de no hacer la integración en los entornos de Sacyl un requisito técnico que rompiera con la experiencia de los proveedores.

Este primer tomo contiene el conjunto de guías que primero han sido implementadas en los centros, así como el documento de arquitectura general, y el de elementos comunes de mensajería.

*Oficina de Integración
Febrero de 2010*

CONTENIDO DEL TOMO

ARQUITECTURA Y PRESENTACIÓN DE LAS GUÍAS
DE MENSAJERÍA

ELEMENTOS COMUNES MENSAJERÍA
(HL7 V2)

GESTIÓN DE PACIENTES
(NOTIFICACIONES)

GESTIÓN DE PACIENTES
(CONSULTAS)

CITAS, PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA
Y LISTAS DE ESPERA

Modelo de Integración y presentación de las Guías

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

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. PLAN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.....	5
3. ESCENARIO DE INTEGRACIÓN.	6
4. ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN.	7
5. ARQUITECTURA DE LA HCE.	8
5.1. ESTRATEGIA EN CENTROS HOSPITALARIOS.....	10
6. GUÍAS DE INTEGRACIÓN.....	15
6.1. GESTIÓN DE PACIENTES.	15
6.2. GESTIÓN DE AGENDAS Y LISTAS DE ESPERA.	17
6.3. GESTIÓN DE PETICIONES RESULTADOS DE PRUEBAS ANALÍTICAS.	20
6.4. GESTIÓN DE PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.	20
6.5. GESTIÓN DE BANCO DE SANGRE.....	21
6.6. GESTIÓN DE DIETAS.	22
6.7. GESTIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA.	23
6.8. GESTIÓN DE STOCKS	26
6.9. GESTIÓN DE MAESTROS	28
6.10. GESTIÓN DE SIGNOS VITALES.....	28
6.11. GESTIÓN BASE DE DATOS POBLACIONAL	29
6.12. DOCUMENTO CLÍNICO (CDA).....	30
6.13. GESTIÓN DOCUMENTAL	30
6.14. INTERCAMBIO DE HISTORIA CLÍNICA.....	32
6.15. RECETA ELECTRÓNICA	33

1. INTRODUCCIÓN.

El conjunto de documentos conocidos como "Guías de Mensajería" desarrollados en la Gerencia Regional de Salud (SACYL) de la Junta de Castilla y León, y publicados durante el primer trimestre de 2008, representan un importante hito dentro de la estrategia para la consecución de la Historia Clínica Electrónica (HCE) de la comunidad. En este documento se describen las líneas generales de la citada estrategia y de un modo particular lo referido a los aspectos de integración entre aplicaciones sanitarias.

2. PLAN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

Desde SACYL, se concibe la HCE no como un objetivo sino como una consecuencia de la mejora continua del sistema de salud en la búsqueda por ofrecer la mejor atención posible a los ciudadanos. Este proceso de mejora continua, aplicado a los sistemas de información sanitarios, se esboza a través de los siguientes hitos dentro de un ciclo continuo:

- Realizar un análisis de la situación actual, definiendo un Plan de Sistemas en base a los resultados del estudio.
- Siguiendo las conclusiones del Plan de Sistemas, se escogerá una solución de interoperabilidad plasmada en un conjunto de requisitos a cumplir por cada nueva aplicación que se incorpore al entorno.
- En base a la solución de interoperabilidad escogida, se realizará un diseño de la arquitectura en la que vaya a ser desplegada, y se proveerá de los recursos necesarios para que dicha solución sea operativa (comunicaciones, registros, repositorios, seguridad, etc.).
- Partiendo de las decisiones alcanzadas en los puntos anteriores, desde SACYL se definirán todas las especificaciones y requisitos, así como herramientas de apoyo que aseguren que las nuevas soluciones puedan adaptarse a la arquitectura de interoperabilidad. Los sistemas heredados serán añadidos a esta arquitectura paulatinamente.
- Por último, todo el conjunto de decisiones estará sometido a una constante revisión a medida que la experiencia de implantación exija replantear ciertas soluciones.

3. ESCENARIO DE INTEGRACIÓN.

Si bien los sistemas de información implantados dentro del entorno sanitario suelen ofrecer cierto nivel de integración, ésta suele ser a través de acceso directo a los recursos (como por ejemplo a la base de datos), o a través de soluciones específicas. No es posible generalizar, ya que esta situación varía dependiendo del entorno: por ejemplo, los sistemas de imagen diagnóstica y laboratorio suelen incorporar interfaces claramente definidas, mientras que en el resto esta situación es menos habitual.

Esta situación es producto de la gran dificultad de encontrar modelos de integración comunes: el elevado número de especialidades y lo específico de cada una de estas confieren a la gestión de la información correspondiente a las mismas un tratamiento concreto y muy diferenciado entre cada ámbito.

Con respecto a la comunicación hacia el exterior, bien sea con otros centros hospitalarios del mismo ámbito geo-territorial, bien hacia centros de distinto ámbito, o hacia proveedores externos, también se sufre una grave carencia de especificaciones que garanticen una homogeneidad tanto en el protocolo de comunicación como en el tipo de soporte o el sistema de intercambio de la información.

Debido a esta situación se acaba obteniendo un escenario con aplicaciones poco integradas, con procesos débilmente automatizados en los que es necesario reingresar los datos manualmente varias veces. Las consecuencias son una elevada dispersión de datos, un alto índice de duplicación de información y un complejo y lento sistema de consulta de datos correspondientes al paciente debido a la práctica inexistencia de una historia clínica homogénea y centralizada. Se produce entonces una falta de visión global de los datos clínicos de cada paciente por parte del profesional clínico.

Este hecho, junto con la inexistencia de directrices capaces de enfocar y encauzar las implantaciones así como el hecho de no exigirse ningún tipo de estandarización ni promover el uso de un grupo reducido de protocolos de comunicación entre las aplicaciones utilizadas comporta la existencia de una estructura de datos poco cohesionada a nivel interno de cada centro sanitario.

Aunque existen claros protocolos de comunicaciones dentro del área sanitaria (HL7, DICOM, ASTM, etc.) todos ellos exigen un elevado nivel de configuración; Sin una estrategia común, las integraciones existentes seguirán teniendo un elevado nivel de especificidad, siendo muy complicado su reaprovechamiento en otras áreas. Es habitual que las pautas que se sigan sean las promovidas por los propios departamentos de informática de dichos centros o los proveedores de la solución, sin seguir ningún tipo de guía común definida en el territorio comunitario.

El panorama reflejado ofrece un nivel de heterogeneidad muy alto, existiendo muy poca coincidencia en el uso de aplicaciones departamentales específicas, siendo estas un conjunto extenso y dispar que depende de procesos de elección e implantación no homogéneos que generan escasas sinergias.

4. ESTRATEGIA DE INTEGRACIÓN.

Del análisis de la situación expresado en punto anterior, desde SACYL se extrajeron los siguientes objetivos a solicitar de la arquitectura de integración:

- Tecnológicamente independiente, sin estar ligada a ninguna plataforma ni herramienta.
- Coste aceptable, los requisitos no deberían obligar a una re-concepción de las aplicaciones.
- Escalable. Las necesidades de integración abarcan tanto los niveles de centros hospitalarios, como el entorno sanitario en general. La solución debería contemplar ambos escenarios.

En función de estos objetivos, se plantearon los siguientes requisitos:

- Plantear una arquitectura SOA, encapsulando cada sistema como un consumidor o servidor de servicios claramente definidos.
- Escoger un conjunto de protocolos de intercambio, con las siguientes características:
 - Ser tecnológicamente neutrales, evitando ligarse a un único proveedor.
 - Estar ampliamente difundidos y tener una base implantada significativa.
- Aportar el conjunto de recursos comunes tanto físicos (comunicaciones, registros, etc.) como reguladores (políticas, normas, protocolos, etc.) que hagan posible esta arquitectura.

Partiendo de estos objetivos, se definió la siguiente estrategia:

- Modelar el sistema de información sanitario, definiendo para cada sistema, un conjunto de responsabilidades con el resto de sistemas de información. No se trata de remodelar el sistema sanitario, sino de formalizar los roles que ya existen.
- En base al modelo anterior, definir formalmente el conjunto de interacciones que existirá ente estos sistemas. Estas interacciones estarán basadas en los protocolos comunes para cada ámbito (por ejemplo, LDAP para usuarios, DICOM para imagen diagnóstica, HL7 para mensajería entre aplicaciones, etc.).
- Proporcionar los servicios comunes:
 - Conjuntos de catálogos y mecanismo de actualización de los mismos.
 - Proveedores de datos de pacientes (Registros Unificados de Pacientes) así como de Profesionales (Servicio de Páginas Blancas), y mecanismos estandarizados de acceso a los mismos.

Esta estrategia, no supone una nueva aventura, sino que se apoya en la experiencia de IHE (*Integrating de Healthcare Enterprise*) y la guía de implantación de HL7.

5. ARQUITECTURA DE LA HCE.

Una vez definida la estrategia general, es necesario aplicarla a cada escenario. En base al estudio de la situación actual, existen varios ámbitos bien definidos relativamente independientes entre sí, para los cuales se han definido estrategias diferentes (figura 1):

- **Atención Primaria (AP)**, formada por todos los centros de salud, cada uno de ellos con un sistema de información independiente, cuya población atendida está relacionada a través del Código de Identificación Personal (CIP).
- **ESTRATEGIA:** La mayor frecuentación a la historia clínica se produce desde este entorno, pero es necesario definir una estructura compatible entre la historia clínica definida por AE y AP, que actualmente está siendo gestado por un equipo funcional.

AP deberá acceder a los datos comunes (tablas maestras, repositorios, receta, visados, etc.) y a los servicios que precise provistos desde la HCE (navegador, historia resumida, alertas, informes de especialistas, etc.). Es indiferente para esta estrategia si los sistemas de información continúan existiendo de forma distribuida o centralizada.

- **Centros de Atención Especializada (AE)**, donde se acumula la mayor diversidad de aplicaciones de atención sanitaria. La relación entre estas aplicaciones y el paciente es a través de un código local: NHC (Número de Historia Clínica). Sin embargo no son entornos aislados, ya que existe una relación entre el NHC y el código CIP.

- **ESTRATEGIA:** Para minimizar los costes de integración, los centros hospitalarios se verán como un nodo independiente (que proveerá y consumirá una serie de recursos), de forma que los sistemas de información de los departamentos interactuarán exclusivamente entre ellos.

La interacción entre AE y AP se realizará a través de servicios que encapsularán las complejidades de cada centro hospitalario, ofreciendo un conjunto de prestaciones común.

- **Gerencia de Salud**, donde están los sistemas de gestión y control administrativa (gestión de Incapacidad temporal, Visado de tratamientos farmacológicos, etc., así como los recursos comunes: Base de datos de Pacientes (Tarjeta Sanitaria), Tablas maestras (Centros, servicios, etc.), Profesionales (Directorio LDAP), Catálogos (CIE, medicamentos, etc.)

- **ESTRATEGIA:** Se completará el conjunto de catálogos y tablas maestras a nivel centralizado, así como de un mecanismo de notificación de los cambios a los sistemas consumidores, asegurando la correcta sincronización de los mismos. Se adaptará la interface del resto de sistemas asegurando su compatibilidad con el conjunto de protocolos escogidos. Por último, se proveerá del conjunto de sistemas de registros necesarios a medida que sea necesario para la creación de la historia clínica común.

- **Resto Comunidades y países**, donde residirá la información de los encuentros del paciente con otros sistemas de salud.

- **ESTRATEGIA:** La interrelación con otras Comunidades se da a través del Sistema nacional de Salud (SNS), que define un escenario para el intercambio de información de identificadores de pacientes, así como información de historia. Es a través de este punto donde se construirá el intercambio de información con otros países.

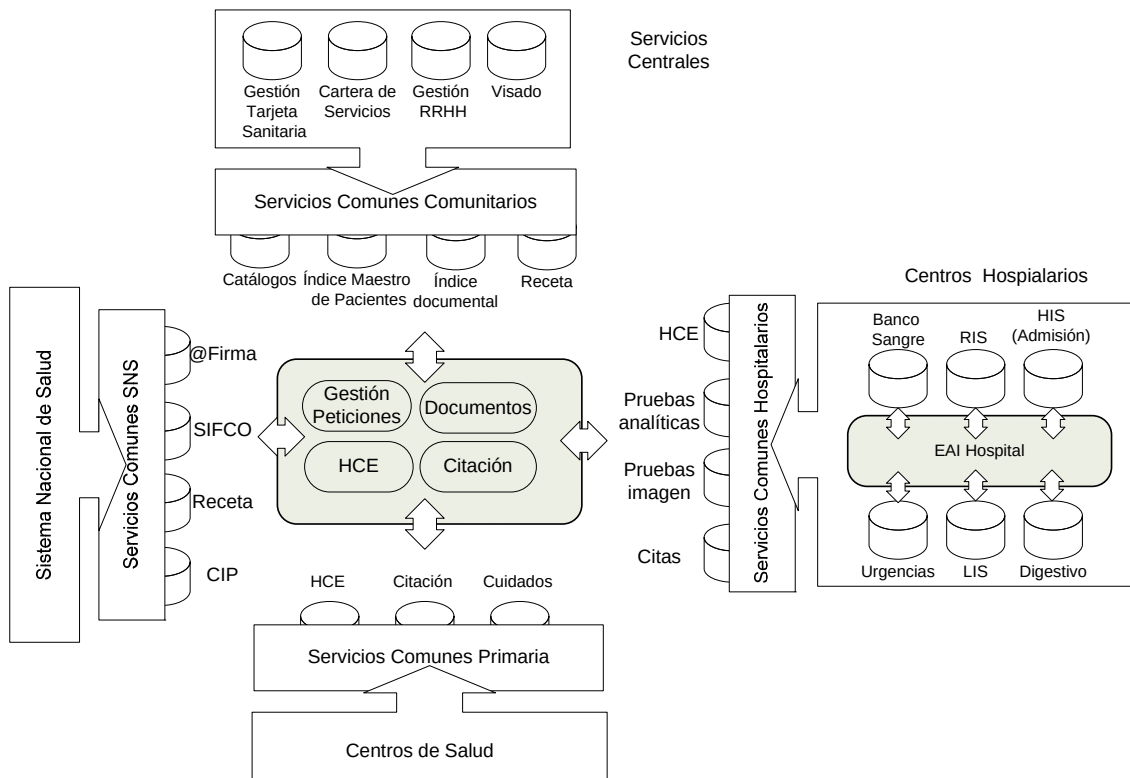


Figura 1. Arquitectura de SI regionales.

5.1. ESTRATEGIA EN CENTROS HOSPITALARIOS.

Dentro de los centros hospitalarios, se ha optado por la aplicación del mismo modelo que el general: la definición de un conjunto de obligado cumplimiento por cada una de las aplicaciones, de rango general para todos los hospitales en SACYL. Esta estrategia permitirá crear un conjunto de herramientas y conocimiento comunes a toda la integración, evitando la aparición de soluciones locales de difícil propagación.

La comunicación dentro de los centros hospitalarios se organizaría en base a bloques de interacciones agrupados por funcionalidad, especificado cada una de ellos en un “Perfil de mensajería”. Inicialmente se han definido los siguientes perfiles: pacientes, agendas, laboratorios, imagen médica, banco de sangre, dietas, farmacia, cuidados y atención primaria.

Estos perfiles definen una serie de eventos para los que se deben enviar mensajes, y así como su composición. En el último punto de este documento se describen los perfiles desarrollados hasta la fecha.

Junto a estos perfiles, es necesario definir las responsabilidades de cada uno de los sistemas del hospital (qué transacciones deben recibir, y cuales enviar), de una manera similar a la que propone la guía de HL7, reflejada en el siguiente dibujo (figura 2):

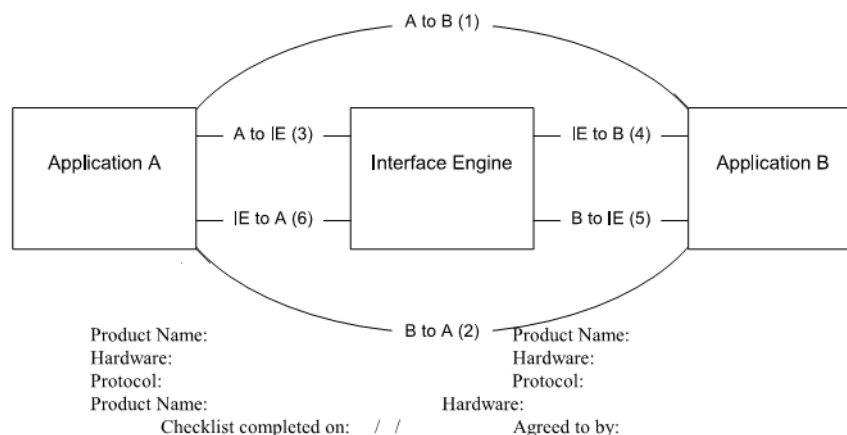


Figura 2. Contrato de comunicaciones entre aplicaciones propuesto por la guía de integración de HL7.

5.1.1. Motor de mensajería HL7 de los centros hospitalarios

La comunicación entre aplicaciones hospitalarias será controlada por un *broker* de mensajes, cuya responsabilidad será la distribución de mensajes entre aplicaciones. De esta manera las aplicaciones sólo deberán tratar con dicho sistema y éste, en función del mensaje, se encargará de distribuirlo sólo a las aplicaciones suscritas, centralizando la administración de cualquier incidencia.

El motor, cumplirá la especificación de capa intermedia definida por HL7, soportando el modo ampliado de ACK HL7 (respondiendo con ACK de aceptación una vez asegurada la recogida del mensaje).

La labor de este motor, por tanto es sólo la de distribuir mensajes, siendo cada una de las aplicaciones responsables de generar/consumir los mensajes tal y como están definidos en la guías.

En base al estudio realizado, las exigencias técnicas del motor son:

- Capacidad de trabajar con la sintaxis y protocolos de transporte más comunes de HL7. El motor debería ser capaz de forma natural de enviar/recibir mensajes tanto en XML como en ER7, y gestionar su envío por los mecanismos de transporte MLLP, HTTP y Web Services.
- Ofrecer una capa administrativa de fácil manejo. Dada la relativa sencillez de tareas a realizar con él (flujo de mensajes), no deberá exigir una curva de aprendizaje demasiado grande.

Ofrecer un apoyo al mantenimiento y gestión de incidencias. En este sentido, el motor:

- Deberá ofrecer un registro de mensajes enviados/recibidos tanto a través de una interface visual como de un registro en base de datos.
- Deberá poder emitir avisos en caso de error en la transmisión de algún mensaje (por ejemplo, a través de correo electrónico).
- Deberá permitir reenviar o modificar y reenviar mensajes asíncronos.

El motor debe permitir tanto el envío y la distribución en los siguientes modos:

- Distribución “asíncrona” de mensajes: no se espera una respuesta del sistema remoto más allá de una confirmación.
- Consultas “síncronas”: cuando la respuesta del sistema remoto contiene información a transmitir al que inicia la transacción.

Para el modo “asíncrono”, el motor debe cumplir las siguientes condiciones:

- Gestión de ACK de aplicación (figura 3). Dado que el motor se encargará de la distribución de los mensajes, es necesario que éste indique a las aplicaciones de las que recibe mensajería que se ha podido hacer cargo del mensaje con un ACK de aceptación. También deberá esperar el ACK de confirmación cuando entrega mensajes a otras aplicaciones (o reintentar hasta que por fin se retorna). Los detalles de gestión de ACK se detallan a continuación en el documento.
- Dado que para el funcionamiento de muchas aplicaciones es crítico el orden de los mensajes, deberá habilitar la posibilidad de envío en colas, de forma que:
 - Los mensajes se distribuyan en el mismo orden que se han recibido.
 - No se envíe el siguiente hasta que el anterior haya sido entregado correctamente.

Sin embargo, esta configuración no debería ser aplicable a todos los canales, pues hay entornos donde prima la velocidad de procesamiento en picos, y no existe tanta criticidad a la hora del orden de entrega de mensajes.

- Debe asegurar que nunca se pierda un mensaje, independientemente de si las aplicaciones destino están activas o no. En caso que la aplicación destino esté fuera de servicio, debe ser capaz de almacenar internamente los mensajes, y enviarlos cuando ésta esté finalmente disponible.

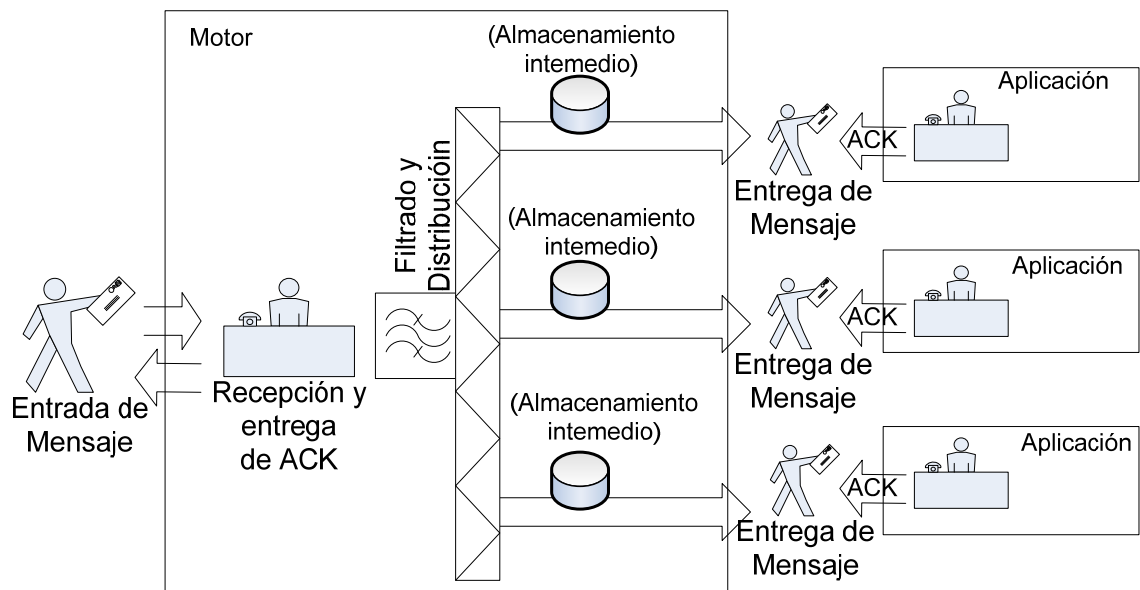


Figura 3. Tratamiento de mensaje asíncronos.

Para el modo síncrono, las condiciones son las siguientes:

- El motor será capaz de localizar y dirigir el mensaje a su destinatario correcto.
- El motor deberá ser capaz de recuperar la respuesta de un sistema externo y retornarla sobre la misma conexión de entrada.

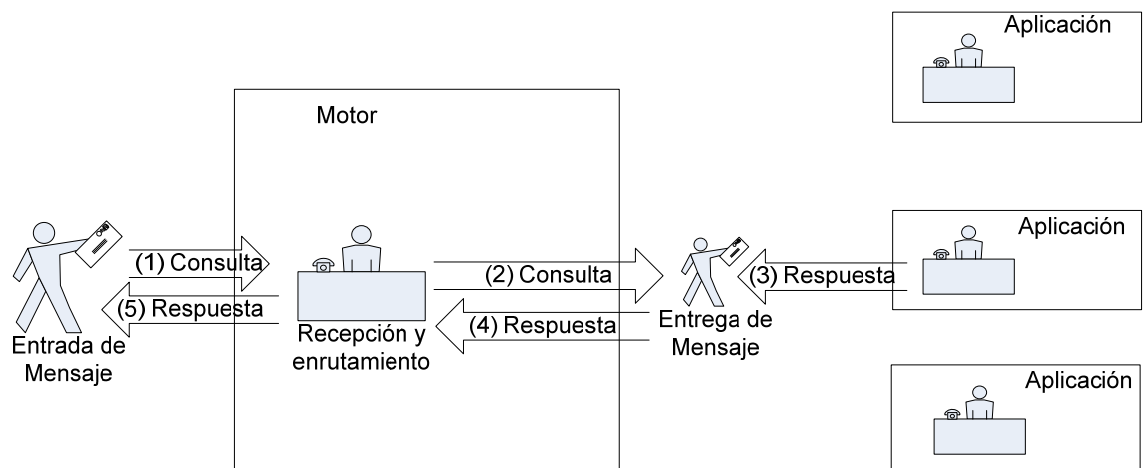


Figura 4. Modo síncrono de gestión de mensajes.

5.1.2. Gestión de ACK.

Dado el alto número de mensajes a gestionar, así como los múltiples escenarios, se ha optado por el uso del “modelo ampliado” de ACK de HL7. En base a este modelo, el comportamiento de las aplicaciones con respecto a los ACK se refleja en el siguiente diagrama de actividad; figura 4:

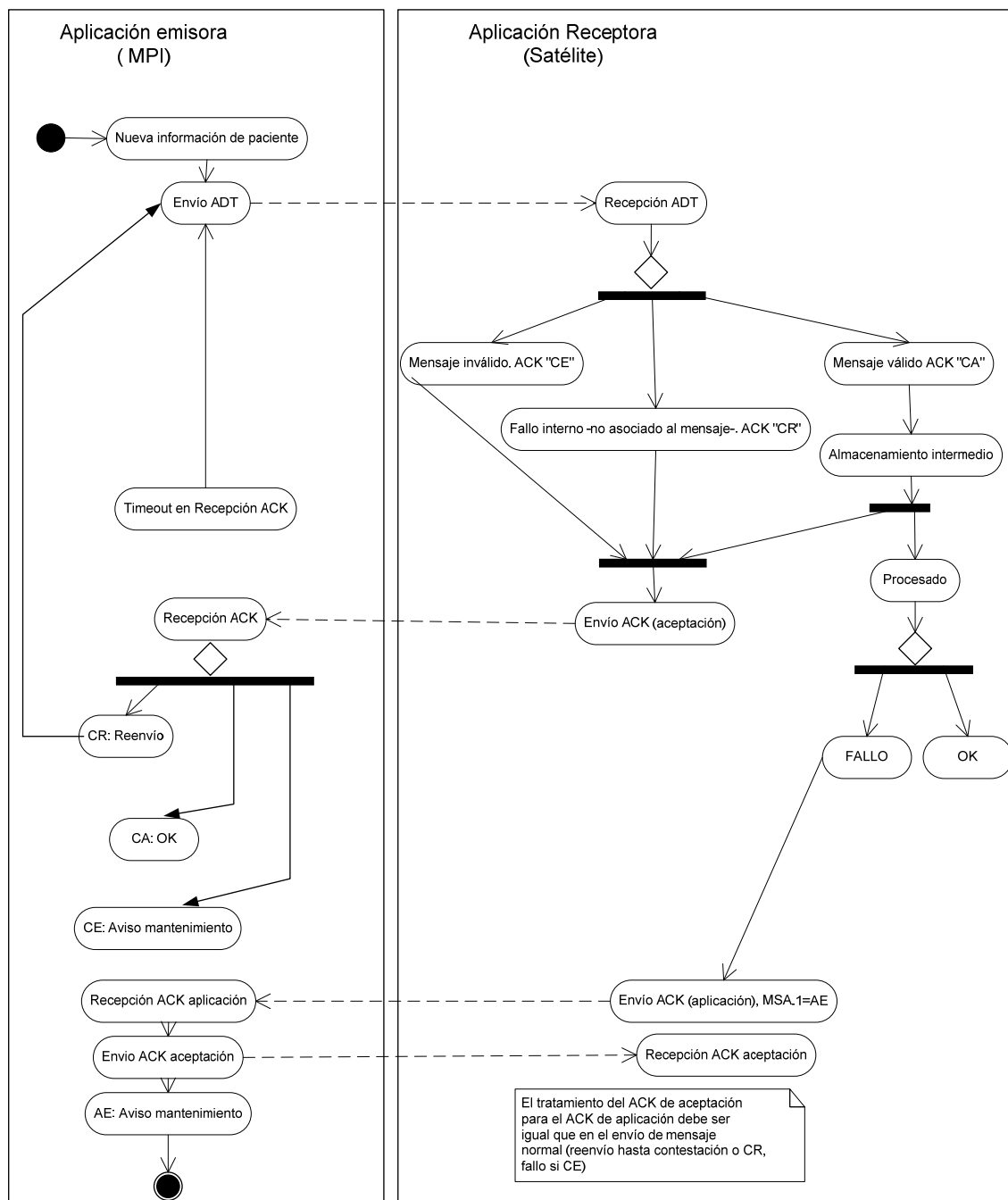


Figura 4. Tratamiento de ACK según el modelo ampliado.

- Un ACK de “aceptación”, inmediato a la entrega del mensaje, donde la aplicación receptora acepta hacerse cargo del mensaje. Este mensaje es de obligatoria entrega. En función de su recepción, la aplicación emisora se comporta de la siguiente manera:
 - a. Si la aplicación emisora no responde con un ACK, se entiende que no ha recibido el mensaje y será necesario reenviarlo. Se esperará un tiempo prudencial y se reintentará. No se enviarán más mensajes hasta que éste sea aceptado.
 - b. Si la aplicación emisora responde con un ACK con el valor de MSA.1 a “CE”, se marca el mensaje como erróneo. Ningún nuevo mensaje será enviado hasta que la situación se resuelva.
 - c. Si la aplicación emisora responde con un ACK con el valor de MSA.1 a “CR”, se debe proceder como el caso (a).
- Un ACK de “aplicación” que se enviará en caso que, una vez ejecutado el proceso por la aplicación receptora, éste genere una situación de error. No se enviará en caso que el proceso sea ejecutado normalmente. Este ACK de aplicación debe contestarse con un ACK de aceptación, repitiéndose la misma operativa que en el caso anterior (que no se ha reflejado en el diagrama para no complicarlo excesivamente).

6. GUÍAS DE INTEGRACIÓN.

6.1. *Gestión de Pacientes.*

Referidos a la notificación de datos administrativos de pacientes (nuevos ingresos, altas, bajas, éxitos), así como a los datos de su ubicación dentro del hospital (cama de ingreso, traslado de cama). Este perfil será de utilidad para todas las aplicaciones departamentales, ya que el acceso a los datos de pacientes se realizará exclusivamente a través de éste conjunto de interacciones.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7.

6.1.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ADMISIÓN (Sistema de gestión de pacientes y camas)	Sistema donde se originan todos los cambios de información acerca de los pacientes. Su responsabilidad será la de comunicar esta información al resto de sistemas. En un hospital se tratará de la parte administrativa del HIS, pero puede ser una Base de Datos de Pacientes, etc.
APLICACIÓN SATÉLITE (Estación)	Sistema que necesita estar informado de los cambios de situación de un paciente.

6.1.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO	MENSAJE DE CANCELACIÓN
ADT^A01	Admisión paciente hospitalizado.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A11
ADT^A02	Traslado de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A12
ADT^A03	Alta o fallecimiento de un paciente	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A13
ADT^A04	Admisión de pacientes en urgencias	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A11
ADT^A08	Actualización datos de paciente.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A11	Cancelación admisión pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A12	Cancelación traslado de un paciente.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A13	Cancelación alta de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A14	Reserva de cama.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A27
ADT^A17	Intercambio de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A17
ADT^A20	Gestión y mantenimiento de camas.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A21	Alta de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A52
ADT^A22	Regreso alta de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A53
ADT^A27	Cancelación reserva de cama.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A28	Nueva filiación de paciente	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
		ESTACIÓN	ADMISIÓN	
ADT^A31	Actualización datos de paciente	ESTACIÓN	ADMISIÓN	
ADT^A40	Fusión de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A45	Traspaso de episodio.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A52	Cancelación alta de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A53	Cancelación de un regreso de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	

También se han definido las siguientes consultas:

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO	MENSAJE DE RESPUESTA
QBP^Q21	Consulta datos administrativos	ESTACIÓN	ADMISION	RSP^K22
RSP^K22	Respuesta consulta datos administrativos	ADMISION	ESTACIÓN	
QBP^Q32	Consulta datos episodio	ESTACIÓN	ADMISION	RSP^K32
RSP^K32	Respuesta consulta datos episodio	ADMISION	ESTACIÓN	

6.2. *Gestión de Agendas y listas de espera.*

Que comprende todo el conjunto de notificaciones, solicitudes, etc. Relativo a la reserva de recursos (profesionales, salas, etc.) para la realización de distintas actividades en el hospital.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7

6.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE CITACIÓN	Sistema de gestión de agendas donde se acuerdan las citas con el paciente en función de la ocupación de los recursos. El sistema emite notificaciones cada vez que la ocupación de un recurso se modifica. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil de “filler” al ser la única responsable de las agendas que gestiona.
ESTACIÓN CLÍNICA	Sistema que no tiene el control de los recursos, pero que necesita estar informado de las listas de trabajo de cada recurso. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil del “Auxiliary Application”
SISTEMA DE CODIFICACIÓN	Sistema que permite la codificación de episodios por profesionales expertos.

6.2.2. Mensajes.

(Listas de espera)

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
SRM^Z01	Solicitud de ingreso en lista de espera	Estación	Gestor LIE
SRR^Z01	Respuesta a un SRM^Z01 con el id de la solicitud en el gestor, o indicando un error. (Indica que se acepta la solicitud, no que el paciente está en la lista de espera)	Gestor LIE	Estación
SRM^Z03	Modificación de una solicitud de ingreso en lista de espera.	Estación	Gestor LIE
SRR^Z03	Respuesta a un SRM^Z03 con la aceptación e la modificación o indicando un error.	Gestor LIE	Estación
SRM^Z04	Cancelación de una solicitud de ingreso en lista de espera.	Estación	Gestor LIE
		Gestor LIE	Estación
SRR^Z04	Respuesta a un SRM^Z04 con la aceptación e la cancelación o indicando un error.	Gestor LIE	Estación
SIU^Z12	Notificación del ingreso de un paciente en la lista de espera.	Gestor LIE	Estación
SIU^Z14	Notificación de la modificación de un paciente en lista de espera	Gestor LIE	Estación
SIU^Z15	Notificación de la salida de un paciente en la lista de espera.	Gestor LIE	Estación
SIU^Z25	Cancelación de una notificación de salida de la lista de espera de un paciente.	Gestor LIE	Estación

(Gestión de agendas)

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
SRM^S01	Solicitud de cita	Estación	Gestor Agendas
SRR^S01	Respuesta a un SRM^S01 con el id de la solicitud en el gestor, o indicando un error. (Indica que se acepta la solicitud, no que el paciente citado)	Gestor Agendas	Estación
SRM^S03	Modificación de una solicitud de cita.	Estación	Gestor Agendas
SRR^S03	Respuesta a un SRM^S03 con la aceptación y la modificación o indicando un error.	Gestor Agendas	Estación
SRM^S04	Cancelación de una solicitud de cita.	Estación	Gestor Agendas
		Gestor Agendas	Estación
SRR^S04	Respuesta a un SRM^S04 con la aceptación y la cancelación o indicando un error.	Gestor Agendas	Estación
SIU^S12	Notificación de un nuevo encuentro programado.	Citación	Estación
SIU^S13	Notificación de reprogramación de un encuentro (cambio de fecha y/o hora)	Citación	Estación
SIU^S14	Notificación de modificación de un encuentro (otras que reprogramación)	Citación	Estación
SIU^S15	Notificación de cancelación de encuentro previamente programado	Citación	Estación
SIU^S26	El paciente no acudió a la cita	Citación	Estación
BAR^Z22	Procedimiento quirúrgico completado Actualización de la codificación de un procedimiento.	Codificación	Estación
BAR^P12	Actualización de los procedimientos o diagnósticos asociados a una actuación sobre un paciente	Codificación	Estación

6.3. *Gestión de Peticiones Resultados de Pruebas Analíticas.*

Corresponde al conjunto de interacciones sobre peticiones de pruebas de laboratorio y los resultados obtenidos. Será utilizado por los sistemas de información de laboratorio y los gestores de peticiones.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7.

6.3.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA PETICIONARIO	Sistema a través del cual, los profesionales clínicos ordenan las peticiones a realizar, y controlan el estado de las mismas.
SISTEMA GESTIÓN DE LABORATORIO (SIL)	Sistema que controla los autonormalizadores del laboratorio. Gestiona el estado de las peticiones recibidas, permite supervisar el estado de los resultados de laboratorio.
REPOSITORIO DE RESULTADOS	Mantiene una relación con todos los resultados obtenidos.

6.3.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OML^O21	Solicitud de pruebas analíticas	PETICIONARIO	SIL
	Cancelación de una petición anterior	PETICIONARIO	SIL
	Cancelación de una petición anterior	SIL	PETICIONARIO
	Petición ejecutada en su totalidad	SIL	PETICIONARIO
ORL^O22	Imposible realizar petición	SIL	PETICIONARIO
ORU^R01	Resultados listos	SIL	REPOSITORIO

6.4. *Gestión de Pruebas de Diagnóstico por Imagen.*

De forma similar a las pruebas analíticas, este conjunto de interacciones regulan la solicitud de pruebas en el departamento de diagnóstico por imagen, así como la obtención de una relación por cada resultado obtenido.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7 y DICOM.

6.4.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA PETICIONARIO	Sistema a través del cual, los profesionales clínicos ordenan las peticiones a realizar, y controlan el estado de las mismas.
SISTEMA GESTIÓN DE IMAGEN DIAGNÓSTICA (SIID)	Sistema que controla la organización del trabajo en el departamento de radiología. Normalmente será el RIS aunque en esta guía no se especifica. El SIID engloba tanto al RIS como al PACS.
REPOSITORIO DE RESULTADOS	Mantiene una relación con los resultados disponibles: pero sólo a nivel de referencia, no es una copia del PACS.

6.4.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMG^O19	Nueva solicitud de pruebas diagnósticas	PETICIONARIO	SIID
	Cambios en una solicitud previa (nuevo horario, diferente prestación, etc.)	PETICIONARIO	SIID
	Solicitud de cancelación de una petición anterior	PETICIONARIO	SIID
	Solicitud cancelada por consideración del departamento.	SIID	PETICIONARIO
	Petición ejecutada en su totalidad	SIID	PETICIONARIO
ORG^O20	Imposible programar prueba	SIID	PETICIONARIO
ORU^R01	Resultados listos (nuevas evidencias: informes, imágenes, etc.)	SIID	REPOSITORIO

(Para pruebas citadas desde admisión este perfil incluiría los mensajes de citación SIU)

6.5. Gestión de Transfusiones de Sangre

Este perfil agrupa las solicitudes de transfusión, la notificación de reserva de bolsas, la medición de datos de pacientes durante la transfusión, los informes de transfusión e incidencias transfusionales, etc.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7

6.5.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ESTACIÓN CLÍNICA (EC)	Sistema de gestión de la Historia Clínica. Es el sistema que registra los procesos de la transfusión a través del personal clínico y de enfermería (donde se inicia la petición, se informa de las mediciones al paciente, estado y efecto de la transfusión de las bolsas, y cierre de transfusión).
BANCO DE SANGRE (BDS)	Sistema que gestiona todo el stock de componentes hemoderivados, así como el conjunto de procesos y solicitudes de dichos componentes. Asimismo, se ocupa también de gestionar toda la información de los pacientes relacionada con la transfusión y donación (tipo de sangre, fenotipos, anticuerpos detectados, alergias, reacciones adversas, etc.). Este sistema es donde se generan los informes con el resultado de la transfusión.

6.5.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMB^027	Nueva petición	EC	BDS
	Envío de datos de estado de paciente	EC	BDS
	Envío de informe final	BDS	EC
	Cancelación de la petición	EC	BDS
ORB^028	Imposible ejecutar la petición	BDS	EC
BPS^031	Bolsa reservada	BDS	EC
BTS^029	Bolsa consumida (transfundida o perdida)	EC	BDS
	Fin transfusión	EC	BDS

6.6. Gestión de Dietas.

Este conjunto de interacciones regula la programación de dietas para los pacientes ingresados. Estas interacciones están basadas en mensajería HL7.

6.6.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA GESTIÓN DE CONTROL DIETÉTICA (SICD)	Sistema a través del cual, los dietistas pueden organizar la programación alimentaria de un paciente.
ESTACIÓN CLÍNICA (EC)	Cualquier sistema que deba ofrecer información sobre la programación de dietas de un paciente.

6.6.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMD^O03	Nueva programación de dietas	SICD	EC
	Reprogramación de dietas	SICD	EC
OMD^Z03	Propuesta de programación de dietas	SICD	EC
ORD^O04	Imposible programar dieta	EC	SICD

6.7. *Gestión de Farmacia hospitalaria.*

Este conjunto de interacciones regula el ciclo de vida de las órdenes de farmacia.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7.

6.7.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA PRESCRIPTOR /ESTACIÓN CLÍNICA (ESTACIÓN)	Sistema de información donde un profesional sanitario realiza las prescripciones al paciente. Habitualmente este sistema está integrado en una estación clínica, donde además de prescribir se puede conocer el estado de los tratamientos administrados y posibles reacciones a los mismos.
SISTEMA GESTIÓN DE FARMACIA (FARMACIA)	Sistema de información de la oficina de farmacia de un hospital responsable de codificar las prescripciones recibidas (ya que normalmente éstas sólo contienen el principio activo), y coordinar la distribución de fármacos ya sea en forma de carros o de sistemas automáticos de dispensación.
SISTEMA DE CONTROL DE DISPENSACIONES (DISPENSACION)	En algunos centros se dispone de unos dispositivos de dispensación que permiten controlar las unidades dispensadas y/o limitar su dispensación en función del paciente y profesional.
SISTEMA DE GESTIÓN DE CUIDADOS DE PACIENTE (CUIDADOS)	Sistema de información que entre otras tareas supervisa la administración de cuidados a un paciente. Habitualmente es la aplicación de enfermería.
SISTEMA DE CATÁLOGO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (CATÁLOGO)	Sistema que mantiene un listado de todos los productos farmacéuticos que pueden administrarse al paciente

6.7.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMP^O09	Nueva orden de prescripción	ESTACIÓN	FARMACIA
	Modificación orden de prescripción	ESTACIÓN	FARMACIA
ORP^010	Imposible asumir prescripción	FARMACIA DISPENSACIÓN CUIDADOS	ESTACIÓN
RDE^O11	Orden de tratamiento codificada (prescripción completa)	FARMACIA	ESTACIÓN, DISPENSACION,

			CUIDADOS
RRE^O12	Imposible asumir orden de tratamiento codificada	ESTACIÓN, DISPENSACION, CUIDADOS	FARMACIA
RDS^O13	Notificación de Dispensación	DISPENSACION	FARMACIA
RRD^O14	Imposible procesar Notificación de Dispensación	FARMACIA	DISPENSACION
RGV^O15	Orden de administración (toma)	FARMACIA	CUIDADOS
RRG^O16	Imposible asumir orden de administración	CUIDADOS	FARMACIA
RAS^O17	Notificación Administración Tratamiento	CUIDADOS	FARMACIA ESTACIÓN
RRA^O18	Imposible procesar Notificación de Administración de Tratamiento	FARMACIA ESTACIÓN	CUIDADOS
MFM^ZPH	Actualización de productos en el catálogo	CATALOGO	ESTACIÓN FARMACIA DISPENSACION
MFK^M14	Imposible procesar una actualización de catálogo	ESTACIÓN FARMACIA DISPENSACION	CATALOGO

6.8. *Gestión de Stocks*

Este permite mantener sincronizados distintos sistemas de almacenaje y dispensación respecto al sistema central de gestión del hospital.

6.8.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE INVENTARIO (SGM)	Sistema que controla el stock de los distintos almacenes, los consumos y devoluciones por los grupos funcionales, así como los ingresos y devoluciones a los proveedores. En los hospitales de SACYL este papel es realizado por el HIS-GESTIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE SUBALMACÉN (SGS)	Sistema de información que gestiona los materiales almacenados en una sección de un centro. Es el caso de los carruseles automatizados o los sistemas de dispensación de planta.
Sistema de Gestión de Catálogo SGC	Sistema que mantiene el catálogo de los tipos de materiales sanitarios. Aunque en los hospitales de SACYL este papel es realizado por el HIS-GESTIÓN, por lo que coincide con el SGM, en esta guía se indica como un actor separado.

6.8.2. Mensajes.

Bajo este modelo, el sistema de gestión central es el que informa a los distintos sistemas de almacenaje de movimientos de materiales (entrada de material proveniente de los almacenes del centro, o salida de material a otro destino).

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMS^O05	Orden de movimiento: orden de traslado de material desde un “elemento” a otro. Cada elemento puede ser: • Un almacén o sub-almacén. • Un GFH o centro de consumo. • Un proveedor externo. El tipo de movimiento vendrá definido en función del origen y destino indicados en el mensaje.	SGM	SGS
	Una notificación de un sistema de información de almacén al SGM (HIS-Gestión): • Notificación de ejecución de una orden de movimiento recibida del SGM previamente (sólo desde sistemas configurados como almacén en el SGM). • Notificación de regularización de un producto. Un almacén notifica de un consumo o aprovisionamiento no asociado a una orden previa del SGM (sólo desde sistemas configurados como almacén en el SGM). • Petición de material (cuando el sistema ha detectado que necesita material y envía una solicitud de aprovisionamiento al SGM) (sólo desde sistemas configurados como almacén o GFH en el SGM). El tipo de movimiento vendrá definido en función del origen y destino indicados en el mensaje.	SGS	SGM
ORS^O06	Indicación de error en una orden OMS^O05 recibida.	SGS	SGM
MFN^Z16	Notificación sobre el inventario de un producto al sistema central (Sólo para sistemas configurados como almacén en el SGM).	SGS	SGM
MFN^M15	Actualización de catálogo. Creación de un nuevo producto en el catálogo central,	SGC	SGM,SGS
MFK^M15	Mensaje de error al intentar actualizar el catálogo	SGM,SGS	SGC

6.9. Gestión de maestros

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información relativa al mantenimiento de catálogos en los sistemas de información sanitarios en SACYL.

6.9.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA GESTOR DE CATÁLOGO	Sistema de información que gestiona de forma absoluta la estructura y composición de cada registro en un catálogo.
SISTEMA USUARIO DE CATÁLOGO	Sistema que desea conocer la estructura de una agenda

6.9.2. Mensajes

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
MFM^Z10	Actualización de un registro asociado a una agenda o a un horario	GESTOR AGENDAS	USUARIO
MFN^Z05	Actualización de datos de una ubicación de un centro asistencial	GESTOR UBICACIONES	USUARIO
MFN^Z15	Actualización de datos de una material (Detallado en la guía de órdenes de material)	GESTOR UBICACIONES	USUARIO
MFK^xxx	Imposible procesar una actualización de catálogo	USUARIO	GESTOR CATÁLOGO

6.10. Gestión de signos vitales

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con gestión de observaciones y signos vitales de pacientes en el SACYL.

6.10.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE CAPTURA DE DATOS CLÍNICOS (SCDC)	Sistema capaz de medir u obtener datos clínicos asociado a un paciente, asociarlo a sus datos identificativos (de la persona y de la estancia) y comunicarlo a otros sistemas.
VISOR DE HISTORIA CLÍNICA (VISOR)	Sistema que permite el análisis de la historia clínica de un paciente, relacionando todos los datos obtenidos.

6.10.2. Mensajes

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
ORU^R01	Resultados listos	SCDC	VISOR

6.11. *Gestión Base de Datos Poblacional*

Este conjunto de interacciones describe el intercambio de información con un gestor de identidades de personas con contacto en el sistema sanitario de la comunidad.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7 V3.

6.11.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DATOS PERSONAS [FUENTE]	Sistema que es capaz de asignar los identificadores de un ámbito. Es el caso de los centros hospitalarios -que asignan el NHC-, o del sistema de Tarjeta Sanitaria con la asignación del CIP.
CONSUMIDOR DATOS PERSONAS [CONSUMIDOR]	Sistema que requiere consultar datos de una persona, en función de un subconjunto de datos personales
REGISTRO MAESTRO DE DATOS DE PERSONAS DE MÚLTIPLES IDENTIDADES [RXP]	Sistema que registra los datos administrativos de personas, así como cada uno de los distintos identificadores que una persona tiene en los diferentes ámbitos de identificación en el sistema sanitario. El sistema recibe el acrónimo de RXP (Registro Cruzado de Pacientes)

6.11.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
PRPA_IN201305	Consulta de lista de pacientes que cumplan criterios en sus datos administrativos	Fuente	RXP
PRPA_IN201306	Respuesta con la lista de pacientes que cumplen una serie de criterios en sus datos administrativos	RXP	Fuente
PRPA_IN201301	Alta de paciente dentro de un dominio de identificación.	Fuente	RXP
PRPA_IN201302	Actualización de los datos de un paciente en un dominio de identificación	Fuente	RXP
		RXP	Fuente
PRPA_IN201302	Fusión de pacientes: Detección de duplicados. Notificación que la persona asignada a dos grupos de identificadores es la misma	Fuente	RXP
		RXP	Fuente
PRPA_IN201311	Solicitud alta paciente	Peticionario	RXP
PRPA_IN201312	Petición alta aceptada	RXP	Peticionario
PRPA_IN201313	Petición alta rechazada	Peticionario	RXP

6.12. Documento Clínico (CDA)

Esta guía describe el formato de un Documento Clínico basado en la especificación CDA de HL7.

6.13. Gestión Documental

Este conjunto de interacciones describe el intercambio de información con un gestor de documentos clínicos finales y se apoya en la especificación de documento clínico CDA.

Estas interacciones están basadas en mensajería HL7 V3.

6.13.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DOCUMENTAL [FUDOC]	Sistema que genera documentos clínicos. Es el responsable último de dichos documentos, por lo que debe tener capacidad de almacenamiento de los mismos. Es el
REPOSITORIO CENTRAL DE DOCUMENTOS [REDO]	Sistema central que contiene una copia de todos los documentos generados por los distintos orígenes documentales.

6.13.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
RCMR_IN000002UV02	Nuevo documento	FUDOC	REDO
RCMR_IN000008UV02	Documento Adenda	FUDOC	REDO
RCMR_IN000016UV02	Documento de reemplazo	FUDOC	REDO
RCMR_IN000023UV02	Repudio de documento	FUDOC	REDO
RCMR_IN000029UV01	Consulta de documentos en base a metatados	FUDOC	REDO
RCMR_IN000030UV01	Respuesta a la consulta de documentos en base a metatados	REDO	FUDOC
RCMR_IN000031UV01	Solicitud de recuperación de documentos	FUDOC	REDO
RCMR_IN000032UV01	Respuesta a la solicitud de recuperación de documentos	REDO	FUDOC

6.14. Intercambio de Historia Clínica

Este conjunto de interacciones describe el conjunto de transacciones que permiten la consulta de información clínica en los centros de atención primaria.

6.14.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DATOS HC [REPOSITORIO HC]	Sistema que almacena todos los datos relativos a la atención de un paciente. El sistema es capaz de: - Resumir esta información y generar un “resumen de historia clínica” del paciente. - Recibir información de actos clínicos realizados sobre el paciente desde otros sistemas
CONSUMIDOR DATOS HC [CONSUMIDOR]	Sistema que requiere consultar datos de historia clínica de una persona, (en base a un identificador principal del paciente).
NOTIFICADOR [NOTIFICADOR]	Sistema que requiere registra una a actuación clínica sobre el paciente, y que la comunica al sistema repositorio.

6.14.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
QUPC_IN043100UV01	Consulta de lista de pacientes que cumplan criterios en sus datos administrativos	CONSUMIDOR	REPOSITORIO
QUPC_IN043200UV01	Respuesta con la lista de pacientes que cumplen una serie de criterios en sus datos administrativos	REPOSITORIO	CONSUMIDOR
REPC_IN004014UV01	Notificación de actuación sobre un paciente	NOTIFICADOR	REPOSITORIO

6.15. *Receta Electrónica*

Este conjunto de interacciones describe el conjunto de transacciones que permiten el intercambio de información relativa a prescripciones, dispensaciones y productos farmacéuticos a que intervienen en el circuito de receta electrónica.

6.15.1. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN [PRES]	Sistema responsable de la generación de prescripciones a través de un sistema de apoyo a la prescripción. En Sacyl, este sistema está integrado con la Receta Electrónica.
SISTEMA DE GESTIÓN DE DISPENSACIÓN [SGD]	Sistema responsable de validar las dispensaciones realizadas por los sistemas dispensadores (sistemas de las oficinas de farmacia)
ESTACIÓN DISPENSADORA [DIS]	Sistemas de información de las oficinas de farmacia, que notifican de las dispensaciones al sistema de gestión de dispensación.
VISADO [VIS]	Sistema de información que gestiona el visado de recetas.
CATÁLOGO REMEDIOS [RMD]	Sistema responsable del catálogo de productos que intervienen en el circuito de receta electrónica.
REPOSITORIO [RECYL]	Sistema de información que registra todo el historial de prescripciones, dispensaciones, y cualquier evento asistencial relacionado con los tratamientos fármaco-terapéuticos.

6.15.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
PORX_IN060350UV	Consulta de tratamiento activo	*	RECYL
PORX_IN060380UV	Respuesta consulta tratamiento activo	RECYL	*
PORX_IN060250UV	Consulta de una prescripción	*	RECYL
PORX_IN060260UV	Respuesta consulta de una prescripción	RECYL	*
PORX_IN020160UV	Notificación de dispensación	DIS	SGD
		SGD	RECYL
PORX_IN060210SACYL	Consulta dispensaciones (para facturación)	*	RECYL
PORX_IN060220UV	Respuesta consulta dispensaciones (para facturación)	RECYL	*
PORX_IN060230SACYL	Consulta dispensaciones	*	RECYL
PORX_IN060240SACY	Respuesta consulta de dispensaciones	RECYL	*
PORX_IN020150UV	Notificación anulación dispensación	DIS	SGD
		SGD	RECYL
POME_IN010050UV	Consulta de un producto	*	RMD
POME_IN010060UV	Respuesta de un producto	RMD	*
POME_IN010070SACYL	Consulta de productos por familia	*	RMD
POME_IN010080SACYL	Respuesta de productos por familia	RMD	*
POME_IN05010SACYL	Consulta de validez de dispensación	SGD	RMD
POME_IN010080SACYL	Nivel de validez de la dispensación	RMD	SGD
PORX_IN010370UV	Notificación nuevo/ modificación tratamiento	PRES	RECYL

Elementos comunes de mensajería

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

Versión 1.0 21/02/2010

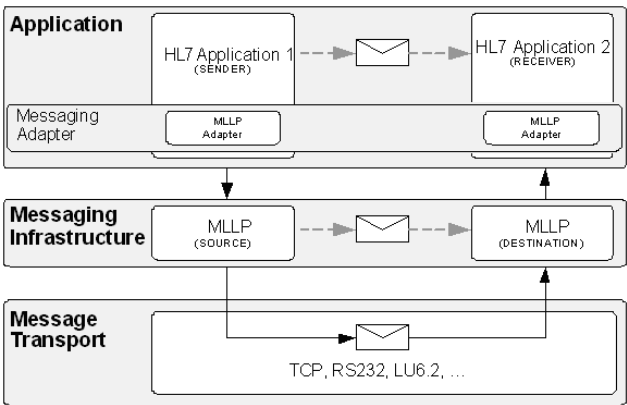
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA	5
3. POLÍTICA DE GESTIÓN DE ACK.	13
4. ELEMENTOS DE USO GENERAL.....	14
4.1. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).	14
4.2. SEGMENTOS DE USO GENERAL.	15
4.3. TIPOS DE DATOS DE USO GENERAL.	32
4.4. TABLAS DE USO GENERAL	38

1. Introducción.

El presente documento contiene la información técnica común a todas las guías HL7 de SACYL (tablas maestras, segmentos comunes, así como la definición común de los distintos protocolos de mensajería)

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.



Dejando como base el nivel de transporte a TCP/IP se permite a las aplicaciones escoger los siguientes protocolos:

- MLLP (*Minimun Lower Layer Protocol*) de HL7.
- HTTP (*Hypertext Transfer Protocol*) de la IEFT y W3C.

Las formas aceptables de formato de mensaje serán XML¹ y ER7, sin embargo, no estarán aceptadas en ambos protocolos:

FORMA MENSAJE	PROTOCOLO
ER7	MLLP
	HTTP
XML	HTTP

¹ Siempre que la forma XML siga los schemas publicados por HL7

2.1.1. Protocolo MLLP

El objetivo de MLLP es el de proveer una interface entre una aplicación HL7 y el nivel de transporte que asegure un mínimo de overhead. Esta característica, junto a su gran base implantada en el ámbito sanitario, han sido las condiciones por las que se ha habilitado este protocolo.

Los caracteres de control que fija MLLP para transmitir un mensaje son los siguientes:

Marca de inicio de mensaje:	VT (hexadecimal 0x0B)
Marca fin de mensaje:	FS (hexadecimal 0x1C)
Marca de separación:	CR (hexadecimal 0x0D)

La representación de una trama física en la red, sería la siguiente:



Dado que MLLP tiene un soporte limitado para los sistemas de codificación de caracteres a transmitir, para las implantaciones en SACYL éste se limita a UTF-8.

Por último, serán aceptables tanto la forma XML como ER7 de HL7 (Siempre que la forma XML siga los schemas publicados por HL7. El siguiente cuadro representa un ejemplo de transmisión de un mensaje vía XML:

```
<VT>
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<ADT_A01>
  <MSH><MSH.1>|</MSH.1>    <MSH.2>^~\&amp;</MSH.2><MSH.3><HD.1>HIS</HD.1></MSH.3>
  <MSH.4> . . .
  . . .
</ADT_A01>
<FS><CR>
```

El mismo mensaje codificado ER7:

```
<VT>MSH|^~\&|HIS|CAD
PID|...
...<FS><CR>
```

ACK en MLLP

Dado que MLLP no es un protocolo que incluya ningún mecanismo de rechazo de mensaje o de notificación de aceptación, ésta es necesario realizarla a través de un mensaje ACK de aceptación HL7. Todas las interacciones deberán ser contestadas por un ACK de este tipo. Las excepciones a esta norma son las consultas o solicitudes, que definen su propio ACK de contestación con una carga útil a nivel de aplicación.

El ACK-HL7 será contestado a través de la misma conexión (socket) de forma relativamente inmediata (con un timeout máximo de 5 segundos). La no recepción de un ACK en este intervalo se considerará como fallo de transmisión y por tanto ésta deberá intentarse más adelante.

El ACK de HL7 permite indicar si el mensaje ha sido o no procesado correctamente:

- Un ACK correcto (MSA = 'CA') indicará que el sistema destino a recogido el mensaje y es responsable de él. Posteriormente, sin embargo, podrá
- Un ACK incorrecto (MSA='CE'/'CR') indica que el sistema destino rechaza el mensaje por alguna razón.

2.1.2. Protocolo HTTP

Si bien MLLP es el protocolo natural de intercambio de mensajes bajo HL7, es exclusivo del entorno sanitario. Las implantaciones de SACYL ofrecen sin embargo la posibilidad de trabajar a través de HTTP. Si bien, el problema con HTTP es que no existe una manera clara de utilizar dicho protocolo para la mensajería HL7 por lo que para asegurar la interoperabilidad ha sido necesario restringir el número de opciones a las siguientes:

- Uso del estándar HTTP v1.1.
- El envío de mensajes se realizará de la siguiente manera:
 - o Se realizará a través de solicitudes (request) tipo PUT
 - o El envío de mensajes se limita a XML.
 - o La cabecera content-type del envío debe ser "text/xml"
 - o Es necesario especificar el juego de caracteres utilizado para la transmisión. Se recomienda el uso de UTF-8.
 - o No es obligatorio, pero sí recomendable utilizar
- El sistema que recibe la solicitud contestará siempre a la solicitud en un tiempo inferior a 5 segundos para las notificaciones y negociable para las consultas y solicitudes. La contestación seguirá las siguientes reglas:
 - o Seguirá el protocolo de contestación de HTTP V.1
 - o El content-type será siempre text/xml.

Ejemplo de transacción HTTP:

```
POST /path/script.cgi HTTP/1.1
Host: mensajes.sacyl.es:8054
Content-Type: text/xml
Content-Length: 32

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<ADT_A01>
(...)
</ADT_A01>

HTTP/1.1 200 OK
Date: Fri, 31 Dec 2010 13:29:32 GMT
Content-Type: text/xml
Transfer-Encoding: chunked

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<ACK>
    <MSH><MSH.1>|</MSH.1>    <MSH.2>^~\&amp;</MSH.2><MSH.3><HD.1>HIS</HD.1></MSH.3>
    <MSH.4> . . .
    . . .
</ACK>
```

ACK en HTTP

A diferencia del protocolo MLLP, el HTTP sí que define un conjunto de códigos de respuesta propios del protocolo, que evitan tener que escalar la interpretación de la respuesta a nivel de aplicación.

Si bien bajo HTTP no sería necesario enviar un ACK de aceptación pues el protocolo ya define un mecanismo similar, éste debe enviarse para garantizar la compatibilidad. Ambas respuestas deben de estar coordinadas entre ellas (es decir, un ACK ‘CE’ debe enviarse dentro de una respuesta con código de error HTTP 500 o 400).

Tipos de error posible en la contestación HTTP

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	MSA
200	Mensaje Aceptado para procesado	CA
400	Mensaje incorrecto	CE
500	Error Interno	CE

Ejemplo de transacción errónea

```
POST /path/script.cgi HTTP/1.1
Host: mensajes.sacyl.es:8054
Content-Type: text/xml
Content-Length: 32

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<ADT_A01>
(...)
</ADT_A01>

HTTP/1.1 500 Internal Error
Date: Fri, 31 Dec 2010 13:29:32 GMT
Content-Type: text/xml
Transfer-Encoding: chunked

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<ACK>
    <MSH><MSH.1>|</MSH.1>    <MSH.2>^~\&amp;</MSH.2><MSH.3><HD.1>HIS</HD.1></MSH.3>
    <MSH.4> . . .
    <MSA><MSA.1>CE</MSA.1>(<...></MSA>. . .
</ACK>
```

2.1.3. Protocolo Servicios Web (WS)

Cada transacción se desplegará en una única operación, de nombre “*acceptMessage*” bajo un *namespace* concreto² que aceptará una cadena, de nombre “in0” cuyo contenido será el XML del mensaje.

La respuesta (en caso de haberla) será una operación *acceptMessageResponse* bajo un *namespace* específico, cuyo contenido es una cadena *acceptMessageReturn*³ con el XML de la respuesta como texto.

La URL de acceso a una transacción será de la forma:

`http://servidor_servicio:puerto/services/nombre_transacción`

EL WSDL definido será el mismo para todos, con la única excepción del cambio del nombre de transacción. Por lo tanto la URL de consumo deberá poder definirse de forma independiente para cada transacción que se consuma. Es decir, el puerto y el servidor podrían ser distintos en función de cada transacción.

El WSDL expuesto para una transacción PRPA_IN201305 se describe más adelante. Este

² Dependerá de la implantación

³ Dependerá de la implantación

WSDL será igual para todas las transacciones, cambiando el nombre de transacción (es decir, sustituyendo la cadena PRPA_IN201305 por la transacción específica).

```
<wsdl:definitions targetNamespace="http://components.mule.server.mirth.webreach.com"
  xmlns:impl="http://components.mule.server.mirth.webreach.com"
  xmlns:soapenc="http://schemas.xmlsoap.org/soap/encoding/"
  xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:wsdlsoap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <wsdl:types>
    <xsd:schema elementFormDefault="qualified"
      targetNamespace="http://components.mule.server.mirth.webreach.com">
      <xsd:element name="acceptMessageResponse">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="acceptMessageReturn" form="unqualified" type="xsd:string"
              minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
      <xsd:element name="acceptMessage">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="in0" type="xsd:string" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
    </xsd:schema>
  </wsdl:types>

  <wsdl:message name="acceptMessageResponse">
    <wsdl:part name="parameters" element="impl:acceptMessageResponse"/>
  </wsdl:message>
  <wsdl:message name="acceptMessageRequest">
    <wsdl:part name="parameters" element="impl:acceptMessage"/>
  </wsdl:message>
  <wsdl:portType name="_Proxy6">
    <wsdl:operation name="acceptMessage">
      <wsdl:input message="impl:acceptMessageRequest"/>
      <wsdl:output message="impl:acceptMessageResponse"/>
    </wsdl:operation>
  </wsdl:portType>
```

```

<wsdl:binding name="OMS^O05SoapBinding" type="impl:_Proxy6">
  <wsdlsoap:binding style="document" transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
  <wsdl:operation name="acceptMessage">
    <wsdlsoap:operation soapAction="" style="document"/>
    <wsdl:input>
      <wsdlsoap:body use="literal"/>
    </wsdl:input>
    <wsdl:output>
      <wsdlsoap:body use="literal"/>
    </wsdl:output>
  </wsdl:operation>
</wsdl:binding>
<wsdl:service name="_Proxy6Service">
  <wsdl:port binding="impl: OMS^O05SoapBinding" name="OMS^O05">
    <wsdlsoap:address location="http://10.36.60.131:10087/services/ OMS^O05"/>
  </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>

```

Un ejemplo de un intercambio bajo estas condiciones sería la siguiente:

```

POST /services/OMS^O05
Host: www.ejemplo.com
Content-Type: text/xml; charset="utf-8"
Content-Length: nnnn
SOAPAction: ""

<SOAP-ENV:Envelope xmlns:SOAP-ENV="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <SOAP-ENV:Header/>
  <SOAP-ENV:Body>
    <acceptMessage xmlns="http://components.mule.server.mirth.webreach.com">
      <in0>&lt;?xml version="1.0"gt;
        &lt;OMS^O05&gt;
          (....)
        &lt;/ OMS^O05&gt;</in0>
    </acceptMessage>
  </SOAP-ENV:Body>
</SOAP-ENV:Envelope>

HTTP/1.1 200 OK
Content-Type: text/xml; charset="utf-8"
Content-Length: nnnn

<SOAP-ENV:Envelope xmlns:SOAP-ENV="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <SOAP-ENV:Header/>
  <SOAP-ENV:Body>
    <acceptMessageResponse xmlns="http://components.mule.server.mirth.webreach.com">
      <acceptMessageReturn xmlns=""> </acceptMessageReturn>
    </acceptMessageResponse>
  </SOAP-ENV:Body>
</SOAP-ENV:Envelope>

```

ACK en HTTP

El protocolo SOAP V1.1, en combinación con el transporte HTTP ya define una gestión del resultado de la invocación al servicio, por lo que no es necesario definir ningún mensaje específico de ACK.

- Si el receptor procesa correctamente el mensaje, responderá con el mensaje por defecto definido en el WSDL (conteniendo una cadena vacía). El código HTTP de respuesta será "200" indicando que todo ha sido correcto.
 - Si el receptor detecta un problema al procesar el mensaje, bien debido a un fallo de cumplimiento del protocolo SOAP, bien debido a un error en la regla de negocio, se enviará una respuesta de fallo SOAP, tal modo se define en la especificación³. Esta respuesta irá acompañada por un código HTTP 500 indicando el error, mas un mensaje "SOAP Fault". El mensaje "SOAP Fault" contendrá un código de error y la descripción (una corta y otra detallada) de éste, tal y como define el protocolo
- Esta especificación amplía los códigos de error definidos en SOAP. Los códigos de error ampliados y sus descripciones cortas se definen a continuación:

FAULTCODE	FAULTSTRING
Client	Existe un problema no identificado con el mensaje
Server	Existe un problema interno del receptor y en estos momentos no puede hacerse cargo del mensaje (por ejemplo, no se puede acceder a la base de datos)

El elemento `<detail>` permite el envío por el servidor del detalle de error que podrá ser utilizado posteriormente para analizar el comportamiento del sistema. Los elementos dentro de `detail` deben estar en un namespace diferente del soap envelope:

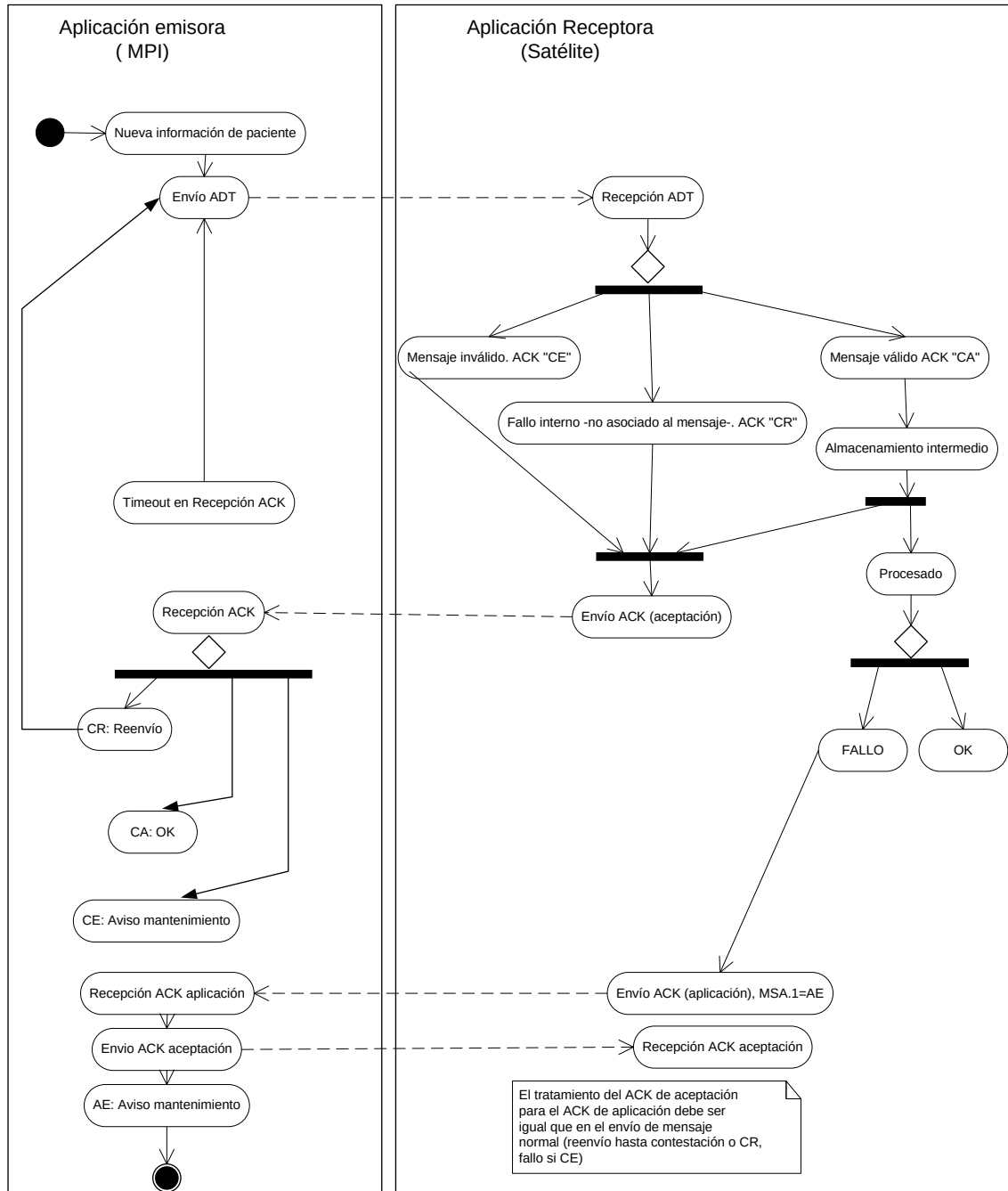
(<http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/>).

Ejemplo de transacción errónea

```
HTTP/1.1 500 Internal Server Error
Content-Type: text/xml; charset="utf-8"
Content-Length: nnnn
<soapenv:Body xmlns:soapenv="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <soapenv:Fault>
    <faultcode>soapenv:Client </faultcode>
    <faultstring>Error procesando el mensaje</faultstring>
    <detail>
      <e:text xmlns:e=""> El identificador xxxx no está dado de alta</e:text>
    </detail>
  </soapenv:Fault>
</soapenv:Body>
```

3. Política de gestión de ACK.

El comportamiento de las aplicaciones con respecto a los ACK se refleja en el siguiente diagrama de actividad



Tal y como representa en el diagrama, se ha escogido el “modelo de ampliado “de HL7, donde se definen los siguientes ACK:

- Un ACK de “aceptación”, inmediato a la entrega del mensaje, donde la aplicación receptora acepta hacerse cargo del mensaje. Este mensaje es de obligatoria entrega. En función de su recepción, la aplicación emisora se comporta de la siguiente manera:

- a. Si la aplicación emisora no responde con un ACK, se entiende que no ha recibido el mensaje y será necesario reenviarlo. Se esperará un tiempo prudencial y se reintentará. No se enviarán más mensajes hasta que éste sea aceptado.
 - b. Si la aplicación emisora responde con un ACK con el valor de MSA.1 a “CE”, se marca el mensaje como erróneo. Ningún nuevo mensaje será enviado hasta que la situación se resuelva.
 - c. Si la aplicación emisora responde con un ACK con el valor de MSA.1 a “CR”, se debe proceder como el caso (a).
- Un ACK de “aplicación” que se enviará en caso que una vez ejecutado el proceso por la aplicación receptora, éste genere una situación de error. No se enviará en caso que el proceso sea ejecutado normalmente. Este ACK de aplicación debe contestarse con un ACK de aceptación, repitiéndose la misma operativa que en el caso anterior (que no se ha reflejado en el diagrama para no complicarlo excesivamente).

4. Elementos de uso general

4.1. Mensaje ACK aceptación (*Accept ACKnowledge*).

Este mensaje permite indicar una confirmación de entrega, o un error en la misma.

4.1.1. Evento disparador.

Siempre que una aplicación recibe un mensaje HL7 cuyo MSH.15 (AcceptAcknowledgementType) tenga valor “AL”, debe generar este mensaje tras haber intentar almacenar internamente su contenido para procesarlo posteriormente. Si el MSH.15 tiene el valor “ER” el mensaje sólo se generará si ha habido un error en este proceso.

Sin embargo, dado que el presente perfil de mensajería fija el MSH.15 a “AL”, este mensaje se generará siempre.

4.1.2. 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	C	[0..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de aceptación [**MSA**]. Información relativa al que se contesta, y si ha sido posible o no procesar el mensaje.
- Descripción del error [**ERR**]. En caso que se haya producido un error, este segmento contendrá información adicional.

4.1.2.1. Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de cabecera de mensaje [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.

Así un mensaje ADT^A01_ADT_A01 tendrá un ACK de aplicación ACK^A01^ACK, el mensaje ADT^A02^ADT_A02 tendrá un ACK de aplicación ACK^A02^ACK, etcétera.

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

4.1.2.2. Segmento MSA.

Este segmento está descrito en el apartado de segmentos comunes.

4.1.2.3. Segmento ERR.

Este segmento está descrito en el apartado de segmentos comunes.

4.2. Segmentos de uso general.

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

4.2.1. Datos de cabecera de mensaje [MSH].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	1	ST	R	[1..1]		Field Separator	
2	4	ST	R	[1..1]	^~\&	Encoding Characters	
3			HD			Sending Application	
3.1	255	IS	R	[1..1]	0361	Namespace ID	Identificador aplicación emisora del mensaje
4			HD			Sending Facility	
4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificación organización emisora del mensaje
5			HD			Receiving Application	
5.1	20	IS	R	[1..1]	0361	Namespace ID	Identificador aplicación receptora del mensaje
6			HD			Receiving Facility	
6.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificación organización receptora del mensaje
7			TS			Date/Time Of Message	
7.1	14	DTM	R	[1..1]			Instante en que se envía el mensaje
9			MSG			Message Type	
9.1	3	ID	R	[1..1]	0076	Message Code	Código del mensaje
9.2	3	ID	R	[1..1]	0003	Trigger Event	Evento disparador
9.3	7	ID	R	[1..1]	0354	Message Structure	Estructura del mensaje
10	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador único del mensaje
11	3	PT	R	[1..1]	P	Processing ID	Código tipo de proceso
12	60	VID	R	[1..1]	2.5	Version ID	
15	2	ID	R	[1..1]	0155	Accept Acknowledgment Type	Código del modo de confirmación de aceptación
16	2	ID	R	[1..1]	0155	Application Acknowledgment Type	Código del modo de confirmación de aplicación.

Este segmento se corresponde con la cabecera del mensaje y contiene información sobre las aplicaciones emisoras y receptoras de los mensajes, su versión y el identificador único del propio mensaje, necesario para el control de errores.

La información recogida en este segmento es la siguiente:

- Código identificador de la aplicación emisora del mensaje [MSH.3] (Sending Application / NamespaceID). El valor deberá ser uno de los códigos de la tabla 0361⁴
- Código identificador de la organización (complejo hospitalario, c.a.p) emisora [MSH.4] (Sending Facility / NamespaceID) del mensaje. El valor deberá ser uno de los códigos de la tabla 0362⁵ Identifica el ámbito de donde surge el mensaje, por lo que en por ejemplo en un complejo hospitalario, corresponderá al identificador del complejo.

⁴ La tabla 0361 (Catálogo de aplicaciones) es uno de los catálogos gestionados desde SACYL. Por su extensión y dinamismo no se incluye en esta guía.

⁵ La tabla 0362 (Catálogo de centros) es uno de los catálogos gestionados desde SACYL. Cubre todos los centros hospitalarios, centros de salud, consultorios y centros concertados. Por su extensión no se incluye en este documento.

- Código identificador de la aplicación receptora [MSH.5] (Receiving Application / NamespaceID) del mensaje. El valor deberá ser uno de los códigos de la tabla 0361.
- Código identificador de la organización (centro hospitalario, c.a.p., laboratorio,...) receptora [MSH.6] del mensaje (Receiving Facility/NamespaceID). El valor deberá ser uno de los códigos de la tabla 0362.
- Fecha de emisión del mensaje [MSH.7] (DateTimeofMessage). Es obligatorio la aproximación hasta el segundo.
- Tipo de mensaje [MSH.9] (MessageType), compuesto por:
 - o MSG.1 El código del tipo de mensaje (MessageCode), que se corresponderá con el valor “ADT”, “SIU”, “ORU” o “ACK” según corresponda.
 - o MSG.2 El código del tipo de evento (TriggerEvent) que dispara este tipo de mensaje (A01, A02, A03, S12,...)
 - o MSG.3 La estructura abstracta (ADT_A01, ADT_A02, etc)
- El identificador único [MSH.10] (MessageControlID) del mensaje. Este dato, junto con el de la aplicación y entidad emisora identifican de forma única e irreplicable al mensaje que se está gestionando. Este código se utiliza por la aplicación receptora para elaborar una posible respuesta.
- Indicador de confirmación [MSH.15] (Accept Acknowledgment Type), que indica si se espera confirmación de entrega del mensaje (ACK de aceptación) y de que tipo. Por defecto, se usará el valor “AL” para todos los mensajes, a excepción de los propios ACK de aceptación que tendrán este campo a “NE” (no es necesario).
- Indicador de confirmación [MSH.16] (Application Acknowledgment Type), que indica si se espera resultado de procesado del mensaje (ACK de aplicación) y de que tipo. Por defecto, se usará el valor “ER” (Sólo si hay error), a excepción de los mensajes ACK de aplicación u aceptación, que tendrán este campo a “NE” (no es necesario).

El resto de los campos de la cabecera son valores fijos:

- [MSH.1], [MSH.2]. Caracteres de formato.
- [MSH.11] Processing ID a “P”. No se habilita el modo depuración.
- [MSH.12] Versión HL7 a “2.5”

4.2.2. Datos de respuesta de un mensaje MSA.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0008	Acknowledgment Code	Tipo de aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje al que contesta

- Tipo de aceptación [MSA.1] (Acknowledgment Code). Puede tener uno de los siguientes valores

Los valores posibles de estos mensajes, para aceptación son los siguientes:

Tabla 0008 Restringida para ACK aceptación

MSA.1	CAUSA	Comportamiento esperado (por el sistema que recibe el ACK)
CA	Mensaje almacenado correctamente	Ninguno. La responsabilidad del mensaje se ha transmitido
CE	Mensaje incorrecto. (El segmento ERR contendrá más información)	El mensaje no es procesable, y es necesario lanzar una acción correctiva por el servicio de soporte
CR	El mensaje no puede ser procesado ahora.	Reintentar el envío del mensaje posteriormente.

En el caso de mensajes de aplicación, que se aplican para las respuestas a consultas son las siguientes:

Tabla 0008 Restringida para ACK aceptación y consultas

MSA.1	CAUSA	Comportamiento esperado (por el sistema que recibe el ACK)
AA	Mensaje procesado correctamente	Ninguno.
AE	Mensaje incorrecto. (El segmento ERR contendrá más información)	El mensaje no es procesable, y es necesario lanzar una acción correctiva por el servicio de soporte
AR	El mensaje no puede ser procesado ahora.	Reintentar el envío del mensaje posteriormente.

- Identificador del mensaje que contesta [MSA.2] (Message Control ID) Valor MSH.10 del mensaje al que se contesta.

4.2.3. Datos de error ERR.

Este segmento solo aparecerá si se ha producido un error en un mensaje.

En ese caso, el valor del campo MSA.1 del segmento MSA es "CE", "AE", "CR" o "AR" y contendrá información que permitirá identificar el error.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	ELEMENT NAME	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]	0357	HL7 Error Code	
3.1	10	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del error
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del error
3.3	7	ID	R	[1..1]	HL70357	Name of Coding System	Sistema de codificación del error
4	2	ID	R	[1..1]	E	Severity	Severidad
7	2048	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	Información del error

- Código de error [ERR.3] (Error Code). Este campo permite catalogar la situación de error. Debe tomar uno de los siguientes valores (en la tabla se identifica también el tipo de MSA.1 bajo el que pueden aparecer estos códigos).

Tabla 0357 Restringida códigos de error permitidos

CWE.1	CWE.2	MSA.1	DESCRIPCIÓN
200	Tipo de mensaje no soportado	AE/CE	El sistema no está preparado para aceptar el tipo de mensaje
201	Evento no soportado	AE/CE	El sistema no está preparado para aceptar el evento
203	Versión no soportada	AE/CE	El sistema no está preparado para aceptar esa versión de HL7
2000	Error de sintaxis	AE/CE	El mensaje tiene una sintaxis incorrecta, o no esperada.
2010	Mensaje incompleto	AE/CE	Faltan datos obligatorios en la cabecera (por ejemplo MSH.9, o MSH.10)
206	Almacenamiento bloqueado	AR/CR	Imposible hacerse cargo del mensaje por el momento. Es necesario reenviarlo posteriormente.
207	Error interno de la aplicación.	AE/CE	Fallo interno al procesar el mensaje.
402	Consulta inválida. Faltan datos obligatorios	AR	No se han incluido datos obligatorios en la búsqueda (en concreto, los del episodio).
10202	Mensaje duplicado	AR/CR	El MSH.10 del mensaje ya se ha recibido antes desde esa aplicación.

- Severidad [ERR.4] (Severity). El tipo de severidad debe ser siempre “E” (Error)
- Información del error [ERR.7]. Información que aporta el sistema que puede permitir solucionar el error por el equipo de soporte.

4.2.4. Datos de respuesta a la consulta [QAK]

En este segmento se utiliza en respuestas de consultas.

En este segmento viaja la información sobre los datos localizados en la consulta. Si la respuesta ha sido correcta, aporta más información que en el MSA-1. Si la respuesta ha sido incorrecta, la información del mismo se refleja en el segmento ERR.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	299	ST	R	[1..1]		Query Tag	Identificación de consulta
2	2	ID	R	[1..1]		Query Response Status	Detalles de la respuesta
4	10	NM	R	[1..1]		Hit Count	Número de resultados encontrados

- *Identificador de la consulta [QAK-1]*. Este elemento debe contener el valor del elemento QPD.2 [Query Tag] de la consulta que se está contestando.
- *Detalles de la respuesta [QAK-2]*. Indicación del resultado encontrado.

VALOR	DESCRIPCIÓN	MSA-1
OK	Datos encontrados, sin errores.	AA
NF	No se han encontrado datos. No hay errores.	AA
AE	Error de aplicación.	AE
AR	Error de rechazo.	AR

- *Número de resultados encontrados [QAK-4]*. Valor numérico que corresponde al nº de registros encontrados (un número mayor o igual que 0).

4.2.5. Datos de paciente [PID].

El segmento PID definido sigue las directrices especificadas en la guía de implantación ADT publicada por HL7 Spain.

SEQ	LE N	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PID	Contador incremental del segmento
3		CX	R	[1..n]		Patient Identifier List	
3.1	16	ST	R	[1..1]		IdNumber	Identificador
3.4.1	2	IS	R	[1..1]		Assigning Authority / NamespaceID	
3.5	2	ID	R	[1..1]		IdentifierTypeCode	
3.9.1	3	ST	R	[1..1]		Assigning Jurisdiction/ Identifier	
3.9.3	7	ID	R	[1..1]		Assigning Jurisdiction/ NameOf Coding System	
5		XPN	R	[1..1]		Patient Name	
5.1.1	50	ST	R	[1..1]		Surname	1º Apellido del paciente
5.2	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre del paciente
6		XPN	RE	[0..1]		Mother's Maiden Name	
6.1.1	50	ST	R	[1..1]		Surname	2º Apellido del paciente
7	26	TS	RE	[0..1]		Date/Time of Birth	Fecha de nacimiento (yyyymmdd)
8	1	IS	R	[1..1]	0001	Administrative Sex	
11		XAD	R	[1..1]		Patient Address	
11.1.1	2	ST	RE	[0...1]	99TIPOVIA	Street Address/ Street or Mailing Address	Tipo de vía (Calle/Avenida/Plaza, etc.)
11.1.2	50	ST	RE	[0...1]		Street Address/ Street Name	Nombre de la calle
11.1.3	12	ST	RE	[0...1]		Street Address/ Dwelling Number	Nº de portal
11.2	120	ST	RE	[0...1]		OtherDesignation	
11.3	50	ST	RE	[0...1]		City	
11.4	50	ST	RE	[0...1]		State Or Province	
11.5	5	ST	RE	[0...1]		ZipOrPostalCode	Código postal
11.6	3	ID	RE	[0...1]		Country	Código del país de residencia
11.7	1	ID	R	[1...1]	H	AddressType	Tipo de dirección (H, "Hogar")
11.8	50	ST	RE	[0...1]		OtherGeographicDesignation	Población
13		XTN	RE	[0...n]		Phone Number - Home	
13.2	3	ID	R	[1...1]	PRN		
13.3	2	ID	R	[1...1]	0202		
13.4	2	ID	C	[0..1]		Email Address	Correo electrónico (si 13.3 es "Internet")
13.12	199	ST	C	[0..1]		Unformatted Telephone Number	Teléfono de contacto (si 13.3 es "PH")

SEQ	LE N	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE ELEMENTO	CONTENIDO
26	CE		RE	[0..n]	ISO3166/ ISO3166-2		Ciudadanía
26.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la Nacionalidad
26.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Nombre del país de Nacionalidad
26.3	7	ID	R	[1..1]	ISO3166	Name of Coding System	Sistema de codificación de la nacionalidad
29	12	TS	C	[0..1]		Patient Death Date and Time	Fecha de fallecimiento del paciente
30	1	ID	C	[0..1]	0136	Patient Death Indicator	Indicador de paciente fallecido

Este segmento contiene información sobre la identificación del paciente. Los datos que recoge este segmento son:

- El identificador del nº de repeticiones (SetID) que aparece este segmento en el mensaje. En este caso el valor es siempre 1, ya que este segmento solo aparece una vez.
- Conjunto de identificadores de paciente [PID.3]. Este campo se repite tantas veces como identificadores se quieran enviar. Los identificadores obligatorios son el NHC y de forma informativo el DNI, o en su defecto la tarjeta de residencia, o el número de pasaporte. El valor del identificador se indica en CX.1, y los valores CX.4.1, CX.5 Y CX.5, CX.9.1 Y CX.9.3 definen qué tipo de identificador es. El campo es repetible, por lo que se pueden enviar varios identificadores de un paciente (DNI, CIP, NASS, etc.)

Los admitidos en esta implementación se representan por la siguiente tabla (definida por la guía ADT de HL7 Spain):

IDENTIFICADOR [CX.1]	Assigning Authority [PID.3.4.1]	Identifier Type Code [PID.3.5]	Assigning Jurisdiction	
			PID.3.9.1	PID.3.9.3
CIP-SNS (CIP)	MS	HC	ESP	ISO3166
CIP-SACYL	CACL	JHN	CL	ISO3166-2
NIF	MI	NNESP	ESP	ISO3166
Pasaporte	MI	PPN	ESP	ISO3166
Tarjeta residencia	MI	SS	ESP	ISO3166
CIP europeo	TSE	HC	EU	ISO3166
Número Seguridad Social ⁶ [aa/bbbbbbbb-cc] ⁷	SS	SS	ESP	ISO3166
NHC (depende de cada hospital)	HIS	PI	CODIGO_CENTRO_SACYL	99CENTROSACYL
Identificador interno de aplicación XXX	XXX	PN	CODIGO_CENTRO_SACYL	99CENTROSACYL

Un sistema debe enviar todos los identificadores del usuario conocidos que conozca del paciente. En concreto el uso del NHC es obligatorio en todos los mensajes salvo que se trate de solicitudes de NHC o consultas.

Las siguientes reglas se aplican al envío de identificadores:

- o En ámbitos hospitalarios es obligatorio el envío del NHC del centro asociado. La única excepción es en el mensaje ADT^A28 cuyo origen no es el maestro de pacientes (el HIS).
- o En el ámbito de atención primaria, es obligatorio el envío del CIP

El segmento permite que aplicaciones transmitan identificadores de paciente no reconocidos en el entorno de SACYL. En este caso el PID.3.4.1 será el identificador de la aplicación, el PID.3.5 será "PN" (identificador de persona) y PID.3.9 indicará el centro gestionado por el sistema.

⁶ En realidad, este número no identifica únicamente a una persona, y lo comparten varios miembros de la unidad familiar, pero por motivos históricos siempre se ha indicado en el PID.3

⁷ El número de asegurado de la seguridad social para una persona tendrá el formato: aa/bbbbbbbb-cc (Usando '/' como primer separador y '-' como segundo). Los dígitos 'cc' corresponden al resto de la división entre 97 de los anteriores.

- Nombre del paciente [PID.5], con los datos:
 - o PID.5.1.1: 1º Apellido del paciente, en el campo.
 - o PID.5.2: Nombre del paciente.
- Nombre de soltera del paciente [PID.6] con el dato:
 - o PID.6.1.1: 2º Apellido del paciente. Este dato no siempre estará disponible ya que no es habitual en otras culturas.
- La fecha de nacimiento (Date/TimeOfBirth) del paciente, en formato AAAAMMDD (Ej: 20070101).
- El sexo, cuyo valor debe corresponderse con uno de los descritos en la tabla siguiente:

Tabla HL7 0001 Posibles valores del Sexo Administrativo

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	AMBIGUO
M	HOMBRE
F	MUJER
U	DESCONOCIDO
N	NO APLICA

- Dirección del paciente [PID.11] (Patient Address), en el caso que se conozca. Estará desglosada en los siguientes componentes:
 - o PID.11.1.1 (Street Or Mailing Address) Tipo de vía (Calle, Pza.,...). Codificada a través de la tabla 99TIPOVIA.
 - o PID.11.1.2 (Street Name) Nombre de la calle.
 - o PID 11.1.3 (DwellingNumber) Número de portal de la vivienda.
 - o PID 11.2 (OtherDesignation) Campo para información adicional: bloque, escalera, piso, puerta...
 - o PID 11.3 (City) Municipio. Codificado a través de la tabla INE, concatenando el código de la provincia al código del municipio. En el caso que el código de la provincia sea <10, se ajustará con '0' a la izquierda.
 - o PID 11.4 (State Or Province) Provincia. Codificado a través de la tabla INE, eliminando los '0' a la izquierda en el caso que los haya.
 - o PID 11.5 (ZipOrPostalCode) Código postal. Se eliminan los '0' a la izquierda del código postal.
 - o PID.11.6 (Country) Código del país. Codificado a través de la tabla ISO3166, con el código de país de 3 letras.
 - o PID.11.7 (AddressType) Tipo. Fijado por defecto a "H" (dirección de empadronamiento).

- o PID.11.8 (OtherGeographicDesignation). Población. En el caso que el municipio no coincida con la del municipio codificado en INE. Es un literal y no va codificado.
- Ciudadanía del paciente [PID.26] (Citizenship). El campo contendrá el código del país bajo el que el paciente tiene ciudadanía, codificado a través de la tabla ISO 3166.
 - o CE.1: Código del país de 3 letras.
 - o CE.2: Nombre del país en castellano.
 - o CE.3: "ISO3166".

Dado que este campo permite informar también de la CCAA, para indicar la nacionalidad se codificará CE.3 como "ISO3166".

- Comunidad autónoma del paciente [PID.26] (Citizenship). El campo contendrá el código de la comunidad.
 - o CE.1: Código de la comunidad
 - o CE.2: Nombre de la comunidad
 - o CE.3: "ISO3166-2".

Dado que este campo permite informar también de la nacionalidad para indicar la CCAA se codificará CE.3 como "ISO3166-2".

- Datos Para comunicación con el paciente [PID.13] (Phone Number Home). Se trata de un tipo de datos XTN. El campo permite informar de un número de teléfono o de una dirección de correo electrónico, por lo que se podrá repetir 2 veces como máximo (una para indicar el teléfono y otra para indicar dirección de correo). La forma de codificar estos datos se muestra en el ejemplo siguiente:
 - o XTN.2: Tipo de dato. Fijo a "PRN" (Dirección principal de contacto).
 - o XTN.3: Tipo de sistema. Los siguientes son los valores posibles de la tabla 0202
 - "PH" (Phone) si es un teléfono. En este caso, debe existir un teléfono en el campo XTN.12
 - "Internet" si es un email. En este caso debe existir un email en el campo XTN.4
 - o XTN.4: Dirección de email (si XTN.3=Internet).
 - o XTN.12: Teléfono de contacto (si XTN.3=PH).

Esto se refleja en el siguiente ejemplo:

DATO	PID.13.2	PID.13.3	PID.13.4	PID.13.12
Teléfono	PRN	PH		983 123 123
Correo electrónico	PRN	Internet	albersato@url.org	

- Si se necesita reflejar la fecha y hora de un exitus, se deberá:
 - o Informar el campo [PID.29.1] (Patient Death Date And Time), siguiendo el formato AAAAMMDDHHMM.

- o Colocar el valor “Y” en el campo indicador del fallecimiento del paciente [PID.30] (Patient Death Indicator).

4.2.6. Datos simplificados de paciente [PID].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PID	Contador incremental del segmento
3		CX	R	[1..n]		Patient Identifier List	NCH y CIP
5		XP	R	[1..1]		Patient Name	
5.1.1	50	ST	R	[1..1]		Surname	1º Apellido del paciente
5.2	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre del paciente
6		XP	RE	[0..1]		Mother's Maiden Name	
6.1.1	50	ST	R	[1..1]		Surname	2º Apellido del paciente
7	26	TS	RE	[0..1]		Date/Time of Birth	Fecha de nacimiento (yyyymmdd)
8	1	IS	R	[1..1]	0001	Administrative Sex	Sexo administrativo
29	12	TS	C	[0..1]		Patient Death Date and Time	Fecha de fallecimiento del paciente
30	1	ID	C	[0..1]	0136	Patient Death Indicator	Indicador de paciente fallecido

Este segmento representa la información mínima necesaria a enviar de un paciente, en mensajes en los que no sea necesario enviar toda la información del paciente como su dirección, teléfono, etc..

Los campos del segmento son un subconjunto de los enviados en el segmento PID completo, definido en el punto anterior:

- Identificadores del paciente [PID.3]. Es obligatorio enviar como mínimo en NHC y el CIP –si éste se conoce-. El formato del campo CX está definido en la sección donde se describe el segmento PID completo.
- Nombre y apellidos del paciente, indicados de la siguiente manera:
 - o Nombre [PID.5.2].
 - o 1º Apellido del paciente [PID.5.1].
 - o 2º Apellido –en caso de que lo tenga-. [PID.6.1].
- Fecha de nacimiento del paciente [PID.7].
- Sexo del paciente [PID.8].
- Si se necesita reflejar la fecha y hora de un exitus, se deberá:
 - o Informar el campo [PID.29.1] (Patient Death Date And Time), siguiendo el formato AAAAMMDDHHMM.
 - o Colocar el valor “Y” en el campo indicador del fallecimiento del paciente [PID.30] (Patient Death Indicator).

4.2.7. Datos de garantes [GT1].

Este segmento permite indicar en detalle los responsables del pago de un paciente.

Este segmento permite informar de:

- Información asociada al titular, si se trata de un paciente beneficiario de la Seguridad Social.

Este uso del segmento será indicado a través de un valor válido en el GT1.2 y un valor en GT1.10 de "TITULARNASS", lo que indicará que el paciente es beneficiario. El segmento contendrá datos adicionales del titular como su nombre, apellidos e identificadores principales.

- O información del garante de una prestación concreta. En este caso

La definición del segmento es:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	4	SI	R	[1..1]	TITULARNASS	Set ID - GT1	SetID
2	CX		R	[1..n]		Guarantor Number	Identificadores
3	XP	N	R	[0..1]		Guarantor Name	
3.1.1	50	ST	R	[0..1]		Surname	1º Apellido del garante
3.2	30	ST	R	[0..1]		Given Name	Nombre del garante
10	2	IS	R			Guarantor Type	Tipo de Garante
35	CE		R	[0..1]		Citizenship	
35.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la Nacionalidad
35.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Nombre del país de Nacionalidad
35.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	
35 (2)	CE		R	[0..1]	ISO3166-2	Citizenship	
35.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la CCAA
35.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Nombre de la CCAA
35.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	
42	XP	N	R	[0..1]		Mother's Maiden Name	
42.1.1	50	ST	R	[1..1]		Surname	2º Apellido del garante

- SetID [GT.1]: Secuencial que se incrementa con cada aparición del segmento
- Identificadores [GT.3]: Este campo permite transmitir la lista de identificadores conocidos del garante (CIP, DNI, etc.). El tipo de dato es CX, y sigue la misma codificación que los identificadores del paciente del PID.3.

En el caso que el segmento se use para enviar información del titular NASS, es obligatorio enviar el NASS al menos.

En el caso que el segmento se use para enviar información del garante de un servicio, se indicará el código de identificación del garante usado por el HIS del centro, de la siguiente manera:

- GT1.2.1: Identificador del garante.
- GT1.2.4.1 Código alfanumérico identificativos del HIS del centro.
- GT1.2.5 “PN”.
- GT1.2.9.1 El código del centro (del complejo asistencial)
- GT1.2.9.3 “99CENTROSACYL”.

Assigning Authority CX.4.1	Identifier Type Code CX.5	Assigning Jurisdiction	
		CX.9.1	CX.9.3
Código del HIS del centro	PN	CODIGO_CENTRO_SACYL	99CENTROSACYL

- Nombre [GT.10] En función de su disponibilidad, se envían los siguientes datos:
 - o Nombre [GT1.3.2] (O descripción de la institución garante).
 - o 1º Apellido [GT1.3.2] (En caso que sea una persona).
 - o 2º Apellido [GT1.42.1.1] (En caso que sea una persona).
- Tipo de garante [GT1.10]. Para el caso que se trate la Tesorería de la Seguridad Social tendrá el valor “TITULARNASS”.
Para el caso que sea un garante de una prestación “GUARANTOR”.
- Nacionalidad del garante [GT1.35]. Permite definir el país de nacionalidad del titular, bajo la tabla ISO-3166. En caso de tener varias se envían todas. La nacionalidad se encuentra en la repetición del campo GT1.35 cuyo CE.3 indica “ISO3166”.
- Comunidad autónoma del paciente [GT1.35] Permite definir la CCAA del garante bajo la tabla ISO-3166-2. La CCAA se encuentra en la repetición del campo GT1.35 cuyo CE.3 indica “ISO3166-2”.

4.2.8. Datos de asociados al paciente [NK1].

Este segmento permite indicar asociaciones del paciente de interés (acompañantes, responsables para menores, etc.).

La definición del segmento para este caso es:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOBMRE DEL ELEMENTO	ELEMENT NAME
1	4	SI	R	[1..1]		SetID-NK1	Set ID
2	XPN		RE	[0..1]		Name	
2.1.1	50	ST	RE	[0..1]		Surname	1º Apellido del asociado
2.2	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre del asociado
3	CE		R	[1..1]	0063	Relationship	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de relación
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Nombre de relación
3.3	20	ID	R	[1..1]	HL70063	Name of Coding System	
15	1	IS	RE	[0..1]	0001	Administrative Sex	Sexo
16	26	TS	RE	[0..1]		Date/Time of Birth	Fecha de nacimiento
26	XPN					Mother's Maiden Name	
26.1.1	50	ST	RE	[0..1]		Surname	2º Apellido del asociado
33	CX		R	[1..n]		Next of Kin/Associated Party's Identifiers	Identificadores (DNI, CIP, etc.)

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

- Set-Id [NK1.1] nº de repetición de segmento. Valor fijo a "1".
- Nombre y apellidos:
 - o Nombre [NK1.2.2] .
 - o 1º Apellido [NK1.2.1.1]
 - o 2º Apellido, [NK1.26.1.1].

- Tipo de relación [NK1.3] :
 - Tabla HL7 0063 Posibles valores de relación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SPO	Esposa (mujer)
DOM	Compañero
CHD	Hijo
GCH	Nieto
NCH	Hijo Natural
SCH	Hermanastro
FCH	Hijo adoptivo
DEP	Responsable de apoyo por deficiencias
WRD	Ward of court
PAR	Progenitor
MTH	Madre
FTH	Padre
CGV	Cuidador
GRD	Responsable
GRP	Abuelo (sin especificar sexo)
SIB	Hermano (sin especificar sexo)
BRO	Hermano
SIS	Hermana
FND	Amigo
EMC	Contacto de emergencia
UNK	Desconocida

- Dirección de contacto [NK1.4] Permite indicar la dirección de la persona. El tipo de dato es XAD, y su uso es idéntico al detallado en el campo PID.11.
- Teléfono(s) de contacto [NK1.5] Permite indicar los diferentes medios de contacto (teléfono, email, etc.) de la persona. El tipo de dato es XTN y su uso es idéntico al detallado en el segmento PID para el campo PID.13.
- Sexo administrativo [NK1.15]: Sexo del asociado (si se conoce). Codificado con la tabla HL7 0001

- Tabla HL7 0001 Posibles valores del Sexo Administrativo

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	AMBIGUO
M	HOMBRE
F	MUJER
U	DESCONOCIDO
N	NO APLICA

- Fecha de nacimiento [NK1.16.1]: Fecha de nacimiento del asociado.
- Lista de identificadores del familiar/asociado [NK1.33]: este campo permite transmitir la lista de identificadores asociados al asociado. Se transmitirán todos los identificadores conocidos del asociado (CIP, DNI, etc.). El tipo de dato es CX, y sigue la misma codificación que los identificadores del paciente del PID.3.

4.2.9. Notas, comentarios y observaciones [NTE].

Este segmento permite el envío de anotaciones subjetivas sobre un evento o situación

Su estructura es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - NTE	SetID
3	65536	FT	R	[1..n]		Comment	Comentario

- SetId , valor secuencial que se incrementa por cada aparición del segmento NTE en el mensaje.
- Comentario: texto con el contenido del comentario. Se pueden enviar tantos componentes como sea necesario para indicar separación contextual o semántica.

4.3. Tipos de Datos de uso general.

4.3.1. Profesional [XCN].

Este tipo de dato permite codificar los datos de un profesional. Dado que es numerosas veces referenciado, se define aquí de forma única:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	15	ST	R	[1..1]		ID Number	Identificador
2	FN		R	[1..1]		Family Name	
2.1	50	ST	R	[1..1]		Surname	1º Apellido del profesional
3	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre del profesional
4	30	ST	C	[0..1]		Second and Further Given Names or Initials Thereof	2º Apellido del profesional
9	HD		R	[1..1]	0363	Assigning Authority	
9.1	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	
13	5	ID	R	[1..1]	0203	Identifier Type Code	
16	CE		RE			Name Context	
16.1	199	ST	R			Identifier	Servicio maestro del professional (en la tabla de SACYL)
16.2	199	ST	R			Text	Descripción del servicio (maestro)
16.3	20	ID	R		99SVC	Name of coding System	
16.4	199	ST	R			Alternate Identifier	Servicio del profesional (en la tabla del centro)
16.5	199	ST	R			Alternate Text	Descripción del servicio (particular del centro)
16.6	20	ID	R		99SVC_CODC DENTRO	Alternate Name of coding System	
22	CWE		R	[1..1]		Assigning Jurisdiction	
22.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	
22.3	7	ID	R	[1..1]		NameOf Coding System	

Los datos que se envían en este segmento son los siguientes:

- Nombre y apellidos: viajan respectivamente en :
 - o Nombre: XCN.3
 - o 1º Apellido XCN.2.1
 - o 2º Apellido XCN.2.2
- Identificadores. Los identificadores siguen el mismo esquema que el definido en el PID.3. Para enviar varios identificadores es posible repetir el campo XCN con los campos 1, 9,13 y 22 únicamente informados. El uso del DNI es obligatorio en la primera aparición del campo.

IDENTIFICADOR [XCN.1]	Assigning Authority [XCN.9]	Identifier Type Code [XCN.13]	Assigning Jurisdiction	
			XCN.22.1	XCN.22.3
NIF	MI	NNESP	ESP	ISO3166
Pasaporte	MI	PPN	ESP	ISO3166
Tarjeta residencia	MI	SS	ESP	ISO3166
CIAS	MS	RI	ESP	ISO3166
CPF (Código Prescripción Farmaceutica)	MS	MCF	ESP	ISO3166
Nº Colegiado	COM	MD	ESP	ISO3166
Identificador interno de aplicación XXX	XXX	PN	CODIGO_C ENTRO_SA CYL	99CENTROSACYL

Si se conoce el servicio bajo el que el profesional ha realizado el acto clínico sobre el que se está informando, éste se indica a través del campo XCN.16:

- El código del servicio (maestro de servicios) bajo la clasificación general de SACL (y del SNS) se indica en el sub-campo XCN.16.1
- La descripción del servicio bajo la clasificación general de SACL (y del SNS) se indica en el sub-campo XCN.16.2
- El campo XCN.16.3 será “99SVC” indicando que se usa la tabla general de servicios.
- El código local del servicio bajo la clasificación específica del centro se indica en el sub-campo XCN.16.4
- La descripción local del servicio bajo la clasificación específica del centro se indica en el sub-campo XCN.16.5
- El campo XCN.16.6 será “99SVC_CODCENTRO” donde CODCENTRO indicará el código del centro.

4.3.2. Institución o centro [XCN].

Hay veces que el tipo de dato XCN se usa para codificar centros o instituciones (por ejemplo, en el PV2.13) en este caso, sigue otro tipo distinto de reglas:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	15	ST	R	[1..1]		ID Number	Identificador de la organización/centro
3	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre de la organización/centro
9	HD		R	[1..1]	0363	Assigning Authority	
9.1	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	
13	5	ID	R	[1..1]	0203	Identifier Type Code	
22	CWE		R	[1..1]		Assigning Jurisdiction	
22.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	
22.3	7	ID	R	[1..1]		NameOf Coding System	

Los datos que se envían en este segmento son los siguientes:

- Nombre de la organización o centro: XCN.3
- Identificadores. Los identificadores siguen el mismo esquema que el definido en el PID.3. Para enviar varios identificadores es posible repetir el campo XCN con los campos 1, 9,13 y 22 únicamente informados. Es obligatorio identificar al menos usando el código en la tabla de SACYL.

IDENTIFICADOR [XCN.1]	Assigning Authority [XCN.9]	Identifier Type Code [XCN.13]	Assigning Jurisdiction	
			XCN.22.1	XCN.22.3
CÓDIGO CENTRO POR SACYL	CACL	FI	CL	ISO3166-2

Si se conoce el servicio bajo el que el profesional ha realizado el acto clínico sobre el que se está informando, éste se indica a través del campo XCN.16:

- El código del servicio (maestro de servicios) bajo la clasificación general de SACL (y del SNS) se indica en el sub-campo XCN.16.1
- La descripción del servicio bajo la clasificación general de SACL (y del SNS) se indica en el sub-campo XCN.16.2
- El campo XCN.16.3 será "99SVC" indicando que se usa la tabla general de servicios.
- El código local del servicio bajo la clasificación específica del centro se indica en el sub-campo XCN.16.4

- La descripción local del servicio bajo la clasificación específica del centro se indica en el sub-campo XCN.16.5
- El campo XCN.16.6 será “99SVC_CODCENTRO” donde CODCENTRO indicará el código del centro.

4.3.3. Profesional e identificación [CNN].

Este tipo de dato permite codificar los datos de un profesional de forma similar a un XCN. Dado que es numerosas veces referenciado, se define aquí de forma única:

SEQ	LEN	DT	OPT	OPT	TBL #	COMPONENT NAME	DESCRIPCIÓN
1	15	ST	R	[1..1]		ID Number	Identificador
2	50	ST	R	[1..1]		Family Name	1º Apellido del profesional
3	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre del profesional
4	30	ST	RE	[0..1]		Second and Further Given Names or Initials Thereof	2º Apellido del profesional
8	4	IS	R	[1..1]		Source Table	Tipo de identificador
9	20	IS	R	[1..1]	036 3	Assigning Authority - Namespace ID	Autoridad asignadora

Los datos que se envían en este segmento son los siguientes:

- Nombre y apellidos: viajan respectivamente en :
 - o Nombre: CNN.3
 - o 1º Apellido CNN.2
 - o 2º Apellido CNN.4
- Identificadores. Los identificadores siguen el mismo esquema que el definido en el PID.3. El uso del DNI es obligatorio en la primera aparición del campo.

Para todos los identificadores se asume un Assigning Jurisdiction de ámbito nacional.

IDENTIFICADOR [CNN.1]	Assigning Authority [CNN.9]	Source Table [CNN.8]
NIF	MI	NNESP
Pasaporte	MI	PPN
Tarjeta residencia	MI	SS
CIAS	MS	RI
CPF (Código Prescripción Farmaceutica)	MS	MCF
Nº Colegiado	COM	MD
interno de aplicación XXX	XXX	PN

4.3.4. Instante Temporal [TS].

Este tipo de dato permite expresar el momento en tiempo en que sucedió un acontecimiento. Es uno de los campos más utilizados. Se compone de un componente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	24	DTM	R	[1..1]		Time	Tiempo

El componente tiempo se expresa de la siguiente formato `aaaa[mm[dd[hh[mm[ss[.s[s[s[s]]]]]]]]`
[+/-ZZZZ]

Donde:

- o aaaa corresponde al año, y es siempre obligatorio.
- o mm corresponde al mes y va de 01 a 12, siempre con 2 dígitos.
- o dd corresponde al día del Mens y va de 01 a 31, siempre con 2 dígitos.
- o hh corresponde a la hora, en formato 24 horas, y va de 00 a 23, siempre con 2 dígitos.
- o mm corresponde a los minutos, y va de 00 a 59, siempre con 2 dígitos.
- o ss corresponde a los segundos y va de 00 a 59 siempre con 2 dígitos.
- o A partir de ahí, cada 's' adicional incrementa la precisión en décimas, centésimas, milésimas de segundo
- o De forma opcional (pero recomendable siempre que se vaya a enviar información temporal con una precisión de horas) se puede enviar información sobre la zona temporal (TMZ), es decir, el desvío horario con respecto a la zona horaria universal (antes conocida como hora de Greenwich).

La zona horaria es especialmente recomendable en los datos de la cabecera MSH.

La precisión exigida dependerá del segmento y mensaje donde se aplique. Por ejemplo, para la fecha de nacimiento sólo es exigible el año, se puede llegar hasta la fecha exacta, pero para los campos de la cabecera MSH.7.1 se puede exigir hasta las milésimas.

4.3.5. Identificadores compuestos [CX].

El tipo de dato CX permite la codificación de identificadores de forma explícita: esto es, de la forma [valor identificador] + [atributos que definen qué identificador es].

Este tipo de dato está presente en el segmento PID (PID.3 lista de identificadores de un paciente), y en el PV1 (PV1.19: número de episodio)

El uso del CX en el PID.3 está ya detallado en ese segmento, por lo que aquí se aclara cómo se codifica el número de episodio en el segmento PV1-19 (Visit Number), que permite dar toda la información relativa al ámbito del episodio.

Toda esta información se codificará siguiendo el estándar de codificación definido por HL7Spain (aunque para este caso la autoridad asignación es específica para SACYL).

IDENTIFICADOR [PV1.19.1]	Assigning Authority [PV1.19.4.1]	Identifier Type Code [PV1.19.5]	Assigning Jurisdiction	
			PV1.19.9.1	PV1.19.9.3
HOSPITALIZACION	HOS	VN	CODIGO_ CENTRO_ SACYL	99CENTROSACYL
CONSULTAS EXTERNAS	CEX			
URGENCIAS	URG			
QUIROFANO	QUI			
RADIOLOGIA	RIS			
HOSPITAL DE DIA	HDD			
HEMODIALISIS	HDL			
CIRUGIA AMBULATORIA	CMA			
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	ESP			
ATENCIÓN PRIMARIA	AP			

4.4. Tablas de uso general

4.4.1. Tabla 99SVC Codificación de servicios

Valor	DESCRIPCIÓN
ACL	Análisis Clínicos
ACV	Angiología / Cir. Vascular
ADM	Admisión
ALG	Alergología
ANR	Anestesia y Reanimación
APA	Anatomía Patológica
BCS	Banco de sangre
BIO	Bioquímica Clínica
CAR	Cardiología
CCA	Cirugía Cardíaca
CGD	Cirugía Gral y de Digestivo
CMF	Cirugía Máxilofacial
CPE	Cirugía Pediátrica
CPL	Cirugía Plástica
CTO	Cirugía Torácica
DER	Dermatología
DIG	Digestivo
END	Endocrinología
FAC	Farmacología clínica
FAR	Farmacia
GEN	Genética
GIN	Ginecología
GRT	Geriatría
HAD	Hospitalización a domicilio
HDD	Hospital de día

HDG	Hospital de día geriátrico
HDH	Hospital de día hematológico
HDM	Otro hospital de día médico
HDO	Hospital de día oncológico
HDP	Hospital de día psiquiátrico
HDS	Hospital de día de SIDA
HEL	Hematología Laboratorio
HEM	Hematología
INM	Inmunología
LAB	Laboratorios
MIC	Microbiología y Parasitología
MIR	Medicina Interna
MIV	Medicina Intensiva
MNU	Medicina nuclear
MPR	Medicina Preventiva
NEF	Nefrología
NEO	Neonatología
NFL	Neurofisiología Clínica
NML	Neumología
NRC	Neurocirugía
NRL	Neurología
OBG	Obstetricia y Ginecología
OBS	Obstetricia
OFT	Oftalmología
ONC	Oncología Médica
ONR	Oncología Radioterápica
ORL	Otorrinolaringología
PED	Pediatría
PSQ	Psiquiatría

RAD	Radiología
REH	Rehabilitación
REU	Reumatología
SAP	SERVICIO DE ATENCION AL PACIENTE
SPL	SERVICIO DE PREVENCIÓN LABORAL
TRA	Traumatología
UCP	Unidad de cuidados Paliativos
UDO	Unidad del dolor
URG	Urgencias
URO	Urología
UTR	Unidades de extracción y trasplantes

4.4.2. Tabla 99AMB Codificación de ámbitos

Valor	DESCRIPCIÓN
URG	Urgencias
HOS	Hospitalización
CEX	Consultas externas
HDIA	Hospital de día
AP	Atención primaria
EM	Emergencias
DOM	Atención domiciliaria.
SOCIO	Atención sociosanitaria

4.4.3. Tabla HL7 0004 (Tipos de Paciente)

Tabla usada en el campo PV1.2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO

4.4.4. Tabla HL7 0007 (Tipos de ingreso de un paciente)

Tabla usada en el campo PV1.4

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

4.4.5. Tabla HL7 0023 (Tabla de origen de admisión)

Tabla usada en el campo PV1.14

Tabla HL7 0023 Tabla de usuario ampliada Origen de paciente

CÓDIGO	COMENTARIOS	CÓDIGO	COMENTARIOS
0	Indeterminado	28	Traslado de Otro Hospital
1	Programado	29	Ingreso Judicial
2	Urgente de Urgencias	30	Traslado Otro Hosp. Agudos
3	PROCEDENTE DE C.A.	31	Traslado de Otro Hospital
9	RECIEN NACIDO PATOLOGICO	32	Ingreso Judicial
23	Urgente de Consultas Ext.	33	PROGRAMADO NO LISTA DE ESPERA.
25	Urgente de Cirugía Ambulatoria	91	ORIGEN : TECNICA ESPECIAL
26	Urgente de Hosp. de Día	92	ORIGEN : HOSPITAL DE DIA
27	Traslado Otro Hosp. Agudos	93	INTEGRACION HOSPITAL DEL COMPLEJO

4.4.6. Tabla HL7 0064 (Tabla de tipos de financiación)

Tabla usada en el campo PV1.20.1

Tabla HL7 0064 Tabla de usuario ampliada Origen de paciente

CÓDIGO	COMENTARIOS
1	SEGURIDAD SOCIAL
2	ESTADO
3	COMUNIDAD AUTÓNOMA
4	ENTES TERRITORIALES
5	ACCIDENTES DE TRÁFICO
6	EMPRESAS COLABORADORAS
7	PARTICULARES
8	ACCIDENTES DE TRABAJO / ENFERMEDADES PROFESIONALES
9	CONVENIOS INTERNACIONALES
10	INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

4.4.7. Subset de códigos LOINC para pruebas de microbiología

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
31711-5	Ag de adenovirus (heces)
32781-7	Ag de Legionella (orina)
24027-5	Ag de neumococo (orina)
17547-1	Ag de rotavirus (heces)
06463-4	Cultivo bacteriológico gral.
00580-1	Cultivo de hongos
00543-9	Cultivo de micobacterias

31767-7	Invest. de Chlamydia
31794-1	Invest. de Cryptosporidium
13326-4	Invest. de Pneumocystis
41445-8	Investigación de parásitos
31208-2	Origen de la muestra
01648-5	Prueba de Mantoux
00675-9	Técnica de Graham
00664-3	Tinción de Gram
00656-9	Tinción de Ziehl-Neelsen
34712-0	Toxina de C. difficile (heces)

4.4.8. Tabla ISO 3166 Identificación de países

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
ABW	ARUBA
AFG	AFGHANISTAN
AFT	FRENCH SOUTHERN TERRITORIES
AGO	ANGOLA
AIA	ANGUILLA
ALB	ALBANIA
AND	ANDORRA
ANT	NETHERLANDS ANTILLES
ARE	UNITED ARAB EMIRATES
ARG	ARGENTINA
ARM	ARMENIA
ASM	AMERICAN SAMOA
ATA	ANTARCTICA
ATG	ANTIGUA AND BARBUDA
AUS	AUSTRALIA

AUT	AUSTRIA
AZE	AZERBAIJAN
BDI	BURUNDI
BEL	BELGIUM
BEN	BENIN
BFA	BURKINA FASO
BGD	BANGLADESH
BGR	BULGARIA
BHR	BAHRAIN
BHS	BAHAMAS
BIH	BOSNIA AND HERZEGOVINA
BLR	BELARUS
BLZ	BELIZE
BMU	BERMUDA
BOL	BOLIVIA
BRA	BRAZIL
BRB	BARBADOS
BRN	BRUNEI DARUSSALAM
BTN	BHUTAN
BVT	BOUVET ISLAND
BWA	BOTSWANA
CAF	CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
CAN	CANADA
CCK	COCOS (KEELING) ISLANDS
CHE	SWITZERLAND
CHL	CHILE
CHN	CHINA
CIV	COTE D'VOIRE
CMR	CAMEROON

COD	CONGO, THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE
COG	CONGO
COK	COOK ISLAND
COL	COLOMBIA
COM	COMOROS
CPV	CAPE VERDE
CRI	COSTA RICA
CUB	CUBA
CXR	CHRISTMAS ISLAND
CYM	CAYMAN ISLANDS
CYP	CYPRUS
CZE	CZECH REPUBLIC
DEU	GERMANY
DJI	DJIBOUTI
DMA	DOMINICA
DNK	DENMARK
DOM	DOMINICAN REPUBLIC
DZA	ALGERIA
ECU	ECUADOR
EGY	EGYPT
ERI	ERITREA
ESH	WESTERN SAHARA
ESP	SPAIN
EST	ESTONIA
ETH	ETHIOPIA
FIN	FINLAND
FJI	FIJI
FLK	FALKLAND ISLANDS (MALVINAS)
FRA	FRANCE

FRO	FAROE ISLANDS
FSM	MICRONESIA, FEDERATED STATES OF
GAB	GABON
GBR	UNITED KINGDOM
GEO	GEORGIA
GHA	GHANA
GIB	GIBRALTAR
GIN	GUINEA
GLP	GUADELOUPE
GMB	GAMBIA
GNB	GUINEA-BISSAU
GNQ	EQUATORIAL GUINEA
GRC	GREECE
GRD	GRENADA
GRL	GREENLAND
GTM	GUATEMALA
GUF	FRENCH GUIANA
GUM	GUAM
GUY	GUYANA
HKG	HONG KONG
HMD	HEARD ISLAND AND MCDONALD ISLANDS
HND	HONDURAS
HRV	CROATIA
HTI	HAITI
HUN	HUNGARY
IDN	INDONESIA
IND	INDIA
IOT	BRITISH INDIAN OCEAN TERRITORY
IRL	IRELAND

IRN	IRAN, ISLAMIC REPUBLIC OF
IRQ	IRAQ
ISL	ICELAND
ISR	ISRAEL
ITA	ITALY
JAM	JAMAICA
JOR	JORDAN
JPN	JAPAN
KAZ	KAZAKSTAN
KEN	KENYA
KGZ	KYRGYZSTAN
KHM	CAMBODIA
KIR	KIRIBATI
KNA	SAINT KITTS AND NEVIS
KOR	KOREA, REPUBLIC OF
KWT	KUWAIT
LAO	LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
LBN	LEBANNON
LBR	LIBERIA
LBY	LIBYAN ARAB JAMAHIRIYA
LCA	SAINT LUCIA
LIE	LIECHTENSTEIN
LKA	SRI LANKA
LSO	LESOTHO
LTU	LITHUANIA
LUX	LUXEMBOURG
LVA	LATVIA
MAC	MACAU
MAR	MOROCCO

MCO	MONACO
MDA	MOLDOVA, REPUBLIC OF
MDG	MADAGASCAR
MDV	MALDIVES
MEX	MEXICO
MHL	MARSHALL ISLANDS
MKD	MACEDONIA, THE FORMER YUGOSLAV REPUBLIC OF
MLI	MALI
MLT	MALTA
MMR	MYANMAR
MNG	MONGOLIA
MNP	NORTHERN MARIANA ISLANDS
MOZ	MOZAMBIQUE
MRT	MAURITANIA
MSR	MONTSERRAT
MTQ	MARTINIQUE
MUS	MAURITUS
MWI	MALAWI
MYS	MALAYSIA
MYT	MAYOTTE
NAM	NAMIBIA
NCL	NEW CALEDONIA
NER	NIGER
NFK	NORFOLK ISLAND
NGA	NIGERIA
NIC	NICARAGUA
NIU	NIUE
NLD	NETHERLANDS
NOR	NORWAY

NPL	NEPAL
NRU	NAURU
NZL	NEW ZEALAND
OMN	OMAN
PAK	PAKISTAN
PAN	PANAMA
PCN	PITCAIRN
PER	PERU
PHL	PHILIPPINES
PLW	PALAU
PNG	PAPUA NEW GUINEA
POL	POLAND
PRI	PUERTO RICO
PRK	KOREA, DEMOCRATIC PEOPLE'S REPUBLIC OF
PRT	PORTUGAL
PRY	PARAGUAY
PYF	FRENCH POLYNESIA
QAT	QATAR
REU	REUNION
ROM	ROMANIA
RUS	RUSSIAN FEDERATION
RWA	RWANDA
SAU	SAUDI ARABIA
SDN	SUDAN
SEN	SENEGAL
SGP	SINGAPORE
SGS	SOUTH GEORGIA AND THE SOUTH SANDWICH ISLANDS
SHN	SAINT HELENA
SJM	SVALBARD AND JAN MAYEN

SLB	SOLOMON ISLANDS
SLE	SIERRA LEONE
SLV	EL SALVADOR
SMR	SAN MARINO
SOM	SOMALIA
SPM	SAINT PIERRE AND MIQUELON
STP	SAO TOME AND PRINCIPE
SUR	SURINAME
SVK	SLOVAKIA
SVN	SLOVENIA
SWE	SWEDEN
SWZ	SWAZILAND
SYC	SEYCHELLES
SYR	SYRIAN ARAB REPUBLIC
TCA	TURKS AND CAICOS ISLANDS
TCD	CHAD
TGO	TOGO
THA	THAILAND
TJK	TAJIKISTAN
TKL	TOKELAU
TKM	TURKMENISTAN
TMP	EAST TIMOR
TON	TONGA
TTO	TRINIDAD AND TOBAGO
TUN	TUNISIA
TUR	TURKEY
TUV	TUVALU
TWN	TAIWAN, PROVINCE OF CHINA
TZA	TANZANIA, UNITED REPUBLIC OF

UGA	UGANDA
UKR	UKRAINE
UMI	UNITED STATES MINOR OUTLYING ISLANDS
URY	URUGUAY
USA	UNITED STATES
UZB	UZBEKISTAN
VAT	HOLY SEE (VATICAN CITY STATE)
VCT	SAINT VINCENT AND THE GRENADINES
VEN	VENEZUELA
VGB	VIRGIN ISLANDS, BRITISH
VIR	VIRGIN ISLANDS, U.S.
VNM	VIET NAM
VUT	VANUATU
WLF	WALLIS AND FUTUNA
WSM	SAMOA
YEM	YEMEN
YUG	YUGOSLAVIA
ZAF	SOUTH AFRICA
ZMB	ZAMBIA
ZWE	ZIMBABWE

4.4.9. Tabla ISO 3166-2 Identificación de Regiones Autónomas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
AN	Comunidad Autónoma de Andalucía
AR	Comunidad Autónoma de Aragón
O	Comunidad Autónoma de Asturias
IB	Comunidad Autónoma de Baleares
CN	Comunidad Autónoma de Canarias
S	Comunidad Autónoma de Cantabria
CM	Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha
CL	Comunidad Autónoma de Castilla y León
CT	Comunidad Autónoma de Cataluña
EX	Comunidad Autónoma de Extremadura
GA	Comunidad Autónoma de Galicia
M	Comunidad Autónoma de Madrid
MU	Comunidad Autónoma de Murcia
NA	Comunidad Autónoma de Navarra
PV	Comunidad Autónoma del País Vasco
LO	Comunidad Autónoma de la Rioja
VC	Comunidad Autónoma de Valencia
CE	Ciudad Autónoma de Ceuta
ML	Ciudad Autónoma de Melilla

Guía de mensajería para gestión de pacientes

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

Versión 1.7.8 22/02/2010

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES PARA GESTIÓN DE PACIENTES.....	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	9
3.4. MENSAJE ADT^A01 (ADMIT/VISIT NOTIFICATION).....	11
3.5. MENSAJE ADT^A02 (TRANSFER A PATIENT).....	14
3.6. MENSAJE ADT^A03 (DISCHARGE/END VISIT).....	17
3.7. MENSAJE ADT^A04 (REGISTER A PATIENT).....	26
3.8. MENSAJE ADT^A08 (UPDATE PATIENT INFORMATION).....	29
3.9. MENSAJE ADT^A11 (CANCEL ADMIT/VISIT NOTIFICATION).....	32
3.10. MENSAJE ADT^A12 (CANCEL TRANSFER).....	34
3.11. MENSAJE ADT-A13 (CANCEL DISCHARGE / END VISIT).....	36
3.12. MENSAJE ADT^A14 (PENDING ADMIT).....	39
3.13. MENSAJE ADT^A17 (SWAP PATIENTS).....	42
3.14. MENSAJE ADT^A20 (BED STATUS UPDATE).....	45
3.15. MENSAJE ADT^A21 (PATIENT GOES ON A LEAVE OF ABSENCE).....	48
3.16. MENSAJE ADT^A22 (PATIENT RETURNS FROM A LEAVE OF ABSENCE).....	50
3.17. MENSAJE ADT^A27 (CANCEL PENDING ADMIT).....	53
3.18. MENSAJE ADT^28 (ADD PERSON OR PATIENT INFORMATION).....	55
3.19. MENSAJE ADT^A40 (MERGE PATIENT-PATIENT IDENTIFIER LIST).....	57
3.20. MENSAJE ADT^A45 (MOVE VISIT INFORMATION - VISIT NUMBER).....	59
3.21. MENSAJE ADT^A52 (CANCEL LEAVE OF ABSENCE FOR A PATIENT).....	62
3.22. MENSAJE ADT^A53 (CANCEL PATIENT RETURNS FROM A LEAVE OF ABSENCE).....	64
3.23. MENSAJE ACK APLICACIÓN (APPLICATION ACKNOWLEDGE).....	67
4. ELEMENTOS COMUNES.	69
4.1. SEGMENTOS.....	69

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la gestión 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.

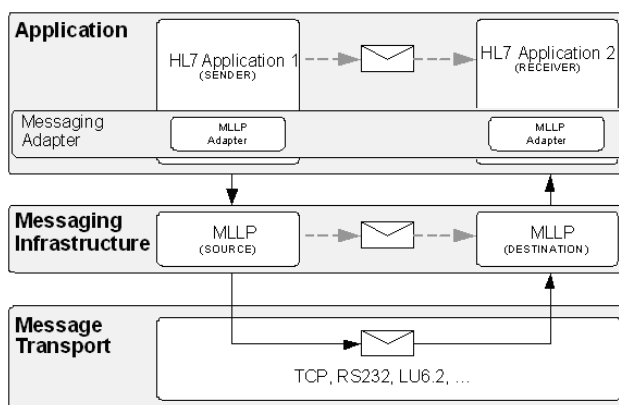
Se acompaña al catálogo de mensajes, una relación de las tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los segmentos que conforman los mensajes.

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 la gestión de datos 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 Sistemas de Información de esta entidad.

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 Gestión de Pacientes.

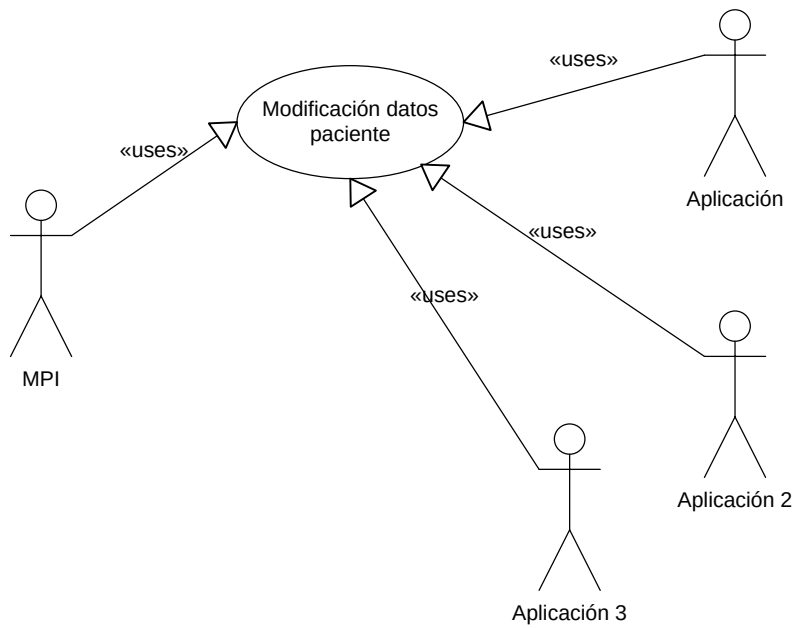
Este perfil, detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información administrativa (datos personales, visitas, ubicación desde un centro) al SACYL.

3.1. *Definición del perfil de mensajería.*

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

3.2. *Caso de uso.*

Este perfil de mensajería permite que, distintos sistemas sincronicen entre sí datos referentes a 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
ADMISIÓN (Sistema de gestión de pacientes y camas)	Sistema donde se originan todos los cambios de información acerca de los pacientes. Su responsabilidad será la de comunicar esta información al resto de sistemas. En un hospital se tratará de la parte administrativa del HIS, pero puede ser una Base de Datos de Pacientes, etc.
APLICACIÓN SATÉLITE (Estación)	Sistema que necesita estar informado de los cambios de situación de un paciente.

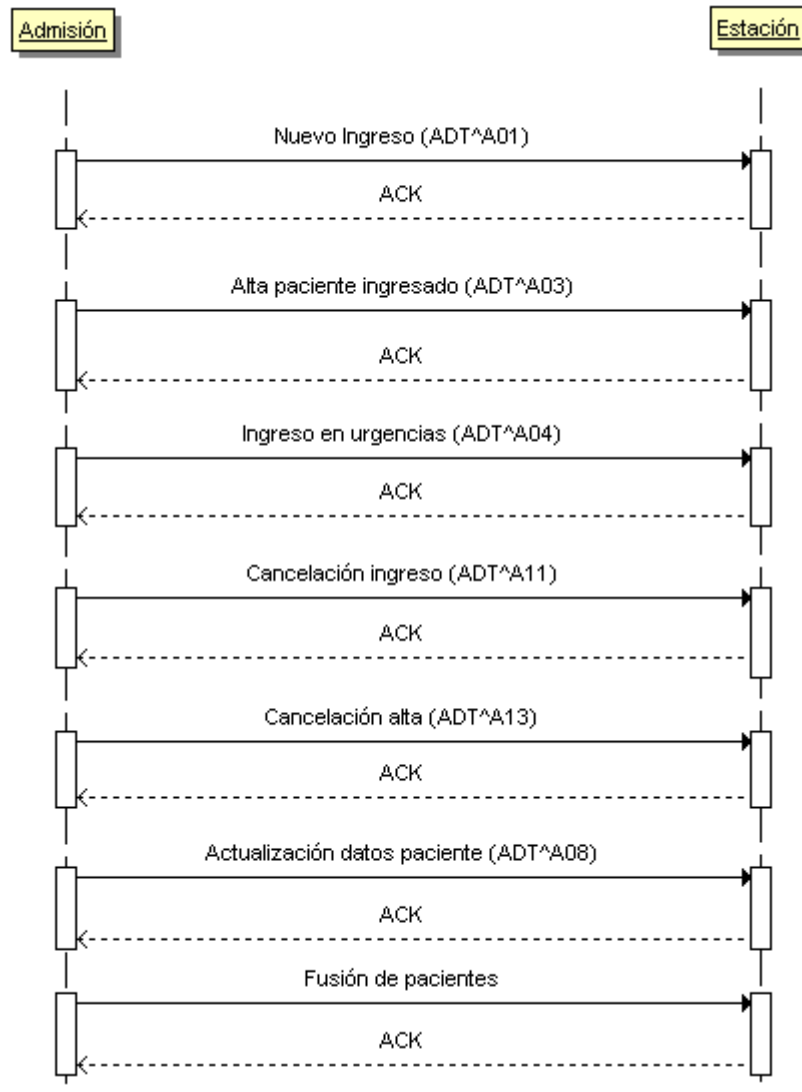
3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO	MENSAJE DE CANCELACIÓN
ADT^A01	Admisión paciente hospitalizado.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A11
ADT^A02	Traslado de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A12
ADT^A03	Alta o fallecimiento de un paciente	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A13
ADT^A04	Admisión de pacientes en urgencias	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A11
ADT^A08	Actualización datos de episodio y paciente.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
	Solicitud actualización datos episodio	ESTACIÓN	ADMISIÓN	
ADT^A11	Cancelación admisión pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A12	Cancelación traslado de un paciente.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A13	Cancelación alta de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A14	Reserva de cama.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A27
ADT^A17	Intercambio de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A17
ADT^A20	Gestión y mantenimiento de camas.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A27	Cancelación reserva de cama.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A21	Alta de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A52
ADT^A22	Regreso alta de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	ADT^A53
ADT^A28	Nueva filiación de paciente	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A40	Fusión de pacientes.	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A52	Cancelación alta de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	
ADT^A53	Cancelación de un regreso de fin de semana	ADMISIÓN	ESTACIÓN	

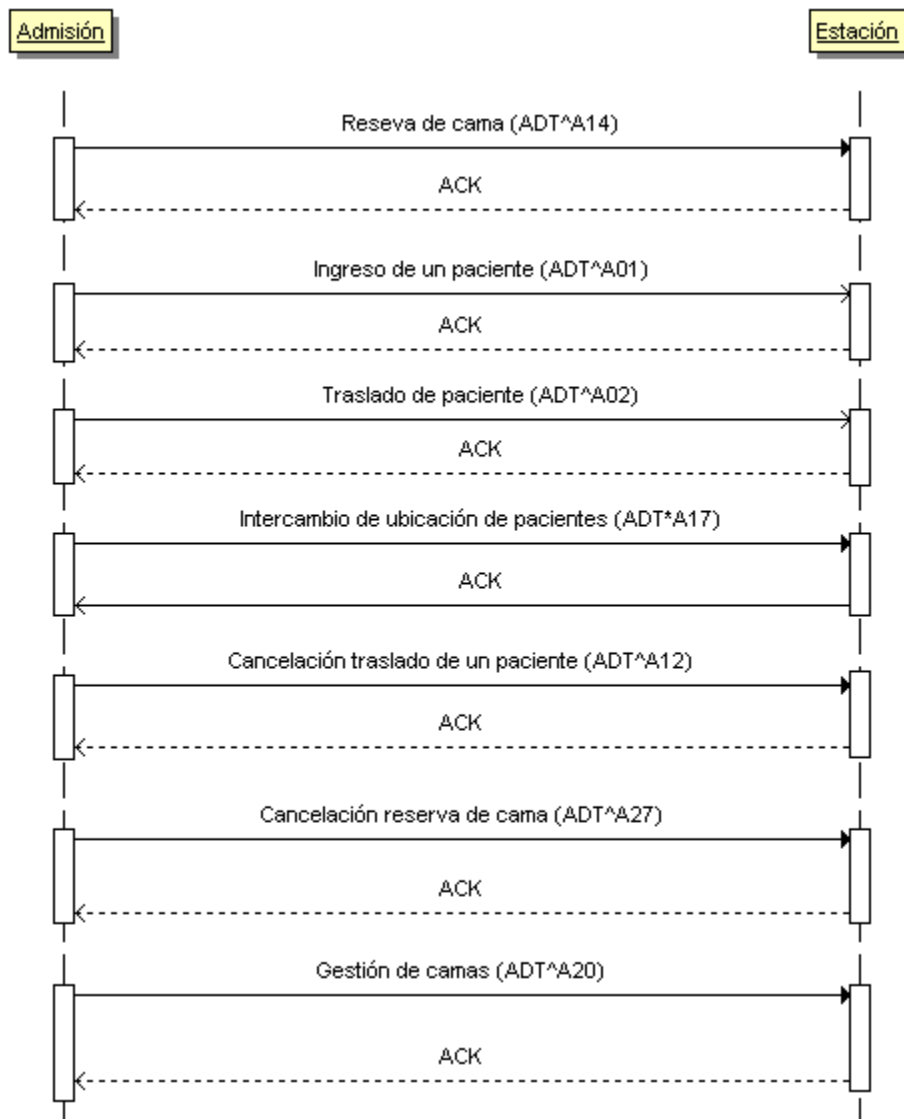
3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el conjunto de notificaciones básicas de gestión de pacientes (ingresos, altas, actualización de datos, etc.)

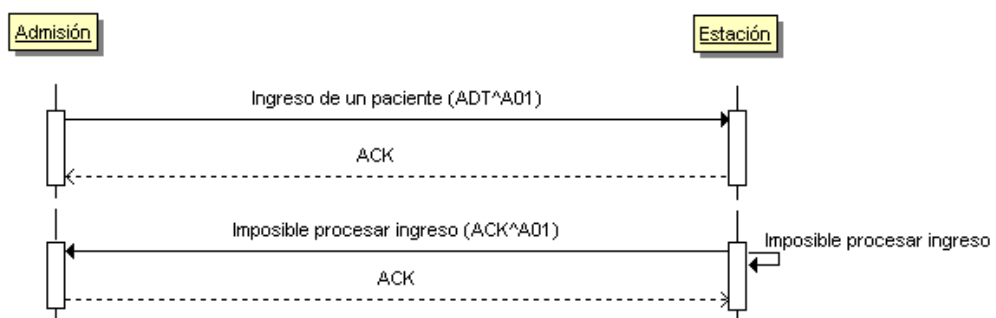


Para una correcta gestión de camas, estos mensajes no son suficientes, sino que es necesario ampliarlos con otros adicionales específicos para la gestión de estos recursos:



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 admisión podría indicar que la ubicación de un paciente está una cama que no existe en la aplicación de enfermería, es necesario entonces enviar un ACK de aplicación erróneo.

Para el caso de un ingreso 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 siguiente diagrama de actividad es el descrito en el apartado de “política de ACK” en el documento de Definición de Elementos comunes de mensajería de SACYL.

3.4. Mensaje ADT^A01 (ADMIT/VISIT NOTIFICATION).

Mensaje utilizado para informar sobre la admisión / ingreso de un paciente en el centro.

3.4.1. Evento disparador.

Este mensaje debe generarse cuando se registra en el momento de admisión/ingreso de un paciente en el centro en una cama de hospitalización.

En el caso de la aplicación HP-HIS, los registros de ingresos realizados en urgencias o en hospital de día no disparan la generación de este mensaje.

Los ingresos de pacientes externos usarán en evento A04.

3.4.2. Estructura.

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

<u>ADT^A01^ADT_A01</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]
[DG1]	Diagnosis Information	RE	[0..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..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 evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se hace efectivo el ingreso y su razón.
- Datos de paciente [**PID**]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.
- En el segmento [**NK1**] se envían datos de personas asociadas al paciente (acompañantes, familiares, responsables de menores, etc.) cuando éstos sean relevantes.

- Datos de la visita [**PV1**], [**PV2**]. Información sobre el origen del paciente, la ubicación a la que va destinado, tipo de ingreso, nº episodio asociado, etc.,
- Diagnóstico [**DG1**]. Información sobre el diagnóstico de ingreso, en el caso que dicha información esté disponible.
- Garante [**GT1**] Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.

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 ADT^A01^ADT_A01. Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.4.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]	0062	Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el ingreso
4	3	IS	R	[1..1]		Event Reason Code	Razón del ingreso
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar el ingreso
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Razón del ingreso [EVN.4]. La razón del ingreso. Debe ser uno de los valores de la siguiente tabla:

Tabla de usuario HL7 0062 ampliada localmente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
O	OTRA
U	INDETERMINADO
1	PETICION PROPIA
2	ORDEN FACULTATIVA
13	PETICION FAMILIAR
14	ORDEN GUBERNATIVO
15	ORDEN JUDICIAL
16	AUTORIZACION JUDICIAL
17	112

- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real del ingreso.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.4.2.3.Segmento PID.

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

3.4.2.4.Segmento PV1.

El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”, con las siguientes salvedades:

- Tipo de paciente [PV1.2] (Patient Class), con valor fijo a “I”, al ser un ingresado.
- Tipo de ingreso [PV1.4] (Admission Type), con valor fijo a “R”, como hospitalización normal.
- El valor del campo [PV1.44] (momento de ingreso) coincide con el del campo EVN.6 (con su mismo grado de precisión).

3.4.2.5.Segmento PV2.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos ampliados de la visita [PV2]”.

3.4.2.6.Segmento DG1.

El uso del segmento DG1 es el mismo que el descrito en el apartado “Segmento DG1”.

3.4.2.7.Segmento NK1

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.4.2.8.Segmento GT1.

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “ Datos de garantes [GT1].”.

3.5. Mensaje ADT^A02 (TRANSFER A PATIENT).

Mensaje utilizado para informar sobre el traslado de cama o de unidad de enfermería de un paciente hospitalizado en el centro.

3.5.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra una modificación de la ubicación de un paciente ingresado (traslado de cama o unidad de enfermería de un paciente).

3.5.2. Estructura.

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

<u>ADT^A02^ADT_A02</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se hace efectivo el traslado.
- 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**] con la nueva y la anterior ubicación del paciente, así como el resto de los datos enviados en el alta.
- Ampliación de datos de la vista [**PV2**] Segmento con la misma información que el PV2 del ingreso.

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 ADT^A02^ADT_A02.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.5.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el traslado
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar el traslado
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real del traslado.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.5.2.3.Segmento PID.

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

3.5.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, es necesario añadir algunos campos nuevos al definido en segmentos comunes, "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]	I	Patient Class	Tipo de paciente
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	R	[1..1]		Admission Type	
6		PL	R	[1..1]		Prior Patient Location	
6.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	Unidad donde estaba el paciente anteriormente
6.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	Habitación donde estaba el paciente anteriormente
6.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde estaba el paciente anteriormente
6.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde estaba el paciente anteriormente
7	250	XCN	R	[1..n]	0010	Attending Doctor	Médico asignado
10	3	IS	R	[1..1]	0069	Hospital Service	Servicio asignado
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
44	24	TS	R	[1..1]		Admit DateTime	Momento de ingreso.

Las particularidades del segmento en este mensaje son:

- El tipo de paciente [PV1.2] será siempre "I" al ser un paciente ingresado.
- El campo añadido es la dirección anterior del paciente [PV1.6].(Prior Patient Location), con la dirección anterior, mientras que el PV1.3 contiene la nueva dirección
- El resto de los campos contienen la misma información que el PV1 original.

3.5.2.5.Segmento PV2.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos ampliados de la visita [PV2]”. En este mensaje, este segmento contiene la misma información que se envió en el ADT^A01 de ingreso,

3.6. Mensaje ADT^A03 (Discharge/End Visit).

Mensaje utilizado para informar sobre el alta de un paciente que ha estado ingresado.

3.6.1. Evento disparador.

El evento se produce cuando se registra el abandono de un paciente del centro tras una permanencia en éste (es decir, cuando se registra el alta hospitalaria al paciente), o bien tras una actividad de consultas externas o de urgencias.

En el caso que la actividad se refiera a una visita de un paciente a consultas externas, el mensaje también permite informar de la actividad realizada.

La muerte de un paciente ingresado es motivo de disparo de este mensaje. En este caso el segmento PID contendrá el indicador de la fecha y hora de defunción.

3.6.2. Estructura.

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

<u>ADT^A03^ADT_A03</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
DG1	Diagnosis Information	R	[1..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..1]
{[ZSH]}	Prestaciones Realizadas	C	[0..n]

Esos segmentos contienen la siguiente información:

- Cabecera del mensaje [MSH]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [EVN]. Información relativa a cuándo se hace efectivo el alta y su razón.
- Datos de paciente [PID]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.
- En el segmento [NK1] se envían datos de personas asociadas al paciente (acompañantes, familiares, responsables de menores, etc.) cuando éstos sean relevantes.

- Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre fecha y tipo del alta y el resto de los datos del ingreso (el origen del paciente, tipo, nº episodio asociado, etc.).
- Diagnóstico [**DG1**]. Datos del diagnóstico del paciente.
- Garante [**GT1**] Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.
- Cuando se trata de actividad de consultas externas, se ha añadido un segmento Z al final del mensaje [**ZSH**] con la información asociada a la actividad realizada. Este segmento está descrito en la guía de gestión de agendas.

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 ADT^A03^ADT_A03

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.6.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]	0062	Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el alta
4	3	IS	R	[1..1]		Event Reason Code	Razón del alta
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar el alta
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Razón del alta [EVN.4]. El motivo del alta. Debe ser uno de los valores de la siguiente tabla:

Tabla de usuario HL7 0062 ampliada localmente para motivos de altas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
O	OTRA
U	INDETERMINADO
1	PETICION PROPIA
2	ORDEN FACULTATIVA
15	ORDEN JUDICIAL
18	EXITUS

- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real del alta.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.6.2.3.Segmento PID.

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

En caso que se haya producido la defunción del paciente, los campos PID.29 y PID.30 contendrán esta información.

3.6.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, es necesario añadir algunos campos nuevos al definido en segmentos comunes, "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	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	
3.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	
3.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	
4	2	IS	R	[1..1]		Admission Type	
7		XCN	R	[1..n]	0010	Attending Doctor	
10	3	IS	R	[1..1]	0069	Hospital Service	
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de admisión
17		XCN	RE	[0..1]		Admitting Doctor	Médico de admisión
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
36	2	IS	R	[1..1]	0112	Discharge Disposition	Tipo de alta
45	24	TS	R	[1..1]		Discharge DateTime	Momento de alta.

Los nuevos campos que añade este mensaje son:

- Tipo de alta [PV1.36] (Discharge Disposition), con el tipo de alta. El valor para los ingresos debe ser seleccionado de la siguiente tabla:

Tabla 0112 Tipo de alta (para ingresos / urgencias)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
0	INDETERMINADO
1	DOMICILIO - FIN DE CUIDADOS
2	TRASLADO DE HOSPITAL
3	ALTA VOLUNTARIA
4	EXITUS
5	PASO A CEX
6	PASO A HOSPITALIZACIÓN
7	PASO A URGENCIAS
9	OTROS
10	EXITUS EXTRAMUROS
11	TRASLADO A CENTRO SOCIO SANITARIO

En los casos que la visita no corresponda a un ingreso (por ejemplo, se trate de una consulta externa), los códigos que aplican son los siguientes

Tabla 0112 Tipo de alta (para consultas externas)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
100	FIN DEL SEGUIMIENTO
101	EN SEGUIMIENTO
102	PASO A OTRA CONSULTA
103	PASO A HOSPITALIZACIÓN
104	PASO A URGENCIAS
105	SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

- Momento del alta [PV1.45]. Momento en que se ha dado el alta real al paciente. Coincide con el EVN.6.

El “*attending doctor*” (PV1.7) y servicio (PV1.10) corresponden al médico y servicio bajo el que el paciente tiene el alta (pues es posible que sean diferentes a los de ingreso). Si el HIS dispone de esa información, enviará el servicio original de ingreso bajo el “*admitting doctor*” (PV1.17).

El resto de los campos, repiten la información de ingreso del paciente (del PV1 del A01 original),

3.6.2.5.Segmento DG1.

El uso del segmento DG1 es el mismo que el descrito en el apartado "Segmento DG1".

3.6.2.6.Segmento NK1

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.6.2.7.Segmento GT1.

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “
Datos de garantes [GT1].”.

3.6.2.8.Segmento ZSH.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1		EI	RE	[0..1]		Filler Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]	0362	Entity Identifier	Identificador de la cita
1.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador centro responsable de la cita
2	30	ID	R	[1..1]		Status	Estado de realización de la prestación
3		CE	R	[1..1]		Universal Service	
3.1	3	ST	RE	[1..1]		Identifier	Código de la prestación
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la prestación
3.3	7	ID	C	[1..1]		Name of Coding System	Sistema de codificación de la prestación
4		CE	C	[1..1]		Schedule ID	
4.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la agenda
4.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la agenda
4.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación de la agenda
5		PL	R	[1..1]		Location Resource ID	
5.1	20	IS	R	[1..1]		Point of Care	Sala donde tiene lugar
6	14	TS	R	[1..1]		Time	Momento inicio
7	14	TS	C	[1..1]		Time	Duración
8		CQ	C	[0..1]		Duration	
8.1	20	NM	R	[1..1]		Quantity	Duración (en minutos) de la cita
8.2.1	20	ST	R	[1..1]	min	Units/ Identifier	
8.2.2	20	ST	R	[1..1]	Minutos	Units/ Test	
8.2.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Units/ Name of Coding system	
9	300	FT	RE	[0..n]		Text	Observaciones
10		CE	R	[1..1]	0277	Appointment Type	
10.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de tipo de cita/encuentro
10.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de tipo de cita/encuentro
10.3	7	ID	R	[1..1]	HL70277	Name of Coding System	Codificación del tipo de cita/encuentro
11	3	IS	R	[1..1]	99CTYP	Event Type	Tipo de evento
12		CE	RE	[0..n]		Característica de la cita/encuentro	
12.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de característica
12.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de característica
12.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación del tipo de característica

- Identificador de la cita [ZSH.1] En caso que se conozca, en este campo se indica el identificador asociado en la cita. Es copia del campo SCH.2 del mensaje inicial de cita.
 - ZSH.1.1: Identificador de la cita.
 - ZSH.1.2: Centro al que está asociada la cita, según la tabla 0362.

- Estado de la prestación [ZSH.2], Indica si la prestación se ha podido ejecutar o no. En el caso de una no ejecución, se refiere a que el paciente ha acudido a la cita, pero por alguna razón no se le ha podido atender (por ejemplo, por un fallo de instrumental).

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CA	Prestación no realizada
CM	Prestación realizada

- Tipo de prestación recibida [ZSH.3]. Describe la prestación codificada o no:
 - ZSH.3.1 Identificación del código de prestación, si es posible codificarla.
 - ZSH.3.2 Descripción del código de la prestación.
 - ZSH.3.3 Tabla que se ha usado para codificar la prestación –si ha sido posible codificarla-.
- Agenda. [ZSH.4] (Schedule ID). Este campo identificará la agenda sobre la que se está haciendo la reserva, en el caso que éste exista :
 - ZSH.4.1 Código de la agenda
 - ZSH.4.2: identificador de la agenda.
 - ZSH.4.3 Nombre de tabla de agendas usada.
“99AGENDAS_[CODIGO_CENTRO_SACYL]”.
- Ubicación donde se ha realizado la prestación [ZSH.5]. Sala donde se ha realizado la prestación.
- Momento de inicio de la prestación [ZSH.6]. Momento en que se inició la prestación.
- Momento de inicio de la prestación [ZSH.7]. Momento en que finaliza la prestación. También se puede expresar en minutos usando (ZSH.8).
- Duración de la prestación [ZSH.8.1]. Minutos de duración de la prestación, en caso que se quiera expresar en minutos.
- Observaciones sobre la prestación [ZSH.9]. Se indican tantos segmentos como observaciones existan.
- Tipo de cita/encuentro [ZSH.10], Copia del SCH.8 del mensaje SIU^S12 que creó la cita. Indica el ámbito de la cita/encuentro, en la tabla HL7 0277 :

Tabla HL7 0277 ampliada localmente, y restringida para los mensajes SIU^S12 y ADT^A03

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
PR	PROGRAMACIÓN PRUEBAS
CN	CONSULTA MÉDICA
PQ	PROGRAMACION QUIRÓFANO

- Tipo de evento [ZSH.11] Identificará si el encuentro era programado (una cita/operación que se había programado originalmente en el HIS) o corresponde a actividad no programada.

Tabla 99CTTYP local, tipo e origen de actividad:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
PG	PROGRAMADA
NP	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA ORIGINALMENTE

- Característica de la cita [ZSH.12] Permitirá el envío de datos adicionales de la cita. Cada repetición del campo indica una nueva característica.

:

CÓDIGO (CE.1)	DESCRIPCIÓN (CE.2)	CODIFICACIÓN (CE.3)
AR	ALTA RESOLUCIÓN	99CTTR
N	NORMAL (NO ALTA RESOLUCIÓN)	

3.7. Mensaje ADT^A04 (REGISTER A PATIENT).

Mensaje utilizado para la comunicación de la admisión de un paciente en urgencias.

3.7.1. Evento disparador.

El evento que genera este mensaje es el registro de un ingreso en urgencias.

3.7.2. Estructura.

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

<u>ADT^A04^ADT_A01</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Vsit	R	[1..1]
[DG1]	Diagnose	RE	[0..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..1]

La información contenida en estos segmentos es la siguiente:

- Cabecera del mensaje **[MSH]**. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento **[EVN]**. Información relativa a cuándo y por qué se hace efectivo el ingreso.
- Datos de paciente **[PID]**. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.
- En el segmento **[NK1]** se envían datos de personas asociadas al paciente (acompañantes, familiares, responsables de menores, etc.) cuando éstos sean relevantes.
- Datos de la visita **[PV1]**. Información sobre el origen del paciente, la ubicación a la que va destinado, tipo de ingreso, nº episodio asociado, etc., en la medida que se conozca.
- Datos de diagnóstico **[DG1]**. Información del diagnóstico de admisión, en caso que éste exista.
- Garante **[GT1]** Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.

3.7.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ADT^A04^ADT_A01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.7.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el ingreso
4	3	IS	R	[1..1]		Event Reason Code	Razón del ingreso
6	26	TS	RE	[0..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar el ingreso
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Razón del ingreso [EVN.4]. La razón del ingreso. Debe ser uno de los valores de la siguiente tabla:

Tabla de usuario HL7 0062 ampliada localmente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
O	OTRA
U	INDETERMINADO
1	PETICION PROPIA
2	ORDEN FACULTATIVA
13	PETICION FAMILIAR
14	ORDEN GUBERNATIVO
15	ORDEN JUDICIAL
16	AUTORIZACION JUDICIAL
17	112

- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred).La fecha y la hora real de la atención.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.7.2.3.Segmento PID.

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

3.7.2.4.Segmento NK1

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.7.2.5.Segmento PV1.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	SetID.
2	1	IS	R	[1..1]	O	Patient Class	Tipo de paciente
4	2	IS	R	[1..1]	E	Admission Type	Tiop de ingreso
7	XCN		R	[1..n]	0010	Attending Doctor	Médico asignado
10	3	IS	R	[1..1]	0069	Hospital Service	Servicio asignado
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso.
19	CX		R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
44	24	TS	R	[1..1]		Admit DateTime	Momento de ingreso.

El segmento es similar al descrito en admisión de hospitalizados (ADT^A01) con las siguientes salvedades:

- No se envía datos de cama [PV1.3]
- Tipo de paciente [PV1.2] (Patient Class), con valor fijo a “O”, al no ser un ingresado.
- Tipo de ingreso [PV1.4] (Admission Type), con valor fijo a “E”, como ingreso por urgencia.
- Origen de ingreso [PV1.14] (Admit Source), corresponde a un valor de la tabla 0023 que se puede encontrar en la descripción general del segmento “Datos de visita [PV1]”
- Momento de ingreso [PV1.44] (Admit DateTime), tendrá la fecha de ingreso, y coincidirá con el valor del EVN.6.

3.7.2.6.Segmento DG1.

El uso del segmento DG1 es el mismo que el descrito en el apartado “Segmento [DG1]”.

3.7.2.7.Segmento GT1.

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de garantes [GT1].”.

3.8. Mensaje ADT^A08 (UPDATE PATIENT INFORMATION).

Este mensaje, permite enviar la actualización o modificación de los datos administrativos de un paciente. Los datos correspondientes a diagnósticos y/o procedimientos utilizan otros eventos (P12).

3.8.1. Evento disparador.

Se corresponde al registro de una modificación sobre los datos administrativos (nombre, dirección, contacto, identificadores, etc.).

Este evento permite actualizar también los datos de la “visita”, notificando cambio de médico, servicio, y del ingreso (fecha y hora de ingreso/alta, origen, tipo de ingreso, condiciones del alta, etc.). Cuando el episodio está asociado a una consulta externa cuya actividad ya ha sido informada, permite modificar dicha información. Asimismo permite también informar de la defunción de un paciente (cuando no ha sido posible enviar un A03 con este dato).

Otros tipos de actualización de datos, requieren otros mensajes:

- Cuando la información a actualizar se refiera a la ubicación del paciente, ésta notificación se realiza a través de mensajes ADTA^02.
- Cuando la información sea relativa a datos sobre diagnósticos o procedimientos realizados sobre este paciente, se utilizará como mensaje para comunicar esta modificación el mensaje BAR^P12, descrito en la guía de citas.

Este mensaje también puede ser enviado por un sistema (distinto del HIS) para solicitar la modificación de datos relacionados con un episodio (por ejemplo, cambio de médico, cambio de servicio, modificación de fecha de alta, etc...). En este caso el mensaje se trata como una solicitud y sólo afecta a los datos del episodio, pues la solicitud de cambio de datos de paciente está cubierta por el mensaje ADT^A31 (descrito en la extensión de esta guía).

3.8.2. Estructura.

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

<u>ADT^A08^ADT_A01</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit - Additional Info.	C	[0..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..1]
{[ZSH]}	Prestaciones Realizadas	C	[0..n]

Los datos contenidos en estos segmentos son los siguientes:

- 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.
- En el segmento **[NK1]** se envían datos de personas asociadas al paciente (acompañantes, familiares, responsables de menores, etc.) cuando éstos sean relevantes.
- Datos de evento **[EVN]**. Información relativa a cuándo se ha hecho la modificación.
- Datos de la visita **[PV1]**. Información sobre el origen del paciente, la ubicación a la que va destinado, nº episodio asociado, etc. El segmento **[PV2]** amplía esta información, pero sólo es necesario enviarlo si se van a modificar estos datos.
- Garante **[GT1]** Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.
- Actividad realizada a modificar **[ZSH]**. En caso que el segmento se utilice para informar de una modificación de actividad realizada, se envía el segmento ZSH con los nuevos datos.

3.8.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ADT^A08^ADT_A01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.8.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado la modificación.
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.8.2.3.Segmento PID.

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

En caso que se haya producido la defunción del paciente, los campos PID.29 y PID.30 contendrán esta información.

3.8.2.4.Segmento PV1.

El segmento PV1 para un evento de actualización es bastante más sencillo que el resto:

SEQ	LEN	DT	Us o	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	SetID
2	1	IS	R	[1..1]	0004	Patient Class	Tipo de paciente
7	XCN		C	[0..n]		Attending Doctor	Médico asociado
10	3	IS	C	[0..1]	0069	Hospital Service	Servicio asignado
19	CX		C	[0..1]	0069	Visit Number	Número de episodio (ICU)

- El tipo de paciente [PV1.2] (Patient Class). Reflejará si el paciente es un ingresado (I) o un externo (O). Los valores se pueden consultar en la tabla 0004. El cambio de un paciente externo a ingresado no se debe informar a través de un A08..
En caso que se esté usando este mensaje para indicar la defunción de un paciente que ya no está ingresado PV1.2 tendrá valor "N" (no aplica).
- Médico asignado [PV1.7] (Attending Doctor). Indicará el doctor asignado. En el caso de usar este mensaje para un cambio de médico, se enviará este campo junto con el PV1.19 donde se indicará el episodio asociado. El campo es repetible para permitir envío de varios identificadores del médico.
- Servicio asignado [PV1.10] (Hospital Service). Indicará el servicio asignado. En el caso de usar este mensaje para un cambio de servicio, se enviará este campo junto con el PV1.19 donde se indicará el episodio asociado.
- Episodio asociado [PV1.19] (Visit Number) En caso que se esté informando de un cambio de médico o servicio, es necesario añadir el número de episodio al que se refiere. En el resto de los casos (actualización de datos de paciente), este campo no se enviará.

3.8.2.1.Segmento PV2

En este caso, además sólo será necesario enviar los datos que se solicitan cambiar, por lo que todos los campos del segmento pasan a ser opcionales:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3		CE	RE	[0..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	

La descripción de cada campo se puede encontrar en el apartado de segmentos comunes. El segmento es idéntico, salvo que en este caso todos los campos son opcionales.

3.8.2.2.Segmento NK1

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.8.2.3.Segmento GT1.

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “ Datos de garantes [GT1].”.

3.9. Mensaje ADT^A11 (CANCEL ADMIT/VISIT NOTIFICATION).

Mensaje utilizado para la notificación de la cancelación de una admisión / ingreso de un paciente, bien sea por un error al realizar la admisión o por no poder realizar la admisión del paciente.

3.9.1. Evento disparador.

Corresponde a la cancelación/anulación de una admisión previa de un paciente (es el evento que cancela un A01 o un A04).

3.9.2. Estructura.

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

<u>ADT^A11^ADT_A09</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]

La información de los segmentos –copia de la del mensaje A01/A04 inicial- es la siguiente:

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se ha hecho efectiva la cancelación.
- 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**] Tipo de paciente, nº de episodio, etc.

3.9.2.1. Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ADT^A11^ADT_A09.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.9.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado la cancelación
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.9.2.3.Segmento PID.

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

3.9.2.4.Segmento PV1.

Este segmento contendrá la información útil para cancelar un ingreso.

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]	0004	Patient Class	Tipo de paciente
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente (en caso que sea un ingresado)
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	R	[1..1]	0007	Admission Type	Tipo de ingreso
10	3	IS	R	[1..1]	0069	Hospital Service	Servicio asignado
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

El segmento está constituido por los siguientes campos:

- Tipo de paciente [PV1.2] (Patient Class). Con información de tipo de paciente (I) ingresado o externo (O). El valor está recogido en la tabla 0004.
- Ubicación del paciente [PV1.3] (Assigned Patient Location). Si el paciente estaba ingresado, se envía la ubicación (que ahora estará disponible).
- Tipo de ingreso [PV1.4]. Corresponderá al tipo de ingreso que se está cancelando. Será el mismo valor que el enviado en el PV1.4 que inició el ingreso, y estará codificado en la tabla HL7 0007, descrita en el campo PV1.4 del mensaje ADT^A01.
- Servicio asignado [PV1.10]. Indicando el servicio al que estaba asignado en el ingreso.
- Número de episodio [PV1.19]. Codificado como CX.

3.10. Mensaje ADT^A12 (CANCEL TRANSFER).

Mensaje utilizado para comunicar la cancelación de un traslado de un paciente.

3.10.1. Evento disparador.

Corresponde al registro de la cancelación de un traslado de ubicación para un paciente ingresado. Es decir, cancela la información enviada previamente en un mensaje ADT^A02.

Durante el proceso de cancelación puede que la cama original del paciente esté ocupada o deshabilitada, por lo que la cama donde el paciente quede ubicado al final (PV1.3) puede ser distinta a la original.

3.10.2. Estructura.

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

<u>ADT^A12^ADT_A12</u>	<u>ADT_Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se ha hecho efectivo el ingreso.
- 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 la ubicación final del paciente, nº episodio asociado, etc.

3.10.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ADT^A12^ADT_A12.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.10.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado la cancelación
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar la cancelación
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.10.2.3.Segmento PID.

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

3.10.2.4.Segmento PV1.

Este segmento contendrá la información útil para cancelar la anterior orden de movimiento.

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]	I	Patient Class	Tipo de paciente
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
6		PL	R	[1..1]		Prior Patient Location	
6.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	Unidad donde estaba ubicado el paciente
6.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde estaba el paciente
6.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde estaba el paciente
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

El segmento está constituido por los siguientes campos:

- Tipo de paciente [PV1.2] (Patient Class). Valor fijo a "I", ya que es un ingresado..
- Ubicación del paciente [PV1.3] (Assigned Patient Location). Con la información de la cama en la que está realmente el paciente. Es posible que esta cama sea distinta a la que tenía el paciente antes del movimiento.
- Ubicación anterior del paciente [PV1.6] (Prior Patient Location). Con la información enviada previamente en el mensaje de movimiento, y que debe ser cancelada.
- Número de episodio [PV1.19]. Codificado como CX.

3.11. Mensaje ADT-A13 (Cancel Discharge / End Visit).

Mensaje a utilizar para la comunicación de la cancelación del alta de un paciente.

3.11.1.1.Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se cancela o anula una alta (salida) de un paciente registrada previamente. Es decir: cancela un ADT^A03

Durante el proceso de cancelación puede que la cama original del paciente esté ocupada o deshabilitada, por lo que la cama donde el paciente quede ubicado al final (PV1.3) puede ser distinta a la que el paciente tenía antes del alta..

3.11.2. Estructura.

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

<u>ADT^A13^ADT_A01</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Multiplicidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
{[ZSH]}	Prestaciones Realizadas	C	[0..n]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se ha hecho efectiva la cancelación.
- 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**]. Con la información sobre el ingreso original, la ubicación del paciente, el número de episodio asociado, médico y servicio, etc.
- Al igual que en el mensaje A03, cuando se trata de actividad de consultas externas, se ha añadido un segmento Z al final del mensaje (**ZSH**) con la información asociada a la cita que originó esta actividad y que habría sido notificada en un mensaje SIU^S12 (Descrito en la guía de gestión de agendas).

3.11.2.1.Segmento MSH.

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ADT^A13^ADT_A01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.11.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado la cancelación
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar la cancelación
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.

- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Habitualmente, este dato coincide con el anterior aunque este no tiene por que coincidir con la hora en la que se realice su registro.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.11.2.3.Segmento PID.

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

3.11.2.4.Segmento PV1.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	R	[1..1]	0007	Admission Type	Tipo de ingreso
6		PL	C	[0..1]		Prior Patient Location	Unidad donde estaba ubicado el paciente
6.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	
6.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	
6.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	
6.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
44	24	TS	R	[1..1]		Admit DateTime	Momento de ingreso.

El uso del segmento PV1 es similar al descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”. Se aclaran los siguientes puntos:

- El campo PV1.3 (Patient Location) informa de la actual ubicación del paciente, si es que está ingresado. Es posible que esta ubicación sea distinta a la que tenía el paciente antes del alta.
- El campo PV1.6 (Prior Patient Location) informa de la anterior ubicación del paciente, si es que estaba ingresado.

- El campo PV1.44 (Admit Date Time) corresponde con la fecha de ingreso, y ya no es coherente con EVN.6.

3.11.2.5.Segmento ZSH.

El segmento ZSH enviado es el mismo que el enviado en el ADT^A03 original, y se describe totalmente en ese mensaje.

3.12. Mensaje ADT^A14 (PENDING ADMIT).

Mensaje para la notificación para la reserva de camas.

3.12.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra una reserva anticipada de cama.

3.12.2. Estructura.

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

<u>ADT^A14^ADT_A05</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..1]

- Cabecera del mensaje **[MSH]**. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento **[EVN]**. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se hace efectiva la reserva.
- Datos de paciente **[PID]**. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). En la medida que se disponga de ella.
- En el segmento **[NK1]** se envían datos de personas asociadas al paciente (acompañantes, familiares, responsables de menores, etc.) cuando éstos sean relevantes.
- Datos de la visita **[PV1]**. Información sobre el origen del paciente, la ubicación a la que va destinado, tipo de ingreso, nº episodio asociado, etc, en la medida que se conozca.
- Datos adicionales de la visita **[PV2]**. Donde se indica la fecha para la que está previsto el ingreso real.
- Garante **[GT1]** Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.

3.12.2.1.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 ADT^A14^ADT_A05.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.12.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el traslado
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.12.2.3.Segmento PID.

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

3.12.2.4.Segmento NK1

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.12.2.5.Segmento PV1.

Para este mensaje, el segmento PV1 sólo contiene información respecto a la cama a reservar.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]	I	Patient Class	
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente

- El campo [PV1.2] “Tipo de paciente” (Patient Class), tiene valor “I” pues se trata de un futuro ingresado.
- El campo [PV1.3], (Assigned Patient Location) contiene la cama a reservar.

3.12.2.6.Segmento PV2.

Este segmento permite indicar la fecha para la que hay que reservar la cama:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
8	26	TS	R	[1..1]		Expected Admit Date/Time	Fecha programada de ingreso

- El campo [PV2.8], (Assigned Patient Location) contiene la fecha esperada de ingreso.

3.12.2.7.Segmento NK1

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.12.2.8.Segmento GT1.

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de garantes [GT1].”.

3.13. Mensaje ADT^A17 (SWAP PATIENTS).

Mensaje para la notificación de un intercambio de camas entre dos pacientes (o para notificar que ese mismo intercambio se ha anulado).

3.13.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra un intercambio de camas realizado entre dos pacientes. El mismo mensaje también permite anular un intercambio enviado previamente (en tal caso, en el segmento EVN se indicará que la causa es una cancelación).

3.13.2. Estructura.

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

<u>ADT^A17^ADT_A17</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient (1) Identification	R	[1..1]
PV1	Patient (1) Visit	R	[1..1]
PID	Patient (2) Identification	R	[1..1]
PV1	Patient (2) Visit	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se hace efectivo el cambio, y a si el cambio es nuevo o es una cancelación de uno previo.
- Datos de cada uno de los pacientes, en dos grupos:
 - a. Datos administrativos [**PID**]
 - b. Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre la ubicación final de cada paciente.

El primer par de segmentos PID, PV1 contiene los datos del primer paciente, y el segundo grupo de PID PV1, datos sobre el 2º paciente. Cada uno de los segmentos PV1 contiene la ubicación final de cada paciente.

3.13.2.1. 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 ADT^A17^ADT_A17

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.13.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el cambio
4	3		C	[0..1]		Event Reason Code	Motivo del intercambio
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar el cambio.
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Motivo del intercambio [EVN.4] Sólo debe enviarse en caso de que se trate de una cancelación de un intercambio anterior. En este caso, el campo tendrá valor "CA".
- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real del traslado (en el caso de la cancelación, coincide con EVN.2).
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.13.2.3.Segmento PID.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes "Datos simplificados de pacientes [PID]".

3.13.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, es necesario añadir algunos campos nuevos al definido en segmentos comunes, "Datos de visita [PV1]",

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - PV1	
2	1	IS	R	[1..1]	I	Patient Class	Tipo de paciente
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
6		PL	C	[0..1]		Prior Patient Location	
6.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	Unidad donde estaba ubicado el paciente
6.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	Habitación
6.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde estaba el paciente
6.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde estaba el paciente
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

- El campo setID [PV1.1] tendrá valor 1 o 2 en función de si es el primer o segundo segmento.
- El campo clase de paciente [PV1.2] estará fijo a I ya que se trata de pacientes ingresados.
- El campo [PV1.3].(Assigned Patient Location) indicará la ubicación final de cada paciente.
- En caso que se trate de una cancelación, se enviará el campo [PV1.6] (Prior patient location) con la ubicación anterior de cada paciente.
- El campo número de episodio PV1.19 contiene el número de episodio del paciente.

3.14. Mensaje ADT^A20 (Bed Status Update).

Mensaje utilizado para comunicar cambios en la gestión de camas desde la aplicación de gestión de ingresos.

3.14.1. Evento disparador.

Los motivos de envío de este mensaje son:

- Se da de alta una nueva cama en el centro.
- Se da de baja una cama existente.
- Se realiza un cambio de estado de una cama, tomando como referencia uno de los estados posibles siguientes (correspondientes a los tipificados en la tabla de valores permitidos del campo BedStatus):

3.14.2. Estructura.

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

<u>ADT^A20^ADT_A20</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
NPU	Non-Patient Update	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se hace efectivo el cambio.
- Datos de la cama a actualizar, en el segmento [**NPU**].

3.14.2.1.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 ADT^A20^ADT_A20

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.14.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el cambio
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar el cambio.
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real del cambio.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.14.2.3.Segmento NPU.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME	CONTENIDO
1	80	PL	R	[1..1]		Bed Location	
1.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	Unidad de enfermería
1.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	Habitación
1.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	Cama
1.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio
1.6	20	IS	RE	[0..1]	0305	Person Location Type	Tipo de ubicación
2	1	IS	R	[1..1]	0116	Bed Status	Estado de la ubicación

- NPU.1 Ubicación (Bed Location). Este campo contiene información sobre el estado de la cama a gestionar. Está compuesto por los siguientes componentes
 - o (NPU.1.1) Identificador de la unidad de enfermería (BedLocation/PointOfCare)
 - o (NPU.1.2) Número de habitación (Room)
 - o (NPU.1.3) Número de cama (Bed)
 - o (NPU.1.4.1) Identificador de la organización (Facility/NamespaceID), que se corresponde con el código del centro y que es un valor del campo código de la tabla de centros.

- o (NPU.1.6) Tipo de la ubicación. (Person Location Type). Permite indicar el tipo de ubicación (a alto nivel):

Tabla 0305 Estado de la ubicación (tabla extendida para SACYL)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
BOX	BOX DE URGENCIAS
NUP	CAMA EN UNIDAD DE ENFERMERÍA PERMANENTE
NUT	CAMA EN UNIDAD DE ENFERMERÍA TEMPORAL (Cama supletoria)
BAB	CUNA
INC	INCUBADORA
BOY	NIÑO
SP	ESPECIAL

- NPU.2 Estado de la ubicación. (Bed Status). Es un código que indica el estado de la ubicación que se envía.

Tabla 0116 Estado de la ubicación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
C	CERRADA
H	EN LIMPIEZA
I	AISLADA
K	CONTAMINADA
O	OCUPADA
U	DESOCUPADA
B	BAJA (Eliminación de cama)**
A	ALTA (Incorporación nueva cama)**

**Estados no definidos en el Standard HL7.

3.15. Mensaje ADT^A21 (Patient Goes on a Leave of Absence).

Mensaje para la notificación de altas durante un periodo corto (conocidas como “altas de fin de semana”).

3.15.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra un alta de fin de semana (o permiso temporal equivalente) para un paciente.

3.15.2. Estructura.

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

<u>ADT^A21^ADT_A21</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se hace efectiva el alta.
- Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre el origen del paciente, la ubicación a la que va destinado, motivo de ingreso, nº episodio asociado, etc, en la medida que se conozca.
- Datos adicionales de la visita [**PV2**]. Donde se indica la fecha para la que está previsto el retorno de la ausencia.

3.15.2.1.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 ADT^A21^ADT_A21.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.15.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el alta
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento de inicio de ausencia
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Momento de inicio de ausencia [EVN.6] Momento a partir del cual el alta temporal es efectiva.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.15.2.3.Segmento PID.

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

3.15.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, el segmento PV1 sólo contiene información respecto a la cama (que queda libre durante la ausencia).

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]	I	Patient Class	Tipo de paciente
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente

- El campo [PV1.2] “Tipo de paciente” (Patient Class), tiene valor “I” pues se trata de un ingresado.
- El campo [PV1.3], (Assigned Patient Location) contiene la cama a liberar durante la ausencia.

3.15.2.5.Segmento PV2.

Este segmento permite indicar la fecha para la que se espera el regreso de la ausencia:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
47	26	TS	R	[1..1]		Expected LOA Return Date/Time	Fecha programada de ingreso

- El campo [PV2.47], contiene la fecha esperada del regreso del paciente.

3.16. Mensaje ADT^A22 (Patient Returns From a Leave of Absence).

Mensaje para la notificación del regreso de un alta de un periodo corto, habitualmente vacacional (es el regreso de un “alta de fin de semana”).

3.16.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra un regreso de alta de fin de semana (o permiso temporal equivalente) para un paciente.

3.16.2. Estructura.

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

<u>ADT^A22^ADT_A21</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Status</u>	<u>Chapter</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [MSH]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [EVN]. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se hace efectiva el re-ingreso.
- Datos de la visita [PV1]. Información sobre el origen del paciente, la ubicación a la que va destinado, motivo de ingreso, nº episodio asociado, etc, en la medida que se conozca.
- Datos adicionales de la visita [PV2]. Donde se indica la fecha para la que estaba previsto originalmente el retorno de la ausencia.

3.16.2.1.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 ADT^A22^ADT_A21.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.16.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el alta
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento de fin de ausencia
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Momento de fin de ausencia [EVN.6] Momento a partir del cual el paciente vuelve a estar ingresado.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.16.2.3.Segmento PID.

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

3.16.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, el segmento PV1 sólo contiene información respecto a la cama del paciente.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]	I	Patient Class	
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
6		PL	C	[0..1]		Prior Patient Location	Unidad donde está ubicado el paciente
6.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	
6.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	
6.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	
6.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	

- El campo [PV1.2] “Tipo de paciente” (Patient Class), tiene valor “I” pues se trata de un ingresado.
- El campo [PV1.3], (Assigned Patient Location) contiene la cama donde regresa el paciente
- El campo [PV1.6], (Prior Patient Location) En el caso que un paciente regrese a una cama diferente a la que tenía asignada en el alta.

3.16.2.5.Segmento PV2.

Este segmento permite indicar la fecha para la que se esperaba el regreso de la ausencia:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
47	26	TS	R	[1..1]		Expected LOA Return Date/Time	Fecha programada de ingreso

- El campo [PV2.47], contiene la fecha programada originalmente para el regreso del paciente.

3.17. Mensaje ADT^A27 (Cancel Pending Admit).

Mensaje usado en la notificación para la cancelación de una reserva de cama realizada previamente.

3.17.1. Evento disparador.

Este mensaje se transmite cuando se registra una anulación o cancelación en una reserva anticipada de cama (notificada previamente con un mensaje ADT^A14).

3.17.2. Estructura.

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

<u>ADT^A27^ADT_A21</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se ha registrado la cancelación.
- 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 la reserva original.

3.17.2.1.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 ADT^A27^ADT_A21

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.17.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el traslado
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.17.2.3.Segmento PID.

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

3.17.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, el segmento PV1 sólo contiene información respecto a la cama a reservar.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]	I	Patient Class	
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	Unidad donde está ubicado el paciente
3.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	
3.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	Habitación
3.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente

- El campo [PV1.2] “Tipo de paciente” (Patient Class), tiene valor “I” pues se trata de un futuro ingresado.
- El campo [PV1.3], (Assigned Patient Location) contiene la cama que se quería reservar y por tanto queda libre.

3.18. Mensaje ADT^28 (Add Person or Patient Information)

Este mensaje permite notificar la creación de un nuevo paciente en el registro del HIS. No está asociado con una visita.

3.18.1. Evento disparador.

Este mensaje indica que se ha creado un nuevo paciente en el sistema registro de pacientes. Este acto no está asociado a la presencia del paciente en el centro, sino que puede haber venido motivado por una solicitud administrativa.

3.18.2. Estructura.

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

<u>ADT^A28^ADT_A05</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[{ GT1 }]	Guarantor	RE	[0..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se ha registrado el nuevo paciente.
- Datos de paciente [**PID**]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). Contendrá el nuevo identificador dado por el sistema, así como todos aquellos que conozca del mismo.
- El segmento [**PV1**] se incluye por detalles de compatibilidad con versiones anteriores, pero no mantiene información útil.
- Garante [**GT1**] Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.

3.18.2.1.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 ADT^A28^ADT_A05

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.18.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el paciente
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time), que se envía en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] Sistema que produce el evento.

3.18.2.3.Segmento PID.

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

En este mensaje, el segmento PID puede contener en el PID.3 otros identificadores fuera del rango de los definidos en la guía, y que correspondan a identificadores asignados por aplicaciones externas y comunicadas al registro de pacientes previamente. Esta situación permitiría a otras aplicaciones detectar que pacientes que habían sido datos de alta localmente ahora han recibido un identificador en el registro de pacientes.

Los indicadores específicos de aplicaciones se envían de la siguiente manera:

- PID.3.4.1 será el identificador de la aplicación,
- PID.3.5 será “PN” (identificador de persona)
- PID.3.9 indicará que el conjunto anterior de valores sólo tiene validez en Castilla y León. (PID.3.9.1=“CL” Y PID.3.9.3=“ ISO3166-2”).

3.18.2.4.Segmento [PV1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]	N	Patient Class	

Este segmento, en este mensaje se incluye sólo para asegurar su compatibilidad con versiones anteriores. Únicamente contiene el campo PV1.2 con el valor a “N” (No aplica).

- Tipo de paciente. [PV1.2] (Patient Class). Es un valor de la siguiente tabla:.

Tabla 0004

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	NO APLICA

3.18.2.5.Segmento GT1.

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “ Datos de garantes [GT1].”.

3.19. Mensaje ADT^A40 (Merge Patient-Patient Identifier List).

Mensaje utilizado para informar de la fusión de los datos de un paciente duplicado sobre un único registro.

3.19.1. Evento disparador.

Este mensaje se genera al fusionarse dos historias clínicas de un mismo paciente o al pasar el número de historia clínica provisional a definitivo.

- En el primer caso, este mensaje se transmite cuando se realiza una unificación manual de datos de un paciente, es decir, cuando se detecta la existencia de duplicidad de datos relativos a un mismo paciente y se lleva a cabo un proceso de unificación de los mismos.
- En el segundo caso, se genera el mensaje en el momento en que un paciente con número provisional de historia clínica es hospitalizado, realizándose de forma automática por parte de la aplicación HIS.

3.19.2. Estructura.

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

<u>ADT^A40^ADT_A39</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
MRG	Merge Information	R	[1..1]
	--- PATIENT end		

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se registra la fusión.
- Datos del paciente [**PID**]. Con la información administrativa del paciente que pertenece tras la fusión.
- Los números de historia que desaparecen y se fusionan con el del PID se indican en el segmento [**MRG**].

3.19.2.1.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 ADT^A40^ADT_A39

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.19.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el traslado
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.19.2.3.Segmento PID.

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

3.19.2.4.Segmento MRG.

Este segmento contiene el número de historia que se va a fusionar y desaparecer.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME	CONTENIDO
1	CX		R	[1..1]		Prior Patient Identifier List	

- El número de historia del paciente que va a desaparecer se indica en el MRG.1, codificado en un campo CX como se describe en el documento de elementos comunes.

3.20. Mensaje ADT^A45 (Move Visit Information - Visit Number).

Mensaje utilizado para informar de un “traspaso de episodio” (un episodio deja de estar asociado a un paciente para estar asociado a otro).

3.20.1. Evento disparador.

Este mensaje se genera cuando desde un sistema HIS se descubre un fallo en la identificación de un paciente durante un proceso asistencial, y se procede a cambiar la asociación del episodio de un número de historia clínica a otro. El cambio puede darse sobre un episodio “activo” (con el paciente en el hospital) o sobre uno ya cerrado (al que se dio el alta). El traspaso puede estar asociado a cualquier tipo de episodio (hospitalización, de radiología, de urgencias, de consultas externas, quirófano, etc.).

Este mensaje indica no sólo el traslado de un episodio de un paciente a otro, sino que también permite indicar que el episodio ha cambiado de identificador.

Actualmente, en los hospitales de Sacyl no está en activo el concepto de “proceso asistencial”, y los episodios (visitas) se asocian directamente al paciente y no a procesos.

3.20.2. Estructura.

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

<u>ADT^A45^ADT_A45</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- MERGE_INFO begin	R	[1..1]
MRG	Merge Information	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- MERGE_INFO end		

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se registra y cuándo se ha hecho el traspaso.
- Datos del paciente [**PID**]. Con la información administrativa del paciente al que se va a traspasar los episodios.
- Los identificadores del episodio que se traspasa y del paciente al que estaba asociado se indican en el segmento [**MRG**].
- Los datos del episodio que se traspasa se indican en el segmento [**PV1**].

En el caso que el episodio siga teniendo el mismo identificador, los identificadores de episodio de PV1 y MRG coincidirán. Sin embargo, en el caso que el episodio tenga un nuevo identificador, el segmento PV1 contendrá el nuevo identificador.

3.20.2.1.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 ADT^A45^ADT_A45

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.20.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el traslado
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en que es efectivo el traspaso de episodio.
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Momento de traspaso [EVN.6]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) en que es efectivo el traspaso, en formato AAAAMMDDHHMM.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.20.2.3.Segmento PID.

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos simplificados de paciente [PID]”. Este segmento permitirá identificar el paciente al que finalmente queda asociada la información del episodio.

En el futuro, con la implementación de “procesos asistenciales” este segmento contendría la identificación del proceso al que se vincula el episodio en el campo PV1.18.

3.20.2.4.Segmento MRG.

Este segmento contiene el identificador del paciente al que estaba previamente asociado el episodio (en concreto su número de historia clínica) que se va a fusionar y desaparecer.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME	CONTENIDO
1	CX		R	[1..1]		Prior Patient Identifier List	Identificador de paciente al que estaba asociado previamente el episodio (su Número de Historia Clínica).
5	CX		R	[1..1]		Prior Visit Number	Número de episodio a traspasar

- El número de historia clínica del paciente al que estaba asociado al paciente se indica en el MRG.1, codificado en un campo CX como se describe en el documento de elementos comunes.
- El número de episodio que se traspasa se indica en el campo MRG.5, codificado en un campo CX como se describe en el documento de segmentos comunes. En caso que el episodio conserve el identificador, será idéntico al que se envíe en el segmento PV1.

3.20.2.1.Segmento PV1.

Este segmento contendrá los datos del episodio traspasado. En caso que tenga un nuevo identificador contendrá el valor del nuevo identificador.

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
19	CX		R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

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 HL7 0004,
 - Si el paciente se conoce que está ingresado tendrá valor "I".
 - Si no está ingresado, o no se conoce su estado tendrá valor "U".
- 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.
Este identificador coincidirá con el indicado en el segmento MRG (campo MRG.5), salvo cuando se esté asignando un nuevo número de episodio en cuyo caso será un identificador nuevo.

3.21. Mensaje ADT^A52 (Cancel Leave of Absence for a Patient).

Mensaje para la cancelación de una previa notificación de altas durante un periodo corto (conocidas como “altas de fin de semana”).

3.21.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra la cancelación un alta de fin de semana (o permiso temporal equivalente) para un paciente, bien por un error en el registro o por un cambio de decisión facultativa.

3.21.2. Estructura.

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

<u>ADT^A52^ADT_A52</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se hace efectiva la cancelación.
- 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, la ubicación a la que va destinado, motivo de ingreso, nº episodio asociado, etc, en la medida que se conozca.
- Datos adicionales de la visita [**PV2**]. Donde se indica la fecha para la que estaba previsto el retorno de la ausencia.

3.21.2.1.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 ADT^A52^ADT_A52.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.21.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el alta
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en que la cancelación es efectiva.
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	Momento de cancelación
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Momento de cancelación [EVN.6] Momento a partir del cual la cancelación es efectiva.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema que produce el evento.

3.21.2.3.Segmento PID.

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

3.21.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, el segmento PV1 sólo contiene información respecto a la cama en la que está el paciente.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]	I	Patient Class	
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
6		PL	C	[0..1]		Prior Patient Location	Unidad donde está ubicado el paciente
6.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	
6.2	20	IS	R	[1..1]	0303	Room	
6.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	
6.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	

- El campo [PV1.2] “Tipo de paciente” (Patient Class), tiene valor “I” pues se trata de un ingresado.
- El campo [PV1.3], (Assigned Patient Location) contiene la cama donde está el paciente.
- El campo [PV1.6] (Prior Patient Location) contiene la cama donde estaba el paciente asignado en el momento del alta. Se envía sólo en el caso en el que el paciente no pueda regresar a la cama que tenía asignada originalmente.

3.21.2.5.Segmento PV2.

Este segmento permite indicar la fecha para la que se esperaba el regreso de la ausencia:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
47	26	TS	R	[1..1]		Expected LOA Return Date/Time	Fecha programada de ingreso

- El campo [PV2.47], contiene la fecha para la que se esperaba el regreso del paciente.

3.22. Mensaje ADT^A53 (Cancel Patient Returns From a Leave of Absence).

Mensaje para cancelar una previa notificación del regreso de un alta de un periodo corto, habitualmente vacacional (es el regreso de un “alta de fin de semana”).

3.22.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se cancela un registro previo de un regreso de alta de fin de semana (o permiso temporal equivalente) para un paciente. Habitualmente debido a un error en el registro.

3.22.2. Estructura.

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

<u>ADT^A53^ADT_A52</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
PV2	Patient Visit - Additional Info.	R	[1..1]

- Cabecera del mensaje [MSH]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [EVN]. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se hace efectiva la cancelación.
- 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, la ubicación a la que va destinado, motivo de ingreso, nº episodio asociado, etc, en la medida que se conozca.
- Datos adicionales de la visita [PV2]. Donde se indica la fecha para la que está previsto el retorno de la ausencia.

3.22.2.1.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 ADT^A53^ADT_A52.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.22.2.2.Segmento EVN.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el alta
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento de fin de ausencia
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Momento de fin de ausencia [EVN.6] Momento a partir del cual el paciente vuelve a estar ingresado.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] Sistema que produce el evento.

3.22.2.3.Segmento PID.

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

3.22.2.4.Segmento PV1.

Para este mensaje, el segmento PV1 sólo contiene información respecto a la cama del paciente.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]	I	Patient Class	
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente

- El campo [PV1.2] "Tipo de paciente" (Patient Class), tiene valor "I" pues se trata de un ingresado.
- El campo [PV1.3], (Assigned Patient Location) contiene la cama donde estaba el paciente.

3.22.2.5.Segmento PV2.

Este segmento permite indicar la fecha para la que se espera el regreso de la ausencia:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
47	26	TS	R	[1..1]		Expected LOA Return Date/Time	Fecha programada de ingreso

- El campo [PV2.47], contiene la fecha programada para el regreso del paciente.

3.23. Mensaje ACK aplicación (Application ACKnowledge).

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

3.23.1. Evento disparador.

Siempre que se produzca un error al procesar la información del mensaje, y el MSH.16 (Application Acknowledgement 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).

3.23.2. 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.

3.23.2.1.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.

3.23.2.2.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.

3.23.2.3.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 definidos 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 definidos en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

4.1.3. Datos simplificados de paciente [PID]

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

4.1.4. Datos de garantes [GT1]

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

4.1.5. Datos de asociados al paciente [NK1].

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 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	R	[1..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 (ICU)
20		FC	R	[1..1]		Financial Class	
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.

- 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	PROGRAMADO
2	URGENTE DE URGENCIAS
3	PROCEDENTE DE CIRUGÍA.AMBULATORIA (CA).
9	RECIENTE NACIDO PATOLOGICO
23	URGENTE DE CONSULTAS EXT.
25	URGENTE DE CIRUGÍA.AMBULATORIA
26	URGENTE DE HOSP. DE DÍA
27,30	TRASLADO OTRO HOSPITAL (AGUDOS)
28,31	TRASLADO DE OTRO HOSPITAL
29	INGRESO JUDICIAL
32	INGRESO JUDICIAL
33	PROGRAMADO NO LISTA DE ESPERA.
91	ORIGEN : TECNICA ESPECIAL
92	ORIGEN : HOSPITAL DE DIA
93	INTEGRACION HOSPITAL PROVINCIAL

- 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
1	SEGURIDAD SOCIAL
2	ESTADO
3	COMUNIDAD AUTÓNOMA
4	ENTES TERRITORIALES
5	ACCIDENTES DE TRAFICO
6	EMPRESAS COLABORADORAS
7	PARTICULARES
8	ACCIDENTES DE TRABAJO /E. PROF.
9	CONVENIOS INTERNACIONALES
10	INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

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

4.1.7. 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	INGRESO-ALTA
2	T. CAMA
3	T. SERVICIO-MEDICO
4	T. MEDICO
5	T. CAMA-U. ENFER.
6	T. SERVICIO-MEDICO-U. ENFER.
7	T. U. ENFER.-MEDICO

- 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.

4.1.8. Diagnóstico [DG1]

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - DG1	Set ID
2	2	ID	R	[1..1]		Diagnosis Coding Method	Codificación diagnostico
3	CE		R	[1..1]	0051	Diagnosis Code - DG1	
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del diagnóstico
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del diagnóstico
3.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	Sistema de codificación del diagnóstico
6	2	IS	R	[1..1]	0052	Diagnosis Type	Tipo de diagnóstico
16	XCN		R	[1..1]		Diagnosing Clinician	Profesional que realiza el diagnóstico

Este segmento contiene información sobre el diagnóstico realizado al paciente. Los datos de este segmento están distribuidos de la siguiente forma:

- El identificador [DG1.1] del nº de repeticiones (SetID) que aparece este segmento en el mensaje.
- Código de diagnóstico [DG1.2]. Valor necesario por el estándar por compatibilidad hace atrás. Tiene el mismo valor que el DG1.3.3.
- El diagnóstico [DG1.3] (DiagnosisCode), codificado en un CE, de la siguiente manera:
 - o CE.1: El código del diagnóstico (Identifier), si es que el diagnóstico está codificado.
 - o CE.2: La descripción del diagnóstico (Text). Este dato es obligatorio.
 - o CE.3: Sólo en el caso que CE.1 tenga valor, este campo debe indicar el sistema de codificación utilizado. Por defecto será la CIE9-MC (I9C) ©.

- El tipo de diagnóstico [DG1.6] (Diagnosis Type), que recoge uno de los códigos relacionados en la tabla de valores permitidos para este campo.

Tabla 0052 Tipos de Diagnóstico (tabla ampliada)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	ADMISIÓN
F	DEFINITIVO
W	EN DESARROLLO
0	NO DIAGNOSTICO
1	D. PRINCIPAL **
2	D. SECUNDARIO **
3	D. INGRESO **
4	PRIMER PROC. **
5	OTROS PROCEDIM. **
6	P. INGRESO **
7	CODIGOS E **
8	CODIGOS M **
9	CODIGOS V **

**Estados no definidos en el Standard HL7.

- El código del profesional que realiza el diagnóstico (DiagnosisClinician/IdNumber), codificado como XCN.

•

Guía de mensajería para gestión de pacientes (extensión solicitudes y consultas)

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

Versión 1.2 19/11/2009

1. INTRODUCCIÓN	4
2. PERFIL DE MENSAJES PARA PROVEEDOR DE DATOS DE PACIENTES	4
2.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	4
2.2. CASO DE USO.	4
2.3. ROLES DE APLICACIÓN.....	5
2.4. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	7
2.5. MENSAJE QBP^Q22_QBP_Q21 [GET PERSON DEMOGRAPHICS]	7
2.6. MENSAJE RSP^K22_RSP_K21 [RESPONSE TO FIND CANDIDATES].....	11
2.7. MENSAJE QBP^Q32^QBP_Q21 [FIND CANDIDATES INCLUDING VISIT INFORMATION]	13
2.8. MENSAJE RSP^K32^RSP_K32 [RESPONSE TO FIND CANDIDATES INCLUDING VISIT INFORMATION].....	18
3. PERFIL DE MENSAJES PARA REGISTRO DE PACIENTES	24
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	24
3.1. CASO DE USO	24
3.2. ROLES DE APLICACIÓN.....	25
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	25
3.4. MENSAJE ADT^A28 [ADD PERSON OR PATIENT INFORMATION].....	27
3.5. MENSAJE ADT^A31 [UPDATE PERSON OR PATIENT INFORMATION].....	28

1. Introducción

Este documento es un anexo a las guías de pacientes de SACYL. Concentra los documentos de consulta así como de creación de nuevas filiaciones.

2. PERFIL DE MENSAJES PARA PROVEEDOR DE DATOS DE PACIENTES

2.1. Definición del perfil de mensajería.

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

2.2. Caso de uso.

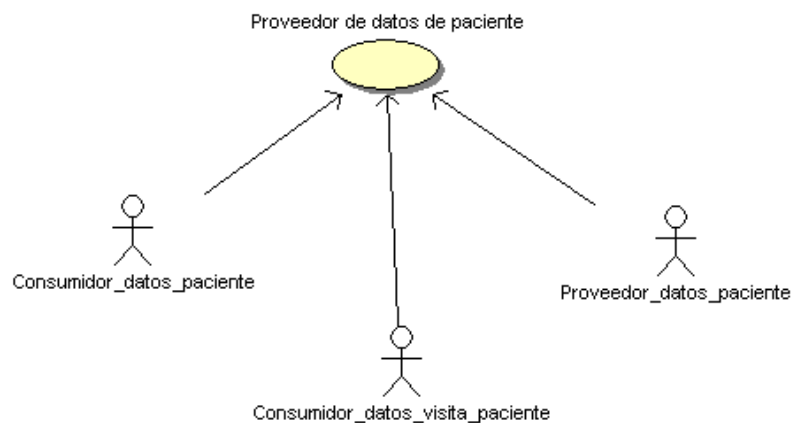
El propósito de este perfil es ofrecer un conjunto de interacciones que fijen el intercambio de datos de uno o varios pacientes en base a una serie de datos (nombre, apellidos, dni, nass, etc....)

La interacción será iniciada por cualquier sistema, y se dirigirá al servicios que proporcione esta información.

Los objetivos de este perfil serán poder ofrecer a toda aplicación las siguientes funcionalidades:

- Recuperación de lista de pacientes en función de datos administrativos. El mensaje irá destinado al servicio de consulta genérico, esperando como respuesta una lista de pacientes y sus datos principales (CIP, nombre, apellidos, etc.)
- Recuperación de datos completos de un usuario a través de su CIP. El mensaje irá destinado al servicio de consulta vía CIP, esperando como respuesta los datos completos de un paciente.

- Recuperación de datos completos de un paciente a través de su NHC. El mensaje irá destinado al servicio de consulta vía NHC, esperando como respuesta los datos completos de un paciente.
- Recuperar información asociada a un paciente (su NHC, su ubicación, episodios abiertos, etc...) a partir de un identificador del paciente (NHC, CIP, DNI, etc.) o un identificador del centro (nº de episodio)



2.3. Roles de aplicación

Consumidor de datos de pacientes

Sus responsabilidades comprenden:

- Generar y enviar mensajes QBP^Q22_QBP_Q21 a la aplicación definida como proveedora de mensajería.
- Esperar como respuesta mensajes RSP^K22_RSP_K21 y recuperar la información de datos de pacientes de los mismos.

Consumidor de datos de visita de pacientes

Sus responsabilidades comprenden:

- Generar y enviar mensajes QBP^Q32_QBP_Q21 a la aplicación definida como proveedora de mensajería.
- Esperar como respuesta mensajes RSP^K32_RSP_K32 y recuperar la información de datos de pacientes de los mismos.

Proveedor de datos de pacientes

Éste es el rol que asume el servicio de admisión del hospital, que habitualmente está integrado en el HIS. Sus responsabilidades comprenden:

- Ser capaz de recibir y procesar mensajes QBP^Q22_QBP_Q21.

En respuesta, generará un mensaje RSP^K22_RSP_K21 con las siguientes condiciones:

- o Si la consulta lleva un CIP o un NHC como identificador sólo enviará un único registro (o ninguno) como respuesta, con todo el detalle de datos administrativos que le sea posible.
- o Si la consulta contiene un identificador NIF, CIP, o NASS de tamaño menor que el que debe ser, se realizará una búsqueda usando el identificador pasado como la raíz del mismo.
- o La aplicación responderá las consultas con todo el nivel de detalle de datos administrativos que posea.
- o Si el número de pacientes encontrados supera un criterio máximo, se responderá al sistema consultor con un error.

- Ser capaz de recibir y procesar mensajes QBP^Q32_QBP_Q21.

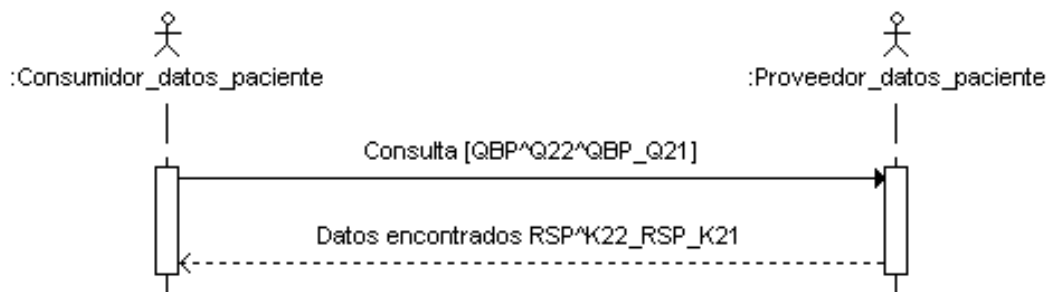
En respuesta, generará un mensaje RSP^K32_RSP_K32 con las siguientes condiciones:

- o Si la consulta no lleva un número de visita, responderá con un error.
- o Si la consulta contiene un identificador NIF, CIP, o NASS de tamaño menor que el que debe ser, se realizará una búsqueda usando el identificador pasado como la raíz del mismo.
- o La aplicación responderá las consultas con todo el nivel de detalle de datos administrativos que posea.

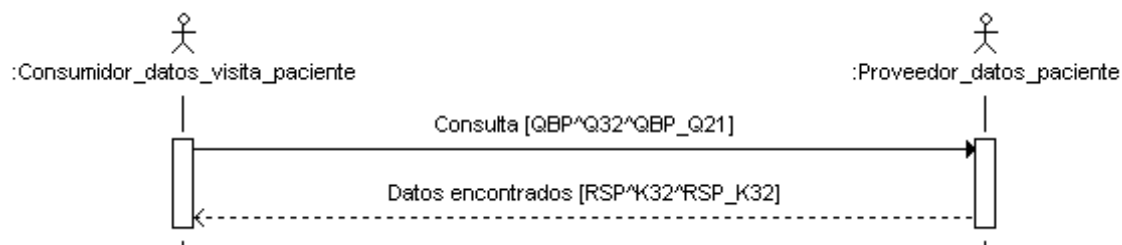
2.4. Definición dinámica.

2.4.1. Diagrama de interacción.

Para una consulta por datos demográficos



Para una consulta por datos de visita



2.5. Mensaje *QBP^Q22_QBP_Q21 [Get Person Demographics]*

Este mensaje define el inicio de una interacción "Consulta de candidatos".

2.5.1. Evento disparador.

Esta consulta será iniciada por cualquier sistema que necesite conocer los datos de un paciente a partir de datos de identidad (DNI, NIF, NHC,...) o administrativos (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, etc..)

2.5.2. Estructura.

Su estructura abstracta es la siguiente:

<u>OBP^Q22 OBP Q21</u>	<u>Q22 Find Candidates</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
QPD	Query Parameter Definition Segment	R	[1..1]
RCP	Response Control Parameters	R	[1..1]

El mensaje solicita una lista de pacientes que coincida con los criterios establecidos en el segmento QPD, con el máximo detalle de datos administrativos que el sistema admita.

El mensaje, se organiza de la siguiente manera:

- **Cabecera** (segmento MSH). Detalles de envío y recepción propios de la capa de transmisión (emisor, receptor, codificación, versión, id del mensaje, etc.).
- **Consulta** (segmento QPD). Datos con los que ejecutar la consulta.
- **Tratamiento de la consulta** (segmento RCP). Datos relativos a cómo debe ser atendida la consulta (Ej.: prioridad). Para el escenario presentado, no son relevantes.

Los parámetros de la consulta (definidos en el segmento QPD) son los siguientes:

Field Name	Key/ Search	Sort	LEN	TYPE	Opt	Rep	Match Op	ElementName
DemographicsFields				QIP	R	Y		

Y se especifican de la siguiente manera:

Input Parameter	Comp. Name	DT	Description
DemographicsFields		QIP	Components: <segment field name (ST)> ^ <value1 (ST) & value2 (ST) & value3 (ST...>

Es decir, el campo QPD.3 del segmento QPD es de tipo QIP y es repetible, consistiendo en un par de elementos de la forma <elemento (QIP.1)> <valor (QIP.2)>, donde el “elemento” corresponde a alguno de los campos del segmento PID. En concreto, los posibles valores para el valor del “elemento” (QIP.1) son los siguientes:

Tabla de valores de QIP.1 aceptados

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
@PID.5.2	Nombre del paciente
@PID.5.1.1	1º Apellido del paciente
@PID.6.1.1	2º Apellido del paciente
@PID.7.1	Fecha de nacimiento (AAAAMMDD)
@PID.8	Sexo del paciente
@PID.3.1-CIPSNS	CIP SNS
@PID.3.1-NIFESP	NIF
@PID.3.1-NASSESP	Número de la Seguridad Social
@PID.3.1-NHC_CODHOSP	NHC en el complejo hospitalario caracterizado por CODHOSP

2.5.3. Segmentos

2.5.3.1.Dato de cabecera de consulta [MSH].

Este segmento se ajusta a las reglas definidas en el apartado de segmentos comunes.

La única particularidad es que en este caso el valor del tipo de mensaje será "QBP^Q22_QBP_Q21".

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

2.5.3.2.Datos de consulta [QPD].

El segmento QPD corresponde al método “Consulta por parámetro”. Su declaración depende del mensaje en el cual está definido.

La estructura del segmento para la consulta de pacientes se define de la siguiente manera:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	CE	R	[1..1]	0471	Message Query Name		
1.1	3	ST	RE	[0..1]	Identifier		Código de conformance bajo el que está definida la consulta
1.2	20	ST	R	[1..1]	Text		Descripción de la conformance bajo el que está definida la consulta
1.3	7	ID	C	[0..1]	HL70471	Name of Coding System	
2	199	ST	R	[1..1]	Query Tag		Identificador único de la consulta
3	QIP	R	[1..n]		DemographicsFields		
3.1	20	ID	R	[1..1]	Segment Field Name		Nombre del campo
3.2	999	ST	R	[1..1]	Value		Valor

Los elementos se definen de la siguiente manera:

- *Conformance de la Consulta* [QPB.1]: Su valor queda fijado por el estándar HL7, al ser una consulta definida. Los valores de sus campos son:
 - *Consulta de usuarios (QBP^Q22)*
 - CE-1: “Q22”.
 - CE-2: “Find Candidates”.
 - CE-3: “HL70471”.
- *Identificador de la Consulta* [QPB.2]: Un identificador alfanumérico único que identifica la consulta. Debe ser nuevo y único para cada interacción.
- *Datos sobre la consulta* [QPB.3]: Cada uno de los elementos QPB.3 es de tipo QIP y define una condición de consulta. Ésta está expresada a través de un par de elementos estructurados como clave (QIP.1)/ valor (QIP.2).

Los posibles valores del elemento QIP.1 representan los distintos campos por los que se puede restringir la búsqueda y están definidos en la tabla de tipos de QIP aceptados (descrita anteriormente, bajo la sección de estructura del mensaje).

2.5.3.3.Datos ampliados de consulta [RCP].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	ID	2	R	[1..1]		Query Prioriy	Prioridad de consulta

Todas las consultas realizadas son de la máxima prioridad. Por lo tanto el campo RCP.1 “Prioridad de la consulta” debe tener valor “I” (solicitando respuesta inmediata).

- *Prioridad de la Consulta* [RCP.1^R]: “I”.

2.6.Mensaje RSP^K22_RSP_K21 [Response to Find Candidates]

Este mensaje corresponde al inmediatamente generado como contestación a una consulta de candidatos (QBP^Q22).

2.6.1. Evento disparador.

Este mensaje debe enviarse con los resultados de la búsqueda solicitada por el mensaje QBP^Q22.

2.6.2. Estructura.

La definición de estructura abstracta para el mensaje es la siguiente:

<u>RSP^K22</u>	<u>K22 Response to Find Candidates</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgement	R	[1..1]
[ERR]	Error	C	[0..1]
QAK	Query Acknowledgement	R	[1..1]
QPD	Query Parameter Definition Segment	R	[1..1]
{[	--- QUERY_RESPONSE begin	C	[0..k]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
]}	--- QUERY_RESPONSE end		

El payload del mensaje contiene ninguno o varios segmentos PID, que corresponde a los distintos pacientes que coincidan con el criterio solicitado, con el máximo detalle de datos administrativos posible.

En caso de haberse producido un error, se incorpora el segmento ERR con los datos del mismo (en este caso no habrá ningún segmento PID).

Los datos enviados en el mensaje son los siguientes:

- Cabecera (segmento MSH). Detalles de envío y recepción propios de la capa de transmisión (emisor, receptor, codificación, versión, id del mensaje, etc.). Dado que es una respuesta, contendrá datos asociados a la cabecera de la consulta.
- Datos de aceptación (segmento MSA). Datos relativos al procesamiento del mensaje al que se está contestando, así como de si ha ocurrido algún error.
- Datos de la consulta (segmento QAK). Datos relativos al procesamiento de la consulta al que se está contestando. Ej: nº de registros retornados.
- Datos de error (segmento ERR). En caso de producirse un error, contendrá el detalle del mismo.
- Consulta (segmento QPD). Repetición del segmento QPD de la pregunta. No es necesario repetir el campo QPD.3, pero no es un error enviarlo.
- Registros encontrados: cada uno de estos grupos (elementos QUERY_RESPONSE en el XML) agrupa los datos administrativos de un paciente.
 - o Datos administrativos de un paciente (segmento PID) Para cada registro de un paciente localizado, se envían todos los datos administrativos posibles.

El mensaje RSP^K22_RSP_K21 contendrá todo el detalle de datos administrativos del paciente que la aplicación pueda ofrecer.

2.6.3. Definición de segmentos

2.6.3.1. Datos de cabecera de mensaje [MSH].

Este segmento se ajusta a las reglas definidas en el apartado de segmentos comunes.

La única particularidad es que en este caso el valor del tipo de mensaje será "RSP^K22_RSP_K21".

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

2.6.3.2.Datos de consulta [QPD].

El segmento QPD que se envía en este mensaje es repetición del enviado en el mensaje de consulta original.

2.6.3.3.Datos de respuesta [MSA]

Este segmento está descrito en la guía de elementos comunes.

2.6.3.4.Datos de respuesta a la consulta [QAK]

En este segmento viaja la información sobre los datos localizados en la consulta, y está descrito en la guía de elementos comunes.

2.6.3.5.Datos de error del mensaje [ERR]

Este segmento aparece únicamente cuando ha ocurrido un problema con el mensaje. Su estructura está descrita en la guía de elementos comunes.

2.7.Mensaje QBP^Q32^QBP_Q21 [Find Candidates including Visit Information]¹

Este mensaje define el inicio de una interacción en la que se consulta una lista de personas, en las que se puede incluir como parámetro de búsqueda el número de episodio.

2.7.1. Evento disparador

Esta consulta será iniciada por cualquier sistema que necesite conocer los datos de un paciente a partir del identificado de un encuentro del paciente (el número de episodio).

¹ Este mensaje no pertenece a la versión 2.5 del estándar. Ha sido recuperado de las propuestas de la versión 2.7 bajo el esquema “early adopter”.

2.7.2. Estructura.

Su estructura abstracta es la siguiente:

<u>OBP^Q32^OBP_Q21</u>	<u>Q32 Find Candidates including Visit Information</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
QPD	Query Parameter Definition Segment	R	[1..1]
RCP	Response Control Parameters	R	[1..1]

El mensaje solicita una lista de pacientes que coincida con los criterios establecidos en el segmento QPD, con el máximo detalle de datos administrativos que el sistema admita. La consulta es muy similar a la QBP^Q22, con la salvedad que en ésta se pueden incluir datos relativos al segmento PV1.

El mensaje, se organiza de la siguiente manera:

- **Cabecera** (segmento MSH). Detalles de envío y recepción propios de la capa de transmisión (emisor, receptor, codificación, versión, id del mensaje, etc.).
- **Consulta** (segmento QPD). Datos con los que ejecutar la consulta.
- **Tratamiento de la consulta** (segmento RCP). Datos relativos a cómo debe ser atendida la consulta (Ej.: prioridad). Para el escenario presentado, no son relevantes.

Los parámetros de la consulta (definidos en el segmento QPD) son los siguientes:

Field Name	Key/ Search	Sort	LEN	TYPE	Opt	Rep	Match Op	ElementName
DemographicsVisitFields				QIP	R	Y		

Y se especifican de la siguiente manera:

Input Parameter	Comp. Name	DT	Description
Demographics / Visit Fields		QIP	Components: <segment field name (ST)> ^ <value1 (ST) & value2 (ST) & value3 (ST...>

Es decir, el campo QPD.3 del segmento QPD es de tipo QIP y es repetible, consistiendo en un par de elementos de la forma <elemento (QIP.1)> <valor (QIP.2)>, donde el “elemento” corresponde a alguno de los campos del segmento PID. En concreto, los posibles valores para el valor del “elemento” (QIP.1) son los siguientes:

Tabla de valores de QIP.1 aceptados

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN								
@PID.5.2	Nombre del paciente								
@PID.5.1.1	1º Apellido del paciente								
@PID.6.1.1	2º Apellido del paciente								
@PID.7.1	Fecha de nacimiento (AAAAMMDD)								
@PID.8	Sexo del paciente								
@PID.3.1-CIPSNS	CIP SNS								
@PID.3.1-NIFESP	NIF								
@PID.3.1-NASSESP	Número de la Seguridad Social								
@PID.3.1-NHC_CODHOSP	NHC en el complejo hospitalario caracterizado por CODHOSP								
@PV1.2	Tipo de paciente: <table> <tr> <th>CÓDIGO</th><th>DESCRIPCIÓN</th></tr> <tr> <td>I</td><td>INGRESADO</td></tr> <tr> <td>O</td><td>PACIENTE EXTERNO</td></tr> <tr> <td>U</td><td>DESCONOCIDO</td></tr> </table>	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	I	INGRESADO	O	PACIENTE EXTERNO	U	DESCONOCIDO
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN								
I	INGRESADO								
O	PACIENTE EXTERNO								
U	DESCONOCIDO								
@PV1.19.1	Nº de identificador. Si la consulta es por episodios del HIS. Se debe enviar: @PV1.19.5 fijo a "VN". @PV1.19.4.1 con el ámbito del episodio buscado. @PV1.19.9.1 con el código del HIS.								
@PV1.19.4.1	Ámbito del identificador de visita Para el ámbito de episodios del HIS, se definen los siguientes ámbitos: <table> <tr> <th>ÁMBITO</th><th>PV1.19.4.1</th></tr> <tr> <td>HOSPITALIZACION</td><td>HOS</td></tr> <tr> <td>CONSULTAS EXTERNAS</td><td>CEX</td></tr> <tr> <td>URGENCIAS</td><td>URG</td></tr> </table>	ÁMBITO	PV1.19.4.1	HOSPITALIZACION	HOS	CONSULTAS EXTERNAS	CEX	URGENCIAS	URG
ÁMBITO	PV1.19.4.1								
HOSPITALIZACION	HOS								
CONSULTAS EXTERNAS	CEX								
URGENCIAS	URG								

	QUIROFANO	QUI
	RADIOLOGIA	RIS
	HOSPITAL DE DIA	HDD
	HEMODIALISIS	HDL
	CIRUGIA AMBULATORIA	CMA
	LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA	ESP
@PV1.19.5	Tipo de identificador Para consultar por episodios "VN"	
@PV1.19.9.1	Identificación del HIS que ha generado el episodio.	

Es obligatorio incluir en la consulta un valor válido en @PV1.19.1, ya que el servicio es específico de consultas por número de visita.

2.7.3. Segmentos

2.7.3.1. Datos de cabecera de mensaje [MSH].

Este segmento se ajusta a las reglas definidas en el apartado de segmentos comunes.

La única particularidad es que en este caso el valor del tipo de mensaje será "QBP^Q32_QBP_Q21".

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

2.7.3.2.Datos de consulta [QPD].

El segmento QPD corresponde al método “Consulta por parámetro”. Su declaración depende del mensaje en el cual está definido.

La estructura del segmento para la consulta de pacientes se define de la siguiente manera:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	CE	R	[1..1]	0471	Message Query Name		
1.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de conformance bajo el que está definida la consulta
1.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la conformance bajo el que está definida la consulta
1.3	7	ID	C	[0..1]	HL70471	Name of Coding System	
2	199	ST	R	[1..1]		Query Tag	Identificador único de la consulta
3	QIP	R	[1..n]			Demographics/VisitFields	
3.1	20	ID	R	[1..1]		Segment Field Name	Nombre del campo
3.2	999	ST	R	[1..1]		Value	Valor

Los elementos se definen de la siguiente manera:

- *Conformance de la Consulta* [QPB.1]: Su valor queda fijado por el estándar HL7, al ser una consulta definida. Los valores de sus campos son:
 - o *Consulta de usuarios* (QBP^Q32)
 - CE-1: “Q32”.
 - CE-2: “Find Candidates Including Visit”.
 - CE-3: “HL70471”.
- *Identificador de la Consulta* [QPB.2]: Un identificador alfanumérico único que identifica la consulta. Debe ser nuevo y único para cada interacción.
- *Datos sobre la consulta* [QPB.3]: Cada uno de los elementos QPB.3 es de tipo QIP y define una condición de consulta. Ésta está expresada a través de un par de elementos estructurados como clave (QIP.1)/ valor (QIP.2).

Los posibles valores del elemento QIP.1 representan los distintos campos por los que se puede restringir la búsqueda y están definidos en la tabla de tipos de QIP aceptados (descrita anteriormente, bajo la sección de estructura del mensaje).

2.7.3.3.Datos adicionales de consulta [RCP].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	ID	2	R	[1..1]		Query Prioriy	Prioridad de consulta

Todas las consultas realizadas son de la máxima prioridad. Por lo tanto el campo RCP.1 “Prioridad de la consulta” debe tener valor “I” (solicitando respuesta inmediata).

- *Prioridad de la Consulta* [RCP.1^R]: “I”.

2.8.Mensaje *RSP^K32^RSP_K32* [Response to Find Candidates including Visit Information]

Este mensaje corresponde al inmediatamente generado como contestación a una consulta de candidatos incluyendo la visita (QBP^Q32).

2.8.1. Evento disparador.

Este mensaje debe enviarse con los resultados de la búsqueda solicitada por el mensaje QBP^Q32.

Dado que el mensaje contesta consultas por paciente y episodio sólo puede retornar un resultado como máximo.

2.8.2. Estructura.

La definición de estructura abstracta para el mensaje es la siguiente:

RSP^K32^RSP_K32

<u>RSP^K32^</u> <u>RSP_K32</u>	<u>Q32 Response to Find</u> <u>Candidates with Visit</u> <u>Indicator</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgement	R	[1..1]
[ERR]	Error	C	[0..1]
QAK	Query Acknowledgement	R	[1..1]
QPD	Query Parameter Definition Segment	R	[1..1]
[	--- QUERY_RESPONSE begin	C	[0..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit - Additional Information	RE	[0..1]
]	--- QUERY_RESPONSE end		

El payload del mensaje contiene ninguno o un único grupo QUERY_RESPONSE con un segmento PID y un PV1, correspondientes al paciente y al episodio solicitado.

En caso de haberse producido un error, se incorpora el segmento ERR con los datos del mismo (en este caso no habrá ningún segmento PID).

Los datos enviados en el mensaje son los siguientes:

- Cabecera (segmento MSH). Detalles de envío y recepción propios de la capa de transmisión (emisor, receptor, codificación, versión, id del mensaje, etc.). Dado que es una respuesta, contendrá datos asociados a la cabecera de la consulta.
- Datos de aceptación (segmento MSA). Datos relativos al procesado del mensaje al que se está contestando, así como de si ha ocurrido algún error.
- Datos de la consulta (segmento QAK). Datos relativos al procesado de la consulta al que se está contestando. Ej: nº de registros retornados.
- Datos de error (segmento ERR). En caso de producirse un error, contendrá el detalle del mismo.
- Consulta (segmento QPD). Repetición del segmento QPD de la pregunta. No es necesario repetir el campo QPD.3, pero no es un error enviarlo.
- Registro encontrado: el elemento QUERY_RESPONSE en el XML agrupa los datos administrativos de un paciente que cumple los requisitos de búsqueda.

- o Datos administrativos de un paciente (segmento PID) Para cada registro de un paciente localizado, se envían todos los datos administrativos posibles.
- o Datos de visita un paciente (segmento PV1). Corresponden a los datos de contexto de la visita por la que se ha fijado la visita.

El mensaje RSP^K32_RSP_K32 contendrá todo el detalle de datos administrativos del paciente que la aplicación pueda ofrecer.

2.8.3. Definición de segmentos

2.8.3.1.Datos de cabecera de mensaje [MSH].

Este segmento se ajusta a las reglas definidas en el apartado de segmentos comunes.

La única particularidad es que en este caso el valor del tipo de mensaje será "RSP^K32_RSP_K32".

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

2.8.3.2. Datos de consulta [QPD].

El segmento QPD que se envía en este mensaje es repetición del enviado en el mensaje de consulta original.

2.8.3.3.Datos de respuesta [MSA]

Este segmento está descrito en la guía de elementos comunes.

2.8.3.4.Datos de respuesta a la consulta [QAK]

En este segmento viaja la información sobre los datos localizados en la consulta, y está descrito en la guía de elementos comunes.

2.8.3.5.Datos de visita [PV1].

Este segmento contiene información sobre el episodio que trata la consulta (ubicación del paciente, tipo de ingreso, médico asignado, servicio, momento del ingreso y del alta –si es que hay alta-.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	R	[1..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	250	XCN	R	[1..n]	0010	Attending Doctor	Médico asignado
10	3	IS	R	[1..1]	0069	Hospital Service	Servicio asignado
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
20		FC	R	[1..1]		Financial Class	Garante
20.1	20	IS	R	[1..1]	0064	Financial Class Code	
36	2	IS	C	[1..1]	0112	Discharge Disposition	
44	24	TS	R	[1..1]		Admit DateTime	Momento de ingreso.
45	24	TS	C	[1..1]		Discharge DateTime	Momento de alta.

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

La información que se refleja en este segmento esta 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

- Ubicación del paciente [PV1.3]. Identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare). Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
 - o 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

- 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.
- El código del servicio [PV1.10] (HospitalService). Servicio para el que se ingresa al paciente.
- Origen de admisión [PV1.14] (Admit Source). Será un valor de la tabla HL7 0023, definida en segmento PV1 de la guía de gestión de pacientes.
- El código de visita [PV1.19] (VisitNumber). Número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes.
- Garante [PV1.20.1] (Financial Class Code). Este campo permite indicar el tipo de respaldo de la intervención. Se enviará un código de la tabla HL70064, definida en el apartado de tipos de datos comunes.

- Tipo de alta [PV1.36] (Discharge Disposition) Este dato se envía si el episodio ya ha finalizado (el paciente ha estado de alta), El valor debe ser seleccionado de la tabla HL7 0112 descrita en el mensaje ADT^A03 de la guía de gestión de pacientes.
- El momento de ingreso [PV1.45] (Admit Date Time). Momento en el que el paciente ha sido hospitalizado.
- Momento del alta [PV1.45]. Este dato se envía si el episodio ya ha finalizado (el paciente ha estado de alta) y corresponde al momento en que se ha dado el alta real al paciente.

2.8.3.1.Datos adicionales de visita [PV2].

Este segmento contiene información adicional sobre el episodio

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	ELEMENT NAME	CONTENIDO
12	50	ST	RE			Visit Description	Datos significativos del episodio (diagnósticos)

- Datos significativos del episodio [PV2.12] En caso que se conozca, se envía en este segmento información relativa a los diagnósticos principales del episodio.

2.8.3.2.Datos de error del mensaje [ERR]

Este segmento aparece únicamente cuando ha ocurrido un problema con el mensaje. Su estructura está descrita en la guía de elementos comunes.

3. PERFIL DE MENSAJES PARA REGISTRO DE PACIENTES

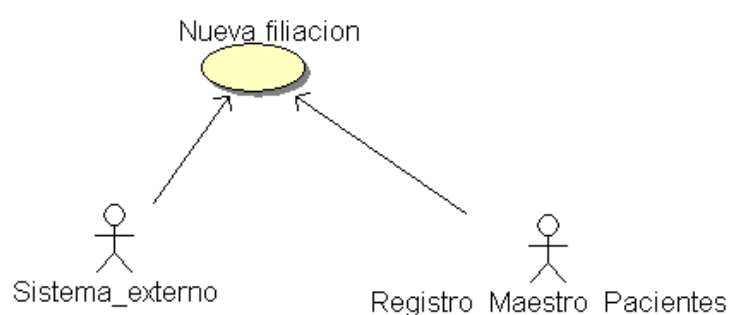
3.1. Definición del perfil de mensajería.

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

3.1. Caso de uso

El perfil permite a una aplicación trabajar con un paciente que no existe aún en el registro maestro de personas del ámbito (en el caso de un hospital, permitiría a aplicaciones departamentales trabajar con pacientes que no estén registrados en el HIS).

También posibilita que una aplicación solicite al maestro de pacientes la modificación de los datos administrativos de un paciente.



3.2. *Roles de aplicación*

Sistema externo

Cualquier sistema que necesite trabajar con un paciente que no existe en el registro maestro, o que detecte un error en los datos administrativos de uno y desee solicitarlo al sistema central.

Registro Maestro de pacientes

Registro único de los pacientes y sus datos administrativos de un ámbito. En los hospitales de SACYL ese papel lo realizan los HIS hospitalarios.

3.3. *Definición dinámica.*

3.3.1. Diagrama de interacción.

- **Para la solicitud de creación de nuevas filiaciones**

Secuencia para que una aplicación solicite la creación de una nueva filiación a un maestro de pacientes:

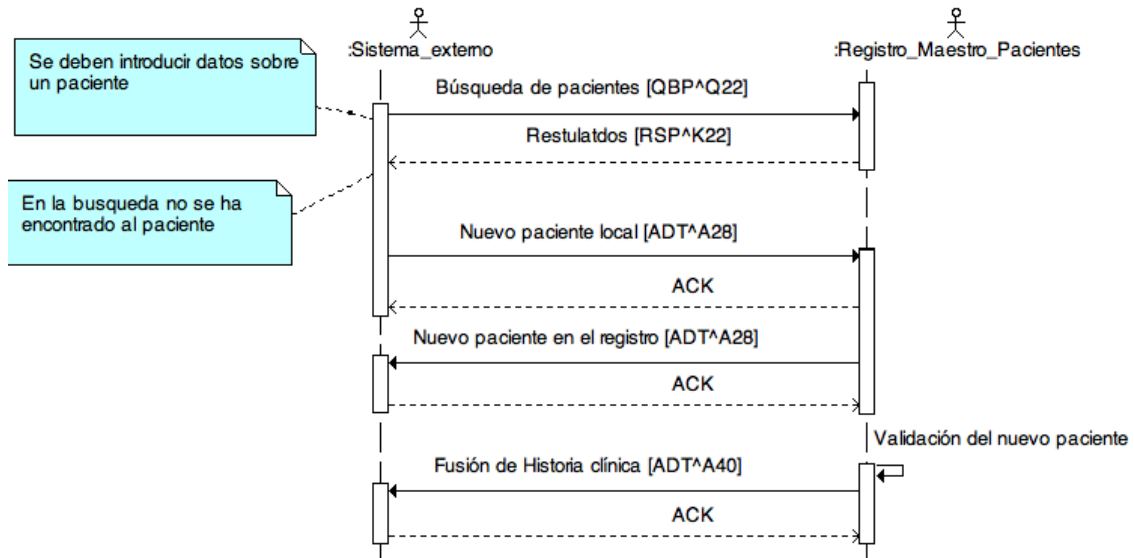
1. Una aplicación necesita registrar actividad de un paciente. El paciente no está identificado en la aplicación por lo que se realiza una búsqueda en el registro principal para intentar localizar al paciente. La búsqueda no retornar ningún dato satisfactorio, por lo que la aplicación da de alta al paciente de forma local.
La aplicación envía un mensaje ADT^A28 al registro maestro de pacientes con su identificador, indicando que ha sido necesario crear un alta nueva.
2. El maestro de pacientes, comprueba si se trata de un paciente nuevo o ya existía en su registro:
 - a. Si el maestro detecta que el paciente está en el sistema (por ejemplo se encuentra un paciente con el mismo CIP enviado en el A28), se generará un ADT^A31 que contenga el identificador del registro como el identificador local generado por la aplicación.
 - b. Si no se encuentra ninguna coincidencia, el maestro de pacientes generará un identificador para el paciente (de forma automática). Genera un mensaje ADT^A28 que contiene el identificador asignado por el registro como el identificador local generado por la aplicación.

La aplicación detecta el identificador del registro de pacientes asociado al identificador local previamente, y asocia en sus tablas el identificador del registro al paciente.

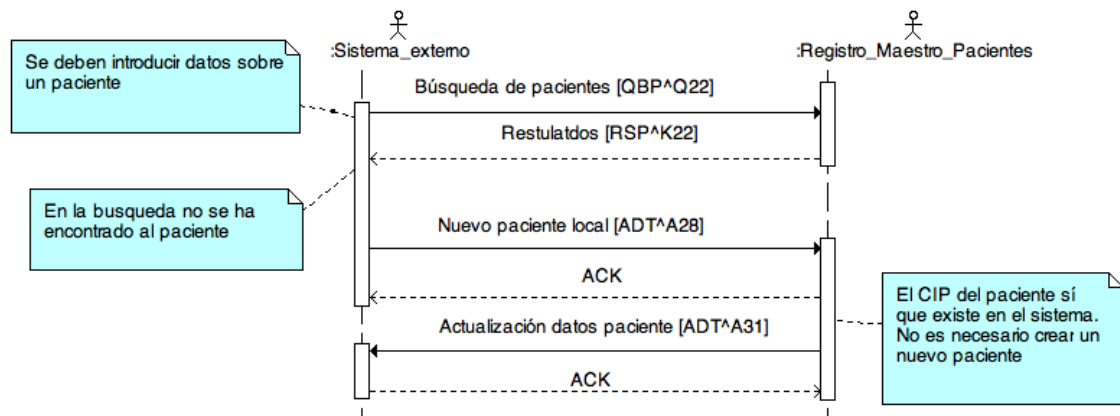
3. Cuando el nuevo registro es validado en el maestro de pacientes, el identificador temporal pasa a ser definitivo, o se fusiona con el de otro paciente. El registro envía un ADT^A40 fusionando ambos identificadores.

Cuando la aplicación receptora detecta el A40, realiza la fusión de identificadores en su sistema.

El siguiente diagrama de secuencias refleja el intercambio de mensajes para una solicitud de filiación con creación de registro en el maestro de pacientes:



En el caso de que el registro no cree un nuevo registro sino que detecte que éste ya existe, el intercambio de mensajes sería el siguiente:

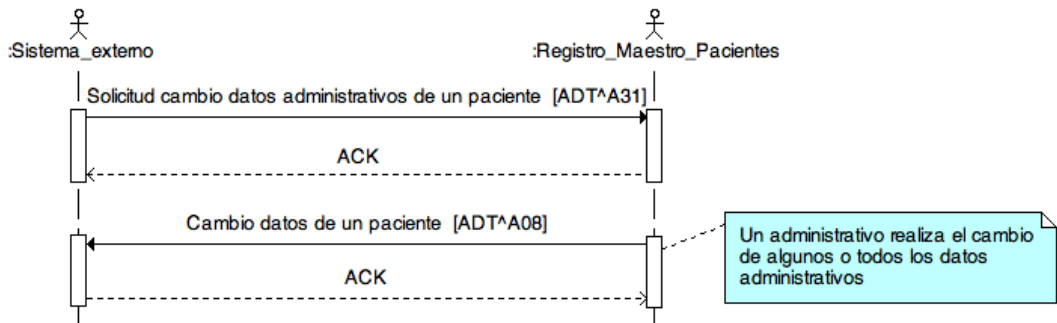


- **Para la solicitud de modificación de datos administrativos de un paciente**

En caso que un sistema desee solicitar la modificación de los datos administrativos de un paciente, es necesario seguir la siguiente secuencia:

- 1) El sistema externo envía al registro maestro un mensaje ADT^A31 con los nuevos datos administrativos del paciente. El mensaje es contestado con un ACK de aceptación (salvo error).
- 2) Si posteriormente, una persona de admisión se detecta la necesidad de hacer un cambio en el registro maestro, éste se enviará un ADT^A08. En caso que se decida que no es necesario ningún cambio, no se enviará ningún mensaje.

El siguiente diagrama de secuencias refleja un intercambio de mensajes en caso que una modificación sea aceptada:



El mensaje A08 corresponde al flujo de notificación de eventos de admisión de pacientes, y no permite vincular esta modificación a una solicitud de mensajes. Un sistema que solicita la modificación de datos administrativos no tiene forma de conocer si dicha modificación se ha realizado en parte o en totalidad o no se ha realizado.

3.4.Mensaje ADT^A28 [Add Person or Patient Information]

Este mensaje es idéntico al definido en el documento de gestión de pacientes de SACYL. En este perfil, sin embargo, el segmento PID debe contener siempre la identificación local del sistema externo. A continuación se recuerda el formato para enviar identificadores locales de aplicaciones:

IDENTIFICADOR [CX.1]	Assigning Authority [PID.3.4.1]	Identifier Type Code [PID.3.5]	Assigning Jurisdiction	
			PID.3.9.1	PID.3.9.3
Identificador interno de aplicación ZZZ	ZZZ	PN	CODIGO_CENTRO_SACYL	99CENTROSACYL

ZZZ corresponderá al identificador de la aplicación en las tablas de SACYL, y CODIGO_CENTRO_SACYL a la identificación del centro (por centro se entiende el centro de salud o complejo hospitalario) donde está funcionando.

3.5.Mensaje ADT^A31 [Update Person or Patient Information]

Este mensaje existe en dos momentos:

- La solicitud por parte de un sistema externo para actualizar datos demográficos de un paciente.
- La notificación, enviada desde un maestro de pacientes, de que una solicitud de nueva filiación enviada por un sistema externo no ha generado la creación de un registro de un paciente, sino que éste ha sido vinculado a uno existente.

3.5.1. Evento disparador.

Este mensaje puede ser originado por distintos actores en distintos momentos:

- Cuando se genera por un sistema externo, corresponde a una solicitud por parte de éste de la actualización de datos personales.
- Cuando se genera por el maestro de pacientes, corresponde a la notificación de éste indicando que una solicitud de nueva filiación (indicada en un A28) no ha generado un nuevo registro, sino que ha sido vinculado a uno ya existente.

Este acto no está asociado a la presencia del paciente en el centro, sino que puede haber venido motivado por una solicitud administrativa.

3.5.2. Estructura.

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

<u>ADT^A31^ADT_A05</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[{ GT1 }]	Guarantor	RE	[0..1]

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos de evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo, dónde y cómo se ha registrado la actualización de datos del paciente.
- Datos de paciente [**PID**]. Información relativa al paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.). Si el mensaje se envía como contestación a un A28, contendrá el nuevo identificador dado por el sistema externo, así como todos aquellos que conozca del mismo.
- El segmento [**PV1**] se incluye por detalles de compatibilidad con versiones anteriores, pero no contiene información útil.
- Garante [**GT1**] Se envían datos del responsable de la cobertura del paciente. En esta implementación el segmento permite informar del titular de la póliza en el caso que el paciente sea beneficiario de la Seguridad Social.

3.5.2.1.Datos de cabecera de mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado de segmentos comunes “MSH Cabecera del Mensaje”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ADT^A31^ADT_A05

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.5.2.2.Datos de evento asociado [EVN].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el paciente
7	HD		R	[1..1]		Event Facility	
7.1	IS	20	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2] La fecha y hora de registro de la solicitud o de la notificación (RecordedDate/Time), que se envía en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] Sistema que produce el evento.

3.5.2.3.Datos de identificación de paciente [PID].

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

En caso de que el mensaje se envíe como

En este mensaje, el segmento PID puede contener en el PID.3 otros identificadores fuera del rango de los definidos en la guía, y que correspondan a identificadores asignados por aplicaciones externas y comunicadas al registro de pacientes previamente. Esta situación permitiría a otras aplicaciones detectar que pacientes que habían sido datos de alta localmente ahora han recibido un identificador en el registro de pacientes.

Los indicadores específicos de aplicaciones se envían de la siguiente manera:

- PID.3.4.1 será el identificador de la aplicación,
- PID.3.5 será “PN” (identificador de persona)
- PID.3.9 indicará que el conjunto anterior de valores sólo tiene validez en Castilla y León. (PID.3.9.1=”CL” Y PID.3.9.3=” ISO3166-2”).

IDENTIFICADOR [CX.1]	Assigning Authority [PID.3.4.1]	Identifier Type Code [PID.3.5]	Assigning Jurisdiction	
			PID.3.9.1	PID.3.9.3
Identificador interno de aplicación ZZZ	ZZZ	PN	CODIGO_CENTRO_SACYL	99CENTROSACYL

- ZZZ corresponderá al identificador de la aplicación en las tablas de SACYL, y CODIGO_CENTRO_SACYL a la identificación del centro (por centro se entiende el centro de salud o complejo hospitalario) donde está funcionando.

3.5.2.4.Datos de episodio asociado [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]	N	Patient Class	Tipo de paciente

Este segmento, en este mensaje se incluye sólo para asegurar su compatibilidad con versiones anteriores. Únicamente contiene el campo PV1.2 con el valor a “N” (No aplica).

- Tipo de paciente. [PV1.2] (Patient Class). Es un valor de la siguiente tabla:.

Tabla 0004

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	NO APLICA

3.5.2.5.Datos de garante [GT1].

El uso del segmento GT1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de garantes [GT1].”.

Guía de mensajería para gestión de citas

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

Versión 1.5.3 22/02/2010

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES PARA GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA.....	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. ACTORES.	7
3.4. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	9
3.5. MENSAJE SRM^Z01 (SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).	10
3.6. MENSAJE SRR^Z01 (RESPUESTA A UNA SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).	19
3.7. MENSAJE SRM^Z03 (MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).	22
3.8. MENSAJE SRR^Z03 (RESPUESTA INMEDIATA A UNA MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).	23
3.9. MENSAJE SRM^Z04 (CANCELACIÓN DE UNA SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).....	23
3.10. MENSAJE SRR^Z05 (RESPUESTA INMEDIATA A LA CANCELACIÓN DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).	23
3.11. MENSAJE SIU^Z12 (NOTIFICACIÓN DE ENTRADA EN LA LISTA DE ESPERA).....	24
3.12. MENSAJE SRR^Z14 (NOTIFICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE UN REGISTRO EN LISTA DE ESPERA).27	
3.13. MENSAJE SIU^Z15 (NOTIFICACIÓN DE SALIDA DE LA LISTA DE ESPERA).	28
3.14. MENSAJE SIU^Z16 (NOTIFICACIÓN DE SALIDA TEMPORAL DE LISTA DE ESPERA).....	32
3.15. MENSAJE SIU^Z17 (NOTIFICACIÓN DE REINGRESO TRAS UNA SALIDA TEMPORAL DE LISTA DE ESPERA). 32	
3.16. MENSAJE SIU^Z25 (CANCELACIÓN DE UNA NOTIFICACIÓN DE SALIDA DE LA LISTA DE ESPERA).33	
4. PERFIL DE MENSAJES PARA SINCRONIZACIÓN DE CITAS.	34
4.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	34
4.2. CASO DE USO.	34
4.3. ACTORES.	35
4.4. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	37
4.5. MENSAJE SRM^S01 (SOLICITUD DE CITA).	39
4.6. MENSAJE SRR^S01 (RESPUESTA A UNA SOLICITUD DE CITA).....	45
4.7. MENSAJE SRM^S03 (MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE CITA).	48
4.8. MENSAJE SRR^S03 (RESPUESTA INMEDIATA A UNA MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE CITA).....	48
4.9. MENSAJE SRM^S04 (CANCELACIÓN DE UNA SOLICITUD DE CITA).....	49

4.10.	MENSAJE SRR^Z04 (RESPUESTA INMEDIATA A LA CANCELACIÓN DE SOLICITUD DE CITA).	49
4.11.	MENSAJE SIU^S12 (NOTIFICATION OF NEW APPOINTMENT BOOKING).....	49
4.12.	MENSAJE SIU^S13 (NOTIFICATION OF APPOINTMENT RESCHEDULING).....	62
4.13.	MENSAJE SIU^S14 (NOTIFICATION OF APPOINTMENT MODIFICATION).	63
4.14.	MENSAJE SIU^S15 (NOTIFICATION OF APPOINTMENT CANCELLATION).	64
4.15.	MENSAJE SIU^S26 (NOTIFICATION THAT PATIENT DID NOT SHOW UP FOR SCHEDULED APPOINTMENT).	65
4.16.	MENSAJE BAR^Z22 (INFORME ACTIVIDAD QUIRÚRGICA).....	65
4.17.	MENSAJE BAR^P12 (UPDATE DIAGNOSIS/PROCEDURE).	73
4.18.	AMPLIACIÓN MENSAJES ADT^A03, ADT^A13 Y ADT^A08.....	77
4.19.	MENSAJE ACK APLICACIÓN (APPLICATION ACKNOWLEDGE).	78
5.	ELEMENTOS COMUNES.	82
5.1.	SEGMENTOS.....	82
5.2.	TABLAS.....	86

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a citación y agendas 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 gestión de recursos basados en reservas y listas de espera, 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. Sin embargo, no será el único conjunto de requisitos a tener en cuenta para la completa integración de una estación clínica o de gestión de agendas, será necesario el uso de otros rangos de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

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 Sistemas de Información de esta entidad.

2. Infraestructura de Mensajería.

Los detalles de infraestructura de mensajería están detallados en el documento de elementos comunes de mensajería SACYL.

3. Perfil de Mensajes para Gestión de Listas de Espera.

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información de listas de espera en SACYL.

3.1. Definición del perfil de mensajería.

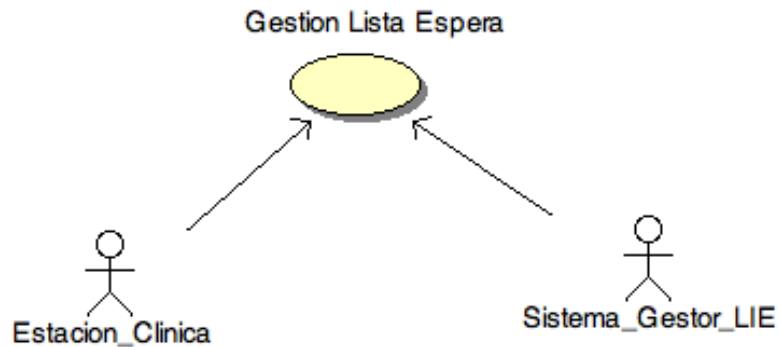
Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESLIE
2	ORNANIZATION ID	SACYL
3	HL7 VERSION	2.5
4	TOPIC TYPE	PROFILE
5	ACCEPT ACK	AL
6	APPLICATION ACK	AE
7	ACKNOWLEDGEMENT MODE	IMMEDIATE

3.2. Caso de uso.

Este perfil de mensajería permite que distintos sistemas puedan solicitar ingresos en una lista de espera, y recibir notificaciones cuando ésta se haya realizado.

Este perfil está compuesto por mensajes locales, ya que la mensajería oficial de HL7 no cuenta con mensajes que cubran esta situación. Sin embargo, se han utilizado la estructura de mensajes de citas ya que ambos escenarios tienen ciertas similitudes: se ha modelado un registro en lista de espera como una solicitud de cita. El modelo completo estaría definido por los siguientes artefactos:

- Cita: una reserva de recursos (equipos, salas, recursos humanos), para un momento en el tiempo, con el objetivo de realizar un servicio a un paciente. Se modela como una cita bajo HL7 (mensajes con segmento SCH).
- Registro en lista de espera: la solicitud en estado pendiente de una cita. Se modela como una solicitud de cita en HL7.
- Solicitud de ingreso en lista de espera: Una solicitud para ingresar en una lista de espera. Se modela como una solicitud de cita en HL7.



3.3. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA GESTOR DE LISTAS DE ESPERA	Sistema de gestión de listas de espera donde se acuerdan las prestaciones pendientes a realizar con el paciente en función de la ocupación de los recursos. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil de “filler” al ser la única responsable de las lista de espera que gestiona.
ESTACIÓN CLÍNICA	Este sistema cumple dos funciones: • Realiza solicitudes de inclusión en la lista de espera. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil del “Order Placer”. • Debe estar informado de la inclusión en listas de espera de todo paciente, independientemente del origen de la solicitud. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil del “Auxiliary Application”.

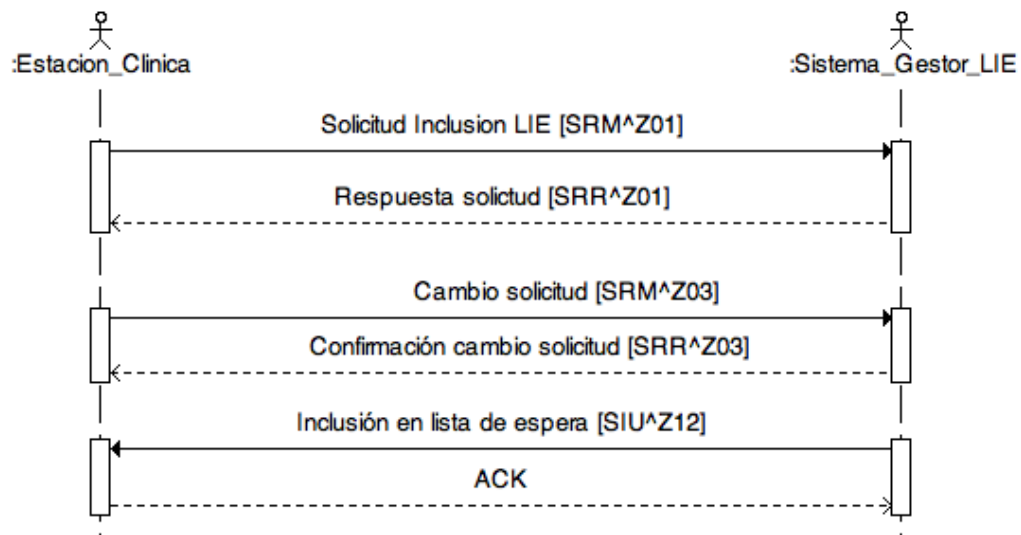
3.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
SRM^Z01	Solicitud de ingreso en lista de espera	Estación	Gestor LIE
SRR^Z01	Respuesta a un SRM^Z01 con el id de la solicitud en el gestor, o indicando un error. (Indica que se acepta la solicitud, no que el paciente está en la lista de espera)	Gestor LIE	Estación
SRM^Z03	Modificación de una solicitud de ingreso en lista de espera.	Estación	Gestor LIE
SRR^Z03	Respuesta a un SRM^Z03 con la aceptación o la modificación o indicando un error.	Gestor LIE	Estación
SRM^Z04	Cancelación de una solicitud de ingreso en lista de espera.	Estación	Gestor LIE
		Gestor LIE	Estación
SRR^Z04	Respuesta a un SRM^Z04 con la aceptación o la cancelación o indicando un error.	Gestor LIE	Estación
SIU^Z12	Notificación del ingreso de un paciente en la lista de espera.	Gestor LIE	Estación
SIU^Z14	Notificación de la modificación de un paciente en lista de espera	Gestor LIE	Estación
SIU^Z15	Notificación de la salida de un paciente en la lista de espera.	Gestor LIE	Estación
SIU^Z25	Cancelación de una notificación de salida de la lista de espera de un paciente.	Gestor LIE	Estación

3.4. Definición dinámica.

3.4.1. Diagrama de interacción.

El siguiente diagrama presentaría un flujo habitual de interacciones:



3.4.2. ACK.

En este perfil todos los mensajes, a excepción de SRM^Z01, SRM^Z03 y SRM^Z04, siguen la política de gestión ACK es la definida en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

El caso de los mensajes de solicitud de lista de espera (SRM^Z01,Z03 y Z04) es específico ya que se tratan bajo el modelo de respuesta inmedia y requieren un mensaje inmediato de contestación que cumple el papel de ACK de aceptación y aplicación.

3.5. Mensaje SRM^Z01 (SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).

Este mensaje permite solicitar la inclusión de un paciente en la lista de espera. El mensaje funciona como una solicitud a la que espera una respuesta inmediata (SRR^Z01) que sirve de ACK de aceptación y de confirmación de recepción.

3.5.1. Evento disparador.

Cuando un profesional médico, tras realizar un diagnóstico de un paciente, decide solicitar la inclusión de éste en una lista de espera, ingresa dicha solicitud en su estación clínica y ésta envía un mensaje SRM^Z01 al sistema de gestión de lista de espera (el HIS habitualmente). El sistema de gestión de lista de espera responde de forma inmediata a este mensaje con el identificador de la solicitud en su sistema, o con un error.

El identificador usado en ARQ.1 sólo es válido durante esta transacción. En el momento en que la solicitud es válida, sólo se utiliza el identificador retornado por el gestor LIE en SCH.2.

3.5.2. Estructura.

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

<u>SRM^Z01^SRM_Z01</u>	<u>Schedule Information Unsolicited</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
ARQ	Appointment Request Information	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kind	RE	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
{[DG1]}	Diagnosis	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
	--- RESOURCES begin	R	[1..1]
RGS	Resource Group Segment	R	[1..1]
	--- SERRVICE begin	RE	[0..n]
AIS	Appointment Information - Service	R	[1..1]
	--- SERVICE end		
	--- RESOURCE 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 del responsable del paciente [NK1]. Si el paciente depende de una persona (por ejemplo es un menor o está incapacitado) se envía información e identificación relativa al responsable del paciente (nombre, apellidos, dirección, identificadores –NIF, NHC,...-, etc.) En la medida que se disponga de ella.
- Datos de la visita [PV1], Información sobre el tipo y la ubicación del paciente, servicio al que se dirige la cita
- En el caso que se conozca, se envía el diagnóstico asociado en el segmento [DG1].
- Los datos de quien solicita la prestación, en el segmento [ARQ].
- La prestaciones solicitada se indica en un segmento [AIS]. El segmento contendrá también todas las particularidades de la inclusión.

3.5.2.1. Datos de mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será SRM^Z01^SRM_S01.

Debido al tipo especial de mensaje (la contestación inmediata es el ACK de aplicación) Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

3.5.2.2. Datos de la prestación solicitada [ARQ].

Este segmento contiene información sobre la cita y el motivo de solicitud de la misma.

SEQ	LEN	DT	Us o	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	EI	R	[1..1]			Placer Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de solicitud de la lista de espera
1.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador aplicación responsable de la solicitud de lista de espera
8	CE	R			0277	Appointment Type	
8.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de tipo de lista de espera
8.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de lista de espera
8.3	7	ID	R	[1..1]	HL70277	Name of Coding System	Codificación de lista de espera
11	DR	R	[1..1]			Requested Start Date Time	
11.1.1	14	TS	R	[1..1]		Time	Fecha de entrada efectiva en lista de espera
12	5	ST	R	[1..1]		Priority ARQ	Prioridad
15	XCN	R	[1..1]		HL70425	Placer Contact Person	Solicitante del servicio
19	XCN	R	[1..1]			Entered by Person	Persona que registró la solicitud

- Identificador de solicitud de entrada en lista de espera [ARQ.1] (*Filler Appointment ID*)
Identificador único de la solicitud.
 - o El.1 Identificador de entrada en la lista de espera en el sistema solicitante.
 - o El.2 identificador de la aplicación que genera la lista de espera.
- Tipo de lista de espera [ARQ.8]. El tipo de lista de espera para el que se ingresa la solicitud se define en la tabla ampliada de usuario HL7 0277.
- Fecha de entrada efectiva en lista de espera [ARQ.11.1.1] Fecha a partir de la cual se debe realizar la prestación al paciente.
- Prioridad [ARQ.12]. Tipo de prioridad de la prestación, codificada en la tabla HL7 0485 (definida en el apartado de tablas comunes).
- Solicitante del servicio [ARQ.15] (Placer Contact Person) Profesional que solicitó entrada en lista de espera.
- Profesional que otorgó la cita [ARQ.19] (Entered by Person) Profesional que registró la solicitud de entrada en lista de espera. Este dato es necesario para tracking. En caso que no se conozca, contendrá los mismos datos que ARQ.15.

3.5.2.3. Datos del servicio solicitado [AIS].

Este segmento permite identificar los servicios asociados a la petición de lista de espera.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - AIS	SetID
3	CE		R	[1..1]		Universal Service Identifier	
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de prestación a realizar
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de prestación a realizar
3.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	Codificación de la prestación a realizar
10	CE		RE	[0..1]	0278	Filler Status	
10.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de estado de lista de espera
10.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de estado de lista de espera
10.3	7	ID	R	[1..1]	HL70278	Name of Coding System	
11	CE		RE	[0..n]	0411	Placer Supplemental Service Information	
11.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de añadido a la prestación a realizar
11.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de añadido a la prestación a realizar
11.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación del añadido a la prestación a realizar
12	CE		C	[0..n]	0411	Filler Supplemental Service Information	
12.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de añadido a la prestación a realizar (desde el centro)
12.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de añadido a la prestación a realizar (desde el centro)
12.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación del añadido a la prestación a realizar (desde el centro)

- SetID [AIS.1]. El número de secuencia de segmento será siempre 1, ya que sólo hay un segmento AIS en el mensaje.
- Prestación a realizar [AIS.3] (*Universal Service Identifier*). Identificador de la prestación a realizar..
 - o CE.1: Código del procedimiento/prestación a realizar. (Si está codificado).
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Sistema en la que se está codificando la prestación (sólo en el caso que CE.1 tenga valor).
- Estado del registro en la lista de espera.
 - o CE.1: Código de estado
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Valor 'HL70278' (refiriéndose a la siguiente tabla).

Tabla 0278 Con valores ampliados para lista de espera

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	EN ESPERA (Valor por defecto)
2	DERIVADO A OTRO CENTRO
3	EN ESPERA POR DEMORA VOLUNTARIA
4	EN ESPERA POR PATOLOGÍA INTERCURRENTE
5	EN ESPERA POR RECHAZO DE DERIVACIÓN
6	PACIENTE RECHAZADO EN CENTRO DESTINO

- Datos adicionales a la prestación a realizar [AIS.11] (*Placer Supplemental Service Information*). Este campo permite informar de características especiales sobre la prestación a realizar, repitiéndose tantas veces como datos adicionales sea necesario indicar. En función del contenido de CE.3 el dato corresponderá a distintas propiedades de la prestación.
 - o CE.1: Código del añadido al procedimiento/prestación a realizar. (Si está codificado).
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Sistema en la que se está codificando el añadido (sólo en el caso que CE.1 tenga valor).

Posibles codificaciones

TIPO DE DATO	DESCRIPCIÓN	AIS.11.3																						
Tipo de anestesia	Posibles codificaciones para el tipo de anestesia	99TANESTESIA																						
	<table><tr><th>CÓDIGO</th><th>DESCRIPCIÓN</th></tr><tr><td>UNK</td><td>Desconocido. No se sabe si es necesario o no la anestesia</td></tr><tr><td>NO</td><td>Sin Anestesia</td></tr><tr><td>EPIDURAL</td><td>Epidural</td></tr><tr><td>GENERAL</td><td>Anestesia General</td></tr><tr><td>GENINTRAVENOSA</td><td>General Intravenosa</td></tr><tr><td>GENINHALATORIA</td><td>General Inhalatoria</td></tr><tr><td>LOCAL</td><td>Anestesia local</td></tr><tr><td>COMBINADA</td><td>Anestesia combinada</td></tr><tr><td>PERIBULBAR</td><td>Peribular</td></tr><tr><td>PERIVENOSA</td><td>Perivenosa</td></tr></table>		CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNK	Desconocido. No se sabe si es necesario o no la anestesia	NO	Sin Anestesia	EPIDURAL	Epidural	GENERAL	Anestesia General	GENINTRAVENOSA	General Intravenosa	GENINHALATORIA	General Inhalatoria	LOCAL	Anestesia local	COMBINADA	Anestesia combinada	PERIBULBAR	Peribular	PERIVENOSA	Perivenosa
	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN																					
	UNK		Desconocido. No se sabe si es necesario o no la anestesia																					
	NO		Sin Anestesia																					
	EPIDURAL		Epidural																					
	GENERAL		Anestesia General																					
	GENINTRAVENOSA		General Intravenosa																					
	GENINHALATORIA		General Inhalatoria																					
	LOCAL		Anestesia local																					
	COMBINADA		Anestesia combinada																					
	PERIBULBAR		Peribular																					
	PERIVENOSA		Perivenosa																					

	<table><tr><td>PLXNEV</td><td>Plexo Nervioso</td></tr><tr><td>RAQEP</td><td>RAQUIANESTESIA EPIDURAL</td></tr><tr><td>RETROBULBAR</td><td>RETROBULBAR</td></tr><tr><td>SEDACION</td><td>SEDACIÓN</td></tr><tr><td>TRONCULAR</td><td>TRONCULAR</td></tr><tr><td>SUBARACNOIDEA</td><td>SUB-ARACNOIDEA</td></tr><tr><td>SUBTENONIANA</td><td>Subtenoniana</td></tr><tr><td>OTRAS</td><td>Otro tipo de anestesia</td></tr><tr><td>NODEFINIDA</td><td>Anestesia necesaria pero no definida</td></tr></table>	PLXNEV	Plexo Nervioso	RAQEP	RAQUIANESTESIA EPIDURAL	RETROBULBAR	RETROBULBAR	SEDACION	SEDACIÓN	TRONCULAR	TRONCULAR	SUBARACNOIDEA	SUB-ARACNOIDEA	SUBTENONIANA	Subtenoniana	OTRAS	Otro tipo de anestesia	NODEFINIDA	Anestesia necesaria pero no definida	
PLXNEV	Plexo Nervioso																			
RAQEP	RAQUIANESTESIA EPIDURAL																			
RETROBULBAR	RETROBULBAR																			
SEDACION	SEDACIÓN																			
TRONCULAR	TRONCULAR																			
SUBARACNOIDEA	SUB-ARACNOIDEA																			
SUBTENONIANA	Subtenoniana																			
OTRAS	Otro tipo de anestesia																			
NODEFINIDA	Anestesia necesaria pero no definida																			
Necesidad de ingreso para el procedimiento	Posibles codificaciones para el tipo de anestesia <table><tr><th>CÓDIGO</th><th>DESCRIPCIÓN</th></tr><tr><td>TRUE</td><td>Procedimiento ambulatorio</td></tr><tr><td>FALSE</td><td>Procedimiento no ambulatorio (necesitará ingreso)</td></tr><tr><td>UNK</td><td>Desconocido</td></tr></table>	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TRUE	Procedimiento ambulatorio	FALSE	Procedimiento no ambulatorio (necesitará ingreso)	UNK	Desconocido	99TPROCAM										
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN																			
TRUE	Procedimiento ambulatorio																			
FALSE	Procedimiento no ambulatorio (necesitará ingreso)																			
UNK	Desconocido																			
Estudio preoperatorio	Posibles codificaciones para indicar si se ha realizado o no estudio preoperatorio <table><tr><th>CÓDIGO</th><th>DESCRIPCIÓN</th></tr><tr><td>EPORDY</td><td>Estudio preoperatorio necesario y realizado</td></tr><tr><td>EOPEN</td><td>Estudio preoperatorio necesario y no realizado (pendiente)</td></tr><tr><td>EPONN</td><td>Estudio preoperatorio no necesario</td></tr><tr><td>UNK</td><td>Desconocido</td></tr></table>	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	EPORDY	Estudio preoperatorio necesario y realizado	EOPEN	Estudio preoperatorio necesario y no realizado (pendiente)	EPONN	Estudio preoperatorio no necesario	UNK	Desconocido	99TPRESTPR								
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN																			
EPORDY	Estudio preoperatorio necesario y realizado																			
EOPEN	Estudio preoperatorio necesario y no realizado (pendiente)																			
EPONN	Estudio preoperatorio no necesario																			
UNK	Desconocido																			
Supone baja laboral	Posibles codificaciones para las situaciones de baja laboral	99TBAJLAB																		

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
TRUE	Baja laboral
FALSE	No es baja laboral
UNK	Desconocido

- Datos del proceso a realizar [AIS.12] (*Filler Supplemental Service Information*). Este campo permite indicar datos del proceso de lista de espera que han sido indicados a través del responsable de la lista de espera. En función del contenido de CE.3 el dato corresponderá a distintas propiedades del proceso.
 - o CE.1: Código de la característica a indicar. (Si está codificado).
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Sistema en la que se está codificando la característica (sólo en el caso que CE.1 tenga valor).

Posibles codificaciones

TIPO DE DATO	DESCRIPCIÓN	AIS.11.3												
Estado de anestesia	Valores del estudio de la anestesia con respecto al paciente dentro del episodio de lista de espera. El valor por defecto es “pendiente” (que inicia que aún no ha tenido lugar la consulta con el anestesista) Una vez dicha consulta haya tenido lugar, el paciente pasará a Apto/No apto, Si el paciente no es operado en un tiempo determinado, este valor caducará y pasará a “CADUCADO” (siendo necesario programar otra consulta de anestesia).	99EANESTESIA												
	<table><tr><th>CÓDIGO</th><th>DESCRIPCIÓN</th></tr><tr><td>UNK</td><td>Desconocido.</td></tr><tr><td>PEND</td><td>(Valor por defecto) Pendiente de consulta de anestesia</td></tr><tr><td>APTO</td><td>Apto para anestesia</td></tr><tr><td>NOAPTO</td><td>No es apto para anestesia</td></tr><tr><td>CADUCADO</td><td>El valor calculado no es válido. Es necesario realizar una nueva consulta de anestesia</td></tr></table>		CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	UNK	Desconocido.	PEND	(Valor por defecto) Pendiente de consulta de anestesia	APTO	Apto para anestesia	NOAPTO	No es apto para anestesia	CADUCADO	El valor calculado no es válido. Es necesario realizar una nueva consulta de anestesia
	CÓDIGO		DESCRIPCIÓN											
	UNK		Desconocido.											
	PEND		(Valor por defecto) Pendiente de consulta de anestesia											
	APTO		Apto para anestesia											
	NOAPTO		No es apto para anestesia											
CADUCADO	El valor calculado no es válido. Es necesario realizar una nueva consulta de anestesia													

Situación en lista de espera	El estado por defecto será “EE” (Espera estructural) salvo que se indique lo contrario.		99LEQSITU
	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	
	UNK	DESCONOCIDO	
	ETR	ESPERA TRAS RECHAZO	
	EE	ESPERA ESTRUCTURAL	
Procedimientos /Estudios complementarios	TNP	TRANSITORIAMENTE NO PROGRAMABLE	99QNES
	Posibles codificaciones para indicar si el paciente necesita un estudio.		
	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	
	RX	Necesita estudio RX	
	TRANSF	Necesita transfusión de sangre.	
	HEM	Necesita estudio de Hematología	
	BIOINT	Biopsia Intra-operatoria	
Turno de ejecución	BIOPOS	Biopsia post-operatoria	99TURNQ_CO DIGOCENTRO
	TV	Necesita rayos portátil	
	ANAPAT	Necesita estudio de anatomía patológica	
	El campo código indica el código de turno en el centro, y la descripción, la descripción del mismo.		
	Se trata de tablas definidas en cada centro y específicas del mismo.		

3.5.2.4. Datos de paciente [PID].

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

3.5.2.5. Datos de la visita [PV1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
3		PL	C	[0..1]		Attending Doctor	Profesional al que está dirigida la solicitud
10	10	IS	R	[1..1]		Hospital Service	Servicio al que está dirigida la solicitud

Este segmento contiene información sobre los datos asistenciales del paciente asociados a la inclusión en lista de espera.

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

El estado corresponde al previsible del paciente en el momento de la cita. En caso que éste dato no sea relevante, el estado será "N".

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En caso que se trate de un paciente ingresado (y que esta información sea relevante para la cita), este campo identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.

- o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
- o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
- o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Profesional [PV1.7] (Attending Doctor) al que está dirigida la solicitud.
- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) Servicio que tiene asociada la prestación solicitada al que está dirigida la solicitud.

3.5.2.6. Datos de diagnóstico [DG1].

En el caso que se conozca, se envían los datos del diagnóstico asociado en este segmento, siguiendo el uso descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.6. Mensaje SRR^Z01 (RESPUESTA A UNA SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).

Este mensaje se envía como respuesta inmediata del mensaje SRM^Z01 y contiene el identificador de la solicitud, o un error si ésta no ha podido generarse.

3.6.1. Evento disparador.

El mensaje se genera como contestación a un SRM^Z01.

El identificador usado en SCH.1 (copia del enviado en ARQ.1) sólo es válido durante esta transacción. En el momento en que la solicitud es válida, sólo se utiliza el identificador retornado por el gestor LIE en SCH.2.

3.6.2. Estructura.

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

<u>SRR^Z01 ^SRR_S01</u>	<u>Scheduled Request Response</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	
MSA	Message Acknowledgment	R	
[{ ERR }]	Error Information	C	
[	--- SCHEDULE begin	C	
SCH	Schedule Activity Information	R	
]	--- SCHEDULE end		

El mensaje contiene la siguiente estructura:

- 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.
- En caso que se haya producido un error, el segmento **[ERR]** contiene información adicional sobre el error producido.
- Si no se ha producido un error, se envía el segmento **[SCH]** con el identificador asignado por el sistema gestor de lista de espera.

3.6.2.1. Datos del mensaje [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 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.

3.6.2.2. Datos de aceptación [MSA].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]		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).
 - o “AA”, si no se ha producido ningún error.
 - o “AE”, si 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.

3.6.2.3. Detalles de error [ERR].

Este segmento solo aparecerá si el valor de MSA.1 es “AE” y contendrá información que permitirá identificar el error. Su definición es la misma que en el documento de segmentos comunes.

3.6.2.1. Datos de la solicitud [SCH].

Este segmento solo aparecerá si el valor de MSA.1 es “AA” y contendrá información sobre la aceptación de la solicitud de cita original.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1		EI	RE	[0..1]		Placer Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la solicitud de lista de espera en el sistema solicitante
1.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador sistema solicitante
2		EI	R	[1..1]		Filler Appointment ID	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la solicitud de la lista de espera en el sistema maestro
2.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador sistema responsable de la lista de espera
5		CE	C	[0..1]		Schedule ID	
5.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la agenda
5.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la agenda
5.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación de la agenda
6		CE	R	[1..1]		Event Reason	
6.1	3	ST	R	[1..1]	SOLLIE		
6.2	20	ST	R	[1..1]	SOLICITUD INCLUSIÓN LIE	Text	Descripción de razón de citación
6.3	7	ID	R	[1..1]	99CTRS		
12		XCN	RE	[0..1]		Placer Contact Person	Solicitante de la solicitud
16		XCN	R	[1..1]		Filler Contact Person	Responsable de la agenda
20		XCN	R	[1..1]		Entered by Person	Persona que registró la cita

- Identificador de la lista de espera en el sistema solicitante [SCH.1] (Placer Appointment ID) Copia del campo ARQ.1 del segmento ARQ del mensaje de la solicitud.
- Identificador de la lista de espera en el sistema gestor [SCH.2] (Filler Appointment ID). Identificador único de la solicitud de lista de espera en el sistema que gestiona la misma:
 - o El.1 Identificador de la solicitud de lista de espera en el sistema que gestiona éstas.
 - o El.2 Centro de la lista de espera. Código del centro asociado al sistema que gestiona la lista de espera en la tabla 0362.

- Agenda. [SCH.5] (Schedule ID). Este campo identificará la agenda sobre la que se está haciendo la reserva, en el caso que éste exista :
 - o CE.1 Código de la agenda
 - o CE.2: identificador de la agenda.
 - o CE.3 Nombre de tabla de agendas usada.
"99AGENDAS_[CODIGO_CENTRO_SACYL]".
- Motivo del evento [SCH.6] (Event Reason) Contiene los siguientes valores:
 - o SCH.6.1 "SOLLIE"
 - o SCH.6.2 "SOLICITUD INCLUSIÓN LIE".
 - o SCH.6.3 "99CTRS"
- Solicitante del servicio [SCH.12] (Placer Contact Person), Indicará el profesional o servicio que solicitó la prestación.
- Responsable de la agenda [SCH.16] (Filler Contact Person) Profesional responsable de la gestion de solicitudes.
- Profesional que introdujo la solicitud en el sistema [SCH.20] (Entered by Person) Profesional que registró la solicitud. Este dato es necesario para tracking.

3.7. Mensaje SRM^Z03 (MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).

Este mensaje permite modificar una solicitud de inclusión de un paciente en la lista de espera. Este mensaje, debe ser contestado de forma inmedia por un SRR^Z03 confirmado la modificación o indicando un error.

3.7.1. Evento disparador.

Cuando un profesional médico, tras realizar una solicitud de inclusión de lista de espera se da cuenta que ha ingresado mal un dato, corrige la solicitud y la vuelve a enviar. Este mensaje es procesado y contestado de forma inmedia, por lo que cualquier error en la transacción es desplegado ante el profesional.

3.7.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRM^Z01 con las siguientes salvedades:

- La cabecera MSH indicará el tipo de mensaje SRM^Z03.
- El segmento ARQ, conendrá en su campo ARQ.2 el identificado de solicitud de lista de espera enviado por el gestor LIE en la creación de la solicitud.

3.8. Mensaje SRR^Z03 (RESPUESTA INMEDIATA A UNA MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).

3.8.1. Evento disparador.

Este mensaje es una contestación automática desde el Gestor LIE cuándo este recibe y procesa un mensaje SRM^Z03

3.8.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRR^Z01 (salvo la cabecera MSH que indicará que se trata de un SRR^Z03).

3.9. Mensaje SRM^Z04 (CANCELACIÓN DE UNA SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).

3.9.1. Evento disparador.

Cuando un profesional médico, tras realizar una solicitud de inclusión de lista de espera se da cuenta que ha ingresado mal un dato, envía este mensaje

También puede darse el caso que desde el sistema LIE un gestor rechace la inclusión por algún motivo, enviándose este mensaje a la estación clinica solicitante.

3.9.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRR^Z01 (salvo la cabecera MSH que indicará que se trata de un SRR^Z04).

3.10. Mensaje SRR^Z05 (RESPUESTA INMEDIATA A LA CANCELACIÓN DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE UN PACIENTE EN LA LISTA DE ESPERA).

3.10.1. Evento disparador.

Este mensaje es una contestación automática se recibe y procesa un mensaje SRM^Z04

3.10.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRR^Z01

3.11. Mensaje SIU^Z12 (NOTIFICACIÓN DE ENTRADA EN LA LISTA DE ESPERA).

Mensaje usado en la notificación del registro de una nueva entrada en la lista de espera.

3.11.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado por cada ingreso en la lista de espera para una prestación. Dado que no tienen ni una agenda, ni ningún recurso asociado, no pueden considerarse mensajes de citas propios y por eso se ha definido un mensaje específico para ellos.

3.11.2. Estructura.

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

<u>SIU^Z12^SRM_S01</u>	<u>Schedule Information Unsolicited</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
ARQ	Appointment Request Information	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
{[DG1]}	Diagnosis	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
	--- RESOURCES begin	R	[1..1]
RGS	Resource Group Segment	R	[1..1]
[{	--- SERRVICE begin	RE	[0..n]
AIS	Appointment Information - Service	R	[1..1]
}]	--- SERVICE end		
	--- RESOURCE 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 tipo y la ubicación del paciente, servicio al que se dirige la cita

- En el caso que se conozca, se envía el diagnóstico asociado en el segmento [DG1].
- Los datos de quien solicita la prestación, en el segmento [ARQ],
- Cada una de las prestaciones solicitadas en un segmento [AIS] (si es que se conocen en ese momento).

3.11.2.1. Datos de mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será SIU^Z12^SRM_S01

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.11.2.2. Datos de la prestación solicitada [ARQ].

Este segmento contiene información sobre la cita y el motivo de solicitud de la misma.

SEQ	LEN	DT	Us o	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	EI		R	[1..1]		Placer Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la lista de espera
1.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador centro responsable de la lista de espera
8	CE		R		0277	Appointment Type	
8.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de tipo de lista de espera
8.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de lista de espera
8.3	7	ID	R	[1..1]	HL70277	Name of Coding System	Codificación de lista de espera
11	DR		R	[1..1]		Requested Start Date Time	
11.1.1	14	TS	R	[1..1]		Time	Fecha de entrada efectiva en lista de espera
15	XCN		R	[1..1]		Placer Contact Person	Solicitante del servicio
19	XCN		R	[1..1]		Entered by Person	Persona que registró la entrada en lista de espera.

- Identificador de la lista de espera [ARQ.1] (Filler Appointment ID) Identificador único de la lista de espera.
 - o EI.1 Identificador de la lista de espera en el sistema que gestiona éstas.
 - o EI.2 Centro de la lista de espera. Código del centro sobre el que se genera la entrada en la lista de espera, en base a la tablas 0362.
- Fecha de entrada efectiva en lista de espera [ARQ.11.1.1] Fecha a partir de la cual se debe realizar la prestación al paciente. Normalmente corresponderá al instante de ingreso en la lista de espera.
- Tipo de lista de espera [ARQ.8]. El tipo de lista de espera para el que se crea el registro en lista de espera se define en la tabla ampliada de usuario HL7 0277 (definido en el apartado común de tablas).

- Solicitante del servicio [ARQ.12] (Placer Contact Person) Profesional que solicitó la inclusión en lista de espera. En el caso que no se conozca la persona, pero sí el servicio, el campo XCN indicará el servicio. La codificación de servicio está definida en el apartado de “tipos de datos comunes” de este documento.
- Profesional que insertó en el sistema el registro en lista de espera [ARQ.19] (Entered by Person) . Este dato es necesario para tracking. En caso que no se conozca, contendrá los mismos datos que ARQ.12.

3.11.2.3. Datos del servicio solicitado [AIS].

Este segmento permite identificar los servicios asociados a registro en la lista de espera.

El uso del segmento es idéntico al del descrito en el del mensaje de solicitud de lista de espera (SIU^Z01).

3.11.2.4. Datos de paciente [PID].

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

3.11.2.5. Datos de la visita [PV1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
10	10	IS	R	[1..1]		Hospital Service	Servicio
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso

Este segmento contiene información sobre los datos asistenciales del paciente asociados a la inclusión en lista de espera.

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

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En caso que se trate de un paciente ingresado, 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.
 - PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) Servicio que tiene asociada la prestación solicitada.
- Origen de admisión [PV1.14] (Admit Source). Indica el distinto origen del paciente. Corresponderá a un valor de la tabla de usuario 0023, cuya definición puede encontrarse en la descripción del segmento PV1 en el apartado de segmentos comunes de esta guía.

3.11.2.6. Datos de diagnóstico [DG1].

En el caso que se conozca, se envían los datos del diagnóstico asociado en este segmento, siguiendo el uso descrito en el apartado de segmentos comunes.

3.12. Mensaje *SRR^Z14* (NOTIFICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE UN REGISTRO EN LISTA DE ESPERA).

Mensaje usado en la notificación de la modificación de un registro en la lista de espera. Se entiende modificación por el cambio de alguno de los datos de un registro existente. La eliminación del registro tiene un evento específico (Z14).

3.12.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado por cada modificación de un registro en la lista de espera.

3.12.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es la misma La definición abstracta del mensaje es la misma del mensaje SIU^SZ12 (ambos comparten la estructura abstracta SRM_S01).

El contenido del mensaje debe ser idéntico al enviado para iniciar la entrada en lista de espera (SIU^Z12), salvo aquellos datos que han sido modificados (como por ejemplo, los campos AIS.12) que pueden contener nuevos datos del proceso.

3.13. Mensaje SIU^Z15 (NOTIFICACIÓN DE SALIDA DE LA LISTA DE ESPERA).

Mensaje usado en la notificación del registro de que un registro ha sido eliminado de la lista de espera.

3.13.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado por cada eliminación de un paciente pendiente de un servicio apuntado a la lista de espera.

Las causas de la eliminación pueden ser varias: la prestación se ha realizado, otra prestación le ha sido realizada, el paciente ha fallecido, etc.

3.13.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SIU^Z12, y contendrá idéntica información que la solicitud, junto a las razones de la salida de lista de espera.

<u>SIU^Z15^SRM_S01</u>	<u>Schedule Information Unsolicited</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
ARQ	Appointment Request Information	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
{{DG1}}	Diagnosis	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
	--- RESOURCES begin	R	[1..1]
RGS	Resource Group Segment	R	[1..1]
	--- SERVICE begin	R	[1..1]
AIS	Appointment Information - Service	R	[1..1]
	--- SERVICE end		
	--- RESOURCE 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 tipo y la ubicación del paciente, servicio al que se dirige la cita
- En el caso que se conozca, se envía el diagnóstico asociado en el segmento **[DG1]**.
- Los datos de quien solicita la prestación, en el segmento **[ARQ]**,
- Los datos de la prestación solicitada en el segmento **[AIS]**.

3.13.2.1. Datos de mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será SIU^Z15^SRM_S01

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.13.2.2. Datos de la prestación solicitada [ARQ].

Este segmento contiene información sobre la cita y el motivo de solicitud de la misma.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	EI	R	[1..1]			Filler Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la lista de espera
1.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador centro responsable de la lista de espera
6	CE	R			99QBAJ	Request Even Reason	
6.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de motivo de salida
6.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de motivo de baja
6.3	7	ID	R	[1..1]	99QEXC/ 99QBAJ	Name of Coding System	
8	CE	R	[1..1]		0277	Appointment Type	
8.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de tipo de lista de espera
8.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de lista de espera
8.3	7	ID	R	[1..1]	HL70277	Name of Coding System	
11	DR	R	[1..1]			Requested Start Date Time	
11.1.1	14	TS	R	[1..1]		Time	Fecha de entrada efectiva en lista de espera
11.2.1	14	TS	R	[1..1]		Time	Fecha de salida efectiva en lista de espera
15	XCN	R	[1..1]			Placer Contact Person	Solicitante del servicio
19	XCN	R	[1..1]			Entered by Person	Persona que registró la solicitud

- Identificador de la lista de espera [ARQ.1] (Filler Appointment ID) Identificador único de la solicitud.
 - o El.1 Identificador de la lista de espera en el sistema que gestiona éstas.
 - o El.2 Centro de la lista de espera. Código del centro sobre el que se genera la entrada en la lista de espera, en base a la tablas 0362.
- Tipo de la lista de espera [ARQ.6] (Filler Appointment ID) Identificador único de la solicitud.

En función de si es una exclusión o una baja, se utilizan dos tablas distintas:

- o 99QBAJ para bajas.

99QBAJ Tabla de Motivos de baja de lista de quirófano (SACYL)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	INTERVENIDO HOSPITAL PROGRAMADA
2	INTERVENIDO HOSPITAL AUTOCONCERTACION
3	INTERVENIDO HOSPITAL URGENTE
4	RESOLUCION EN HOSPITAL APOYO
5	INTERVENIDO CENTRO CONCERTADO
6	INTERVENIDO POR CAUCES AJENOS AL INSALUD
7	EXITUS
8	RENUNCIA VOLUNTARIA
9	INTERVENCION POSTPUESTA A PETICION DEL PACIENTE
10	REVISION MEDICA DE LA INDICACION (EXCL.MOTV.MED)
11	ILOCALIZABLE
12	PACIENTE NO ACUDE A LA CITA
13	DETECTADA DUPLICIDAD
14	OTRAS CAUSAS
15	INTERVENIDO JORNADA ORDINARIA C. CONCERTADO
16	INTERVENIDO JORNADA EXTRAORDINARIA C. CONCERTADO
17	APLAZAMIENTO INTERVENCION A PETICION PACIENTE

18	APLAZAMIENTO POR MOTIVOS MEDICOS
19	RECHAZO DE LA DERIVACION A CENTRO CONCERTADO
20	ANULACIÓN POR DERIVACION ERRONEA
21	PACIENTE RECHAZA HOSPITAL DE DERIVACIÓN
22	DEVOLUCIÓN DEL PACIENTE POR REVISIÓN CLINICA
23	DEVOLUCIÓN DEL PACIENTE POR OTROS MOTIVOS
24	ERRORES ADMINISTRATIVOS

- Tipo de lista de espera [ARQ.8]. El tipo de lista de espera para el que se ingresa la solicitud se define en la tabla ampliada de usuario HL7 0277, definida en el mensaje SIU^Z12. Es copia de la información enviada en ese campo en el mensaje de notificación de ingreso en lista de espera.
- Fecha de entrada efectiva en lista de espera [ARQ.11.1.1] Fecha a partir de la cual se debe realizar la prestación al paciente. Normalmente corresponderá al instante de ingreso en la lista de espera.
- Fecha de salida efectiva en lista de espera [ARQ.11.2.1] Fecha a partir de la cual se ha hecho efectiva la salida de la lista de espera.
- Solicitante del servicio [ARQ.12] (Placer Contact Person) Profesional que solicitó la cita.
- Responsable de la agenda [ARQ.15] (Filler Contact Person) Profesional responsable de la petición de ingreso en lista de espera. En el caso que no se conozca la persona, pero sí el servicio, el campo XCN indicará el servicio. La codificación de servicio está definida en el apartado de “tipos de datos comunes” de este documento.
- Profesional que otorgó la cita [ARQ.19] (Entered by Person) Profesional que registró la cita. Este dato es necesario para tracking. En caso que no se conozca, contendrá los mismos datos que ARQ.15.

3.13.2.3. Segmentos PID, PV1, DG1

Estos segmentos serán idénticos a los enviados en el mensaje SIU^Z12.

3.14. Mensaje SIU^Z16 (NOTIFICACIÓN DE SALIDA TEMPORAL DE LISTA DE ESPERA).

Mensaje usado para notificar que un paciente ha salido de la lista de espera de forma temporal. Cuando se incorpore a ésta, conservará sus privilegios..

3.14.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado tras sacar de forma temporal a un paciente de una lista de espera..

3.14.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SIU^Z14 (mensaje de modificación de registro de lista de espera).

3.15. Mensaje SIU^Z17 (NOTIFICACIÓN DE REINGRESO TRAS UNA SALIDA TEMPORAL DE LISTA DE ESPERA).

Mensaje usado para notificar que un paciente que había salido de la lista de espera de forma temporal, regresa a ésta, conservando todos sus privilegios..

3.15.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado tras el re-ingreso de una salida temporal de un paciente de una lista de espera.

3.15.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SIU^Z14 (mensaje de modificación de registro de lista de espera).

3.16. Mensaje SIU^Z25 (CANCELACIÓN DE UNA NOTIFICACIÓN DE SALIDA DE LA LISTA DE ESPERA).

Mensaje usado para cancelar una notificación previa acerca que un registro ha sido eliminado de la lista de espera..

3.16.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado al cancelar la eliminación de un paciente pendiente de un servicio apuntado a la lista de espera.

Habitualmente se debe a que un usuario se ha dado cuenta que ha cancelado por error un registro de lista de espera de un paciente.

3.16.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SIU^Z15 (mensaje que cancela), y contendrá la misma información que dicho mensaje.

4. Perfil de Mensajes para Sincronización de Citas.

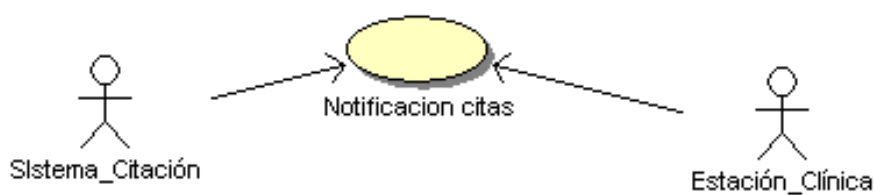
Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información citación al SACYL.

4.1. Definición del perfil de mensajería.

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

4.2. Caso de uso.

Este perfil de mensajería permite que distintos sistemas puedan mantenerse informados respecto a los recursos programados.



4.3. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE CITACIÓN	Sistema de gestión de agendas donde se acuerdan las citas con el paciente en función de la ocupación de los recursos. El sistema emite notificaciones cada vez que la ocupación de un recurso se modifica. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil de “filler” al ser la única responsable de las agendas que gestiona.
ESTACIÓN CLÍNICA	Sistema que no tiene el control de los recursos, pero que necesita: • Poder solicitar la concertación de nuevas citas. • Estar informado de las listas de trabajo de cada recurso. Dentro del modelo de actores propuesto en el capítulo 10 de la guía de HL7, esta aplicación cumple el perfil del “Auxiliary Application”
SISTEMA DE CODIFICACIÓN	Sistema que permite la codificación de episodios por profesionales expertos.

4.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
SRM^S01	Solicitud de cita	Estación	Gestor Agendas
SRR^S01	Respuesta a un SRM^S01 con el id de la solicitud en el gestor, o indicando un error. (Indica que se acepta la solicitud, no que el paciente citado)	Gestor Agendas	Estación
SRM^S03	Modificación de una solicitud de cita.	Estación	Gestor Agendas
SRR^S03	Respuesta a un SRM^S03 con la aceptación de la modificación o indicando un error.	Gestor Agendas	Estación
SRM^S04	Cancelación de una solicitud de cita.	Estación	Gestor Agendas
		Gestor Agendas	Estación

SRR^S04	Respuesta a un SRM^S04 con la aceptación o la cancelación o indicando un error.	Gestor Agendas	Estación
SIU^S12	Notificación de un nuevo encuentro programado.	Citación	Estación
SIU^S13	Notificación de reprogramación de un encuentro (cambio de fecha y/o hora)	Citación	Estación
SIU^S14	Notificación de modificación de un encuentro (otras que reprogramación)	Citación	Estación
SIU^S15	Notificación de cancelación de encuentro previamente programado	Citación	Estación
SIU^S26	El paciente no acudió a la cita	Citación	Estación
SQM^S25	Consulta sobre		
SQR^S25	Cons		
BAR^Z22	Procedimiento quirúrgico completado Actualización de la codificación de un procedimiento.	Codificación	Estación
BAR^P12	Actualización de los procedimientos o diagnósticos asociados a una actuación sobre un paciente	Codificación	Estación

La actual guía, distingue varios ámbitos de trabajo, en los que se trata de forma distinta el informe de actividad realizada:

- En consultas externas, donde el paciente acude a una consulta diagnóstica, la realización del encuentro con el paciente puede completarse con las siguientes notificaciones:
 - o Cancelaciones (SIU^S15), por diversos motivos antes del inicio de la misma.
 - o Si el paciente no acude al encuentro, se emite un SIU^S26.
 - o Con la notificación de alta del paciente (ADT^A03), cuando éste abandona el centro.
- En la realización de procedimientos diagnósticos (como puede ser el departamento de imagen médica) o terapéuticos (como digestivo), que generaran evidencias (informes, imágenes, etc.), la realización del encuentro con el paciente puede completarse con las siguientes modificaciones:
 - o Cancelaciones (SIU^S15), por diversos motivos antes del inicio de la misma.
 - o Si el paciente no acude al encuentro, se emite un SIU^S26.

- o Con el informe de realización de actividad (ORG^O19), desde el departamento encargado..
- En la realización de procedimientos quirúrgicos los resultados del encuentro con el paciente puede darse con las siguientes notificaciones:
 - o Cancelaciones (SIU^S15), por diversos motivos antes del inicio de la misma.
 - o Si el paciente no acude al encuentro, se emite un SIU^S26.
 - o Con el informe de realización de actividad quirúrgica (BAR^P12).

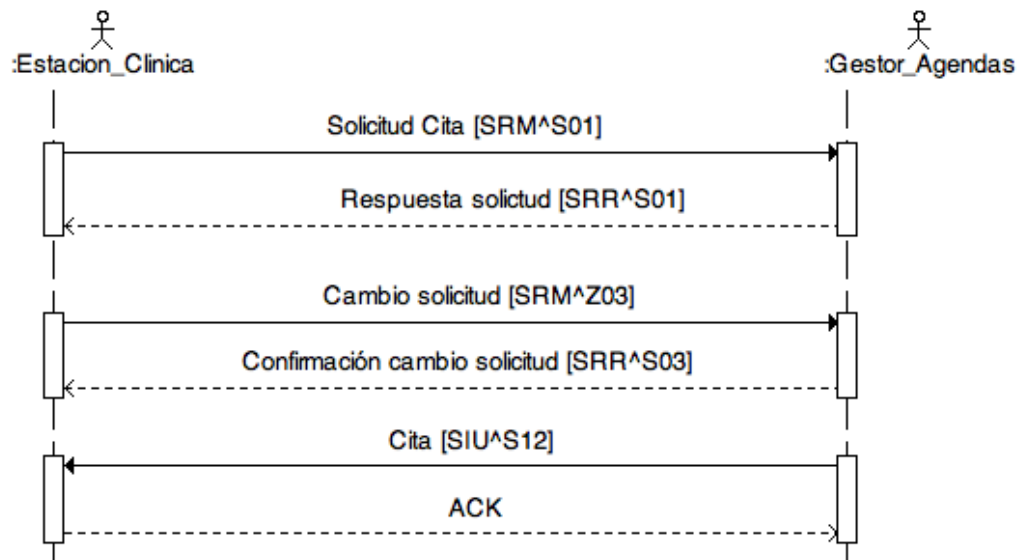
ÁMBITO	GESTIÓN DE AGENDAS	CIERRE
Consultas externas	SIU^S12: Nueva programación. SIU^S13: Reprogramación. SIU^S14: Modificación.	SIU^S15: Cancelación SIU^S26: El paciente no acude a la cita ADT^A03: Actividad realizada.
Peticiones departamentales (RX, Digestivo, etc)		SIU^S15: Cancelación OMG^O19: Actividad realizada.
Actividad Quirúrgica		SIU^S15: Cancelación SIU^S26: El paciente no acude a la cita BAR^Z22: Informe de actividad quirúrgica.

4.4. Definición dinámica.

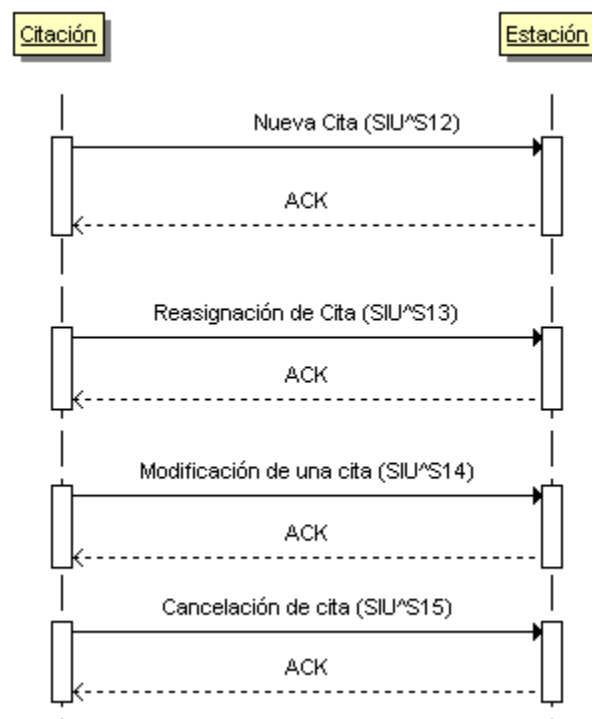
4.4.1. Diagrama de interacción.

El diagrama de secuencias que aparece a continuación, define el comportamiento a seguir por las aplicaciones que intercambian mensajes dentro de este perfil.

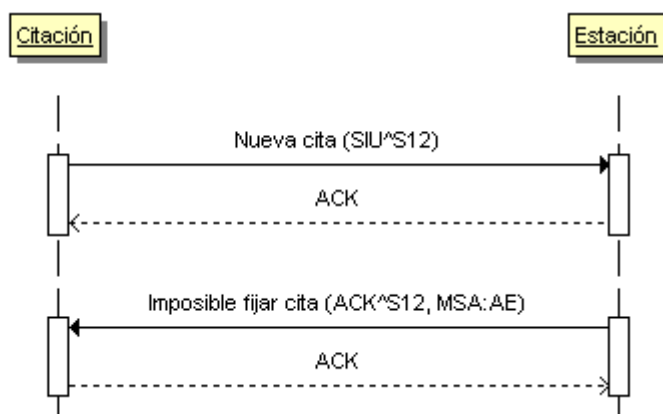
En el caso de una solicitud de una cita, el intercambio de mensajes sería el siguiente:



A partir del momento en que una cita se ha fijado (con un mensaje SIU^S12), el resto de la mensajería corresponde a notificaciones.



En caso que se produzca un error (por ejemplo, se notifique de una cita para un prestación que no está en el catálogo), se envía un mensaje de error de aplicación:



4.4.2. ACK.

La política de gestión ACK es la definida en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

4.5. Mensaje SRM^S01 (SOLICITUD DE CITA).

Este mensaje permite solicitar la citación de un paciente. El mensaje funciona como una solicitud a la que espera una respuesta inmediata (SRR^S01) que sirve de ACK de aceptación y de confirmación de recepción.

4.5.1. Evento disparador.

Cuando un profesional médico decide solicitar una cita de éste, ingresa dicha solicitud en su estación clínica y ésta envía un mensaje SRMS al sistema de gestión de la de agenda (el HIS habitualmente). El sistema de gestión de la agenda responde de forma inmediata a este mensaje con el identificador de la solicitud en su sistema, o con un error.

4.5.2. Estructura.

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

<u>SRM^S01^SRM_S01</u>	<u>Schedule Information Unsolicited</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
ARQ	Appointment Request Information	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
{[DG1]}	Diagnosis	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
	--- RESOURCES begin	R	[1..1]
RGS	Resource Group Segment	R	[1..1]
	--- SERRVICE begin	RE	[0..n]
AIS	Appointment Information - Service	R	[1..1]
	--- SERVICE end		
	--- RESOURCE 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 tipo y la ubicación del paciente, así como del servicio al que se dirige la cita
- En el caso que se conozca, se envía el diagnóstico asociado en el segmento **[DG1]**.
- Los datos de quien solicita la prestación, en el segmento **[ARQ]**.
- La prestaciones solicitada se indica en un segmento **[AIS]**. El segmento contendrá también todas las particularidades de la inclusión.

4.5.2.1. Datos de mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será SRM^S01^SRM_S01.

Debido al tipo especial de mensaje (la contestación inmediata es el ACK de aplicación) Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

4.5.2.2. Datos de la prestación solicitada [ARQ].

Este segmento contiene información sobre la cita y el motivo de solicitud de la misma.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	EI	R	[1..1]			Placer Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de solicitud
1.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador aplicación responsable de la solicitud
5	CE	R	[1..1]			Schedule ID	
5.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código tipo de agenda
5.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de agenda
5.3	7	ID	R	[1..1]	99AGENDA S_[CODIG O_CENTR O_SACYL	Name of Coding System	Codificación de agenda
8	CE	R	[1..1]		0277	Appointment Type	
8.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de ámbito de cita
8.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de ámbito de cita
8.3	7	ID	R	[1..1]	HL70277	Name of Coding System	
9	10	NM	RE	[0..1]		Appointment Duration	Duración prevista
11	DR	RE	[0..1]			Requested Start Date Time	
11.1.1	14	TS	R	[1..1]		Time	Fecha y hora de la cita
12	2	ST	R	[1..1]		Priority- ARQ	Prioridad
15	XCN	R	[1..1]		HL70425	Placer Contact Person	Solicitante del servicio
19	XCN	R	[1..1]			Entered by Person	Persona que registró la solicitud

- Identificador de solicitud de entrada en lista de espera [ARQ.1] (Filler Appointment ID) Identificador único de la solicitud.

- o EI.1 Identificador de entrada en la lista de espera en el sistema solicitante.
- o EI.2 identificador de la aplicación que genera la lista de espera.

Este identificador es valido únicamente durante esta interacción, en futuras transacciones el identificador válido será unicamente el retornado por el sistema gestor pues para este modelo es el gestor de citas el proveedor de identificadores para las solicitudes.

- Agenda. [ARQ.5] (Schedule ID). Este campo identificará la agenda sobre la que se está haciendo la reserva, en el caso que éste exista :
 - o CE.1 Código de la agenda
 - o CE.2: identificador de la agenda.
 - o CE.3 Nombre de tabla de agendas usada.
"99AGENDAS_[CODIGO_CENTRO_SACYL]".
- Ámbito de la agenda [ARQ.8] (Appointment Type) Tipo de agenda, descrito por la tabla HL7 0277 descrito en el apartado de tablas comunes.

- Duración prevista [ARQ.9] Duración prevista de la cita (si se conoce) en minutos.
- Fecha de cita solicitada [ARQ.11.1.1] En el caso que se conozca, se envía en este campo la fecha propuesta para la solicitud del paciente.
- Prioridad [ARQ.12] (Priority ARQ) Prioridad de la solicitud, codificada en la tabla HL7 0485 (definida en el apartado de tablas comunes).
- Solicitante de la cita [ARQ.15] (Placer Contact Person) Profesional responsable de la petición. En el caso que no se conozca la persona, pero sí el servicio, el campo XCN indicará el servicio. La codificación de servicio está definida en el apartado de “tipos de datos comunes” de este documento.
- Profesional que otorgó la cita [ARQ.19] (Entered by Person) Profesional que registró la solicitud. Este dato es necesario para tracking. En caso que no se conozca, contendrá los mismos datos que ARQ.15.

4.5.2.3. Datos del servicio solicitado [AIS].

Este segmento permite identificar los servicios asociados a la petición de lista de espera.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - AIL	SetID
3		CE	R	[1..1]		Universal Service Identifier	
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de prestación a realizar
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de prestación a realizar
3.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	Codificación de la prestación a realizar
11		CE	R	[1..n]	0411	Placer Supplemental Service Information	
11.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código adicional de prestación a realizar
11.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción adicional de prestación a realizar
11.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación adicional de la prestación a realizar
12		CE	C	[0..n]	0411	Filler Supplemental Service Information	
12.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de añadido a la prestación a realizar (desde el centro)
12.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de añadido a la prestación a realizar (desde el centro)
12.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación del añadido a la prestación a realizar (desde el centro)

- SetID [AIS.1]. El número de secuencia de segmento será siempre 1, ya que sólo hay un segmento AIS en el mensaje.
- Prestación a realizar [AIS.3] (*Universal Service Identifier*). Identificador de la prestación

a realizar..

- o CE.1: Código del procedimiento/prestación a realizar. (Si está codificado).
- o CE.2: Descripción.
- o CE.3: Sistema en la que se está codificando la prestación (sólo en el caso que CE.1 tenga valor).

Cuando la prestación se trate de una consulta de especialista a un paciente externo, los valores posibles serán:

Posibles codificaciones para consultas externas

(CÓDIGO) AIS.3.1	DESCRIPCIÓN AIS.3.2	CODIFICACIÓN AIS.3.3
28636-9	PRIMERA VISITA	LN
11506-3	REVISIÓN	LN

- Datos adicionales de la prestación a realizar: [AIS.11] (*Placer Supplemental Service Information*) y [AIS.11] (*Filler Supplemental Service Information*)

En caso que el campo AIS-3 no sea suficiente para identificar el servicio solicitado, se utilizan estos campos para añadir códigos adicionales. Los campos son repetibles de forma que se puedan añadir varios códigos.

- o CE.1: Código del añadido al procedimiento/prestación a realizar. (Si está codificado).
- o CE.2: Descripción.
- o CE.3: Sistema en la que se está codificando el añadido (sólo en el caso que CE.1 tenga valor).

Las tablas y tipos definidos son las definidas para los mismo campos del segmento AIS definido en el mensaje SRM^Z01.

4.5.2.4. Datos de paciente [PID].

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

4.5.2.5. Datos de la visita [PV1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
10	10	IS	R	[1..1]		Hospital Service	Servicio

Este segmento contiene información sobre los datos asistenciales del paciente asociados a la cita.

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 HL7 0004

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO
N	NO APLICA

Corresponderá al presumible estado del paciente en el momento de la cita.

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En caso que sea una información relevante para la cita, se envía la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.

- o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) Servicio que tiene asociada la prestación solicitada.

4.5.2.6. Datos de diagnóstico [DG1].

En el caso que se conozca, se envían los datos del diagnóstico asociado en este segmento, siguiendo el uso descrito en el apartado de segmentos comunes.

4.6. Mensaje SRR^S01 (RESPUESTA A UNA SOLICITUD DE CITA).

Este mensaje se envía como respuesta inmediata del mensaje SRM^S01 y contiene el identificador de la solicitud, o un error si ésta no ha podido generarse.

4.6.1. Evento disparador.

El mensaje se genera como contestación a un SRM^S01.

El identificador usado en SCH.1 (copia del enviado en ARQ.1) sólo es válido durante esta transacción.

Desde el momento de esta transacción, los futuros valores intercambiados en ARQ.1 y/o SCH.1 contendrán el valor retornado en SCH.2 en esta transacción.

4.6.2. Estructura.

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

<u>SRR^Z01 ^SRR_S01</u>	<u>Scheduled Request Response</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	
MSA	Message Acknowledgment	R	
[{ ERR }]	Error Information	C	
[	--- SCHEDULE begin	C	
SCH	Schedule Activity Information	R	
]	--- SCHEDULE end		

El mensaje contiene la siguiente estructura:

- 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.
- En caso que se haya producido un error, el segmento [ERR] contiene información adicional sobre el error producido.

- Si no se ha producido un error, se envía el segmento [SCH] con el identificador asignado por el sistema gestor de lista de agenda.

4.6.2.1. Datos del mensaje [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 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.

4.6.2.2. Datos de aceptación [MSA].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]		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).
 - o “AA”, si no se ha producido ningún error.
 - o “AE”, si 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.

4.6.2.3. Detalles de error [ERR].

Este segmento solo aparecerá si el valor de MSA.1 es “AE” y contendrá información que permitirá identificar el error. Su definición es la misma que en el documento de segmentos comunes.

4.6.2.4. Datos de la solicitud [SCH].

Este segmento solo aparecerá si el valor de MSA.1 es "AA" y contendrá información sobre la aceptación de la solicitud de cita original.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1		EI	RE	[0..1]		Placer Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la solicitud en el sistema solicitante
1.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema solicitante
2		EI	R	[1..1]		Filler Appointment ID	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la cita en el sistema gestor
2.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema gestor
5		CE	C	[0..1]		Schedule ID	
5.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la agenda
5.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la agenda
5.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación de la agenda
6		CE	R	[1..1]		Event Reason	
6.1	3	ST	R	[1..1]	SOLLIE		
6.2	20	ST	R	[1..1]	SOLICITUD DE CITA	Text	Descripción de razón de citación
6.3	7	ID	R	[1..1]	99CTRS		
12	XCN		RE	[0..1]		Placer Contact Person	Solicitante de la cita
16	XCN		R	[1..1]		Filler Contact Person	Responsable de la agenda
20	XCN		R	[1..1]		Entered by Person	Persona que registró la cita

- Identificador de la solicitud en el sistema solicitante [SCH.1] (Placer Appointment ID)
Copia del campo ARQ.1 del segmento ARQ del mensaje de la solicitud.
- Identificador de la cita en el sistema gestor [SCH.2] (Filler Appointment ID).
Identificador único de la solicitud de la cita en el sistema que gestiona la misma:
 - EI.1 Identificador de la solicitud en el sistema que gestiona la agenda.
 - EI.2 Identificador único del sistema gestor de la agenda.
- Agenda. [SCH.5] (Schedule ID). Este campo identificará la agenda sobre la que se está haciendo la reserva, en el caso que éste exista :
 - CE.1 Código de la agenda
 - CE.2: identificador de la agenda.
 - CE.3 Nombre de tabla de agendas usada.
"99AGENDAS_[CODIGO_CENTRO_SACYL]".
- Motivo del evento [SCH.6] (Event Reason) Valor fijo a "ASK" indicando que es una respuesta a solicitud.
 - CE.1 Valor fijo a "SOLCIT", al tratarse de una solicitud.
 - CE.2 Valor fijo a "SOLICITUD DE CITA".

- o CE.3 “99CTRS”.
- Solicitante del servicio [SCH.12] (Placer Contact Person), Indicará el profesional o servicio que solicitó la prestación.
- Responsable de la agenda [SCH.16] (Filler Contact Person) Profesional responsable de la gestion de la agenda solicitada.
- Profesional que introdujo la solicitud en el sistema [SCH.20] (Entered by Person) Profesional que registró la solicitud. Este dato es necesario para tracking.

4.7. Mensaje SRM^S03 (MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE CITA).

Este mensaje permite modificar una solicitud de cita. Este mensaje, debe ser contestado de forma inmedia por un SRR^S03 confirmado la modificación o indicando un error.

4.7.1. Evento disparador.

Cuando un profesional médico, tras solicitar una cita se da cuenta que ha ingresado mal un dato, corrige la solicitud y la vuelve a enviar. Este mensaje es procesado y contestado de forma inmedita, por lo que cualquier error en la transacción es desplegado ante el profesional.

4.7.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRM^S01 con las siguientes salvedades:

- La cabecera MSH indicará el tipo de mensaje SRM^S03.
- El segmento ARQ, conendrá en su campo ARQ.2 el identificado de solicitud de lista de espera enviado por el gestor de citas en la creación de la solicitud.

4.8. Mensaje SRR^S03 (RESPUESTA INMEDIATA A UNA MODIFICACIÓN DE SOLICITUD DE CITA).

4.8.1. Evento disparador.

Este mensaje es una contestación automática desde el Gestor LIE cuándo este recibe y procesa un mensaje SRM^S03

4.8.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRR^S01 (salvo la cabecera MSH que indicará que se trata de un SRR^S03).

4.9. Mensaje SRM^S04 (CANCELACIÓN DE UNA SOLICITUD DE CITA).

4.9.1. Evento disparador.

Cuando un profesional médico, tras solicitar una cita se da cuenta que ha ingresado mal un dato, envía este mensaje .

También puede darse el caso que desde el control de la agenda un gestor rechace la inclusión por algún motivo, enviándose este mensaje a la estación clínica solicitante.

4.9.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRR^S01 (salvo la cabecera MSH que indicará que se trata de un SRR^S04).

4.10. Mensaje SRR^Z04 (RESPUESTA INMEDIATA A LA CANCELACIÓN DE SOLICITUD DE CITA).

4.10.1. Evento disparador.

Este mensaje es una contestación automática se recibe y procesa un mensaje SRM^S04

4.10.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje fijada por esta implementación es idéntica a la del mensaje SRR^S01

4.11. Mensaje SIU^S12 (NOTIFICATION OF NEW APPOINTMENT BOOKING).

Mensaje usado en la notificación del registro de una reserva de recursos para una prestación al paciente: en concreto para una cita de consultas externas, una sesión de radiología, o para una intervención quirúrgica.

4.11.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado por cada nueva cita, bien para una consulta externa, para un servicio (radiología por ejemplo), o para una intervención quirúrgica.

4.11.2. Estructura.

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

<u>SIU^S12^SIU_S12</u>	<u>Schedule Information Unsolicited</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
SCH	Schedule Activity Information	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[OBX]	Observation	RE	[0..1]
{[DG1]}	Diagnosis	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
	--- RESOURCES begin	R	[1..1]
RGS	Resource Group Segment	R	[1..1]
{	--- SERVICE begin	R	[1..n]
AIS	Appointment Information - Service	R	[1..1]
[{NTE}]	Notes and Comments for the AIS	R	[0..n]
}	--- SERVICE end		
	--- LOCATION_RESOURCE begin	R	[1..1]
AIL	Appointment Information - Location Resource	R	[1..1]
	--- LOCATION_RESOURCE end		
{[	--- PERSONNEL_RESOURCE begin	RE	[0..n]
AIP	Appointment Information - Personnel Resource	R	[1..1]
]]	--- PERSONNEL _RESOURCE end		
	--- RESOURCE 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 evento [**EVN**]. Información relativa a cuándo se hace efectivo el ingreso.
- 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 tipo y la ubicación del paciente, servicio al que se dirige la cita, nº episodio asociado, etc.,
- El segmento [**OBX**] permite indicar información adicional del paciente.
- En el caso que se conozca, se envía el diagnóstico asociado en el segmento [**DG1**].
- Los datos de la reserva de recursos de agenda:
 - En el segmento [**SCH**] los datos de agenda y las solicitudes a las que está asociada la reserva (peticiones de radiología, laboratorio, etc.), así como la prestación/procedimientos a realizar.

- En el segmento [TQ1], cuándo tendrá lugar el servicio.
- En el segmento [AIS], cada una de las prestaciones/servicios solicitados. Las observaciones sobre la misma se envían en segmentos [NTE] asociados.
- En el segmento [AIL] la ubicación reservada.
- Las distintas personas involucradas en la solicitud, en cada uno de los segmentos [AIP]

4.11.2.1. Datos de mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será SIU^S12^SIU_S12

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.11.2.2. Datos del paciente [PID].

El segmento PID de este mensaje se construye siguiendo las indicaciones descritas en el apartado común.

4.11.2.3. Datos de la visita [PV1].

El segmento PV1 de este mensaje se construye siguiendo las indicaciones descritas en el apartado común.

4.11.2.4. Observaciones [OBX].

El segmento permite enviar información adicional de un paciente. En el caso de éste mensaje permite el envío del garante del paciente (pues este mensaje no contiene el segmento GT1 más indicado para ello).

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0125	Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]		Value Type	Tipo de dato a enviar
3	20	CE	R	[1..1]		Observation Identifier	Código del resultado enviado
3.1			R	[1..1]		Identifier	
3.2			R	[1..1]		Text	
3.3			R	[1..1]		Name Coding System	
5	99999	ST/FT/EI	R	[1..1]	F	Observation Value	Valor del resultado
11	1	ID	R	[1..1]		Observation Result Status	Estado 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
ST	Cadena de caracteres (para informes)
XCN	Información extendida de una persona o institución

- 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).
- Adicionalmente el segmento OBX permite enviar información adicional sobre observaciones (en todas ellas, el valor OBX.3.3 será “LN” correspondiente a la tabla LOINC).

CÓDIGO OBX.3.1	DESCRIPCIÓN OBX.3.2	TIPO DE DATO OBX.2	CONTENIDO OBX.5
XGT1	Garante del paciente	XCN	OBX.5 será de tipo XCN, y contendrá los siguientes datos: - OBX.5.1 (XCN.1): Código de garante - OBX.5.3 (XCN.3): Nombre (descripción) del garante. - OBX.5.9 (XCN.9) "HIS" - OBX.5.13 (XCN.13) "PN". - OBX.5.22.1 (XCN.22.1) . Código de centro (complejo) - OBX.5.22.3 (XCN.22.3) "99CENTROSACYL" Descripción (o tabulación) en OBX.5.2. Un segmento OBX por cada una.

- Valor [OBX.5] Este campo contendrá el valor del dato a transmitir.
- Estado del resultado [OBX.11]. Ya que sólo se envían resultados validados, este campo podrá tener los siguientes valores:

Valor	DESCRIPCIÓN
F	Resultado final

4.11.2.5. Datos generales de la cita [SCH].

Este segmento contiene información sobre la cita y el motivo de solicitud de la misma.

SEQ	LE N	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1		EI	RE	[0..1]		Placer Appointment ID	
1.1	19 9	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la solicitud de cita
1.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema responsable de la solicitud de cita
2		EI	R	[1..1]		Filler Appointment ID	
2.1	19 9	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la cita
2.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador sistema responsable de la agenda
5		CE	C	[0..1]		Schedule ID	
5.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de la agenda
5.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la agenda
5.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación de la agenda
6		CE	R	[1..1]	99CTRS	Event Reason	
6.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de razón de citación
6.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de razón de citación
6.3	7	ID	R	[1..1]	99CTRS	Name of Coding System	
8		CE	R	[1..1]	0277	Appointment Type	
8.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de ámbito de cita
8.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de ámbito de cita
8.3	7	ID	R	[1..1]	HL70277	Name of Coding System	
12		XCN	RE	[0..1]		Placer Contact Person	Solicitante del servicio
15		PL	C	[0..1]		Placer Contact Locatn	
15.4.1	20	ST	R	[1..1]		Building (Namespace)	Centro del solicitante
15.6	20	IS	R	[1..1]	0305	Personal Location Type	Tipo de centro solicitante
15.9	199	ST	R	[1..1]		Description Location	Descripción del solicitante
16		XCN	R	[1..1]		Filler Contact Person	Responsable de la agenda
20		XCN	R	[1..1]		Entered by Person	Persona que registró la cita
25		CE	R	[1..1]	0278	Filler Status Code	
25.1	10	ST	R	[1..1]			Código estado cita
25.2	20	ST	R	[1..1]			Descripción estado de la cita
25.3	7	ID	R	[1..1]	HL70278		
26		EI	C	[0..1]		Placer Order Number	
26.1	19 9	ST	R	[0..1]		Entity Identifier	Código de la petición asociada
26.2	40	IS	R	[0..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario

- Identificador de la solicitud de cita [SCH.1] (Placer Appointment ID) Identificador único de la cita.
 - o El.1 Identificador de la petición de cita.
 - Si la cita es una consulta externa, este identificador corresponderá al identificador de la solicitud de cita.
 - Si la cita es de quirófano y proviene de una lista de espera, este campo contiene el identificador de lista de espera.
 - o El.2 Sistema responsable de la solicitud. Código del sistema responsable de la solicitud de cita o lista de espera (habitualmente el HIS del centro).
- Identificador de la cita [SCH.2] (Filler Appointment ID) Identificador único de la cita.
 - o El.1 Identificador de la programación de recurso en el sistema que lo gestiona. Si es una cita, será el identificador de cita, y si se trata de una programación quirúrgica se tratará del identificador de programación.
 - o El.2 Sistema responsable de la agenda. Identificador único del sistema responsable de la agenda/programación (habitualmente el HIS del centro).
- Agenda. [SCH.5] (Schedule ID). Este campo identificará la agenda sobre la que se está haciendo la reserva, en el caso que éste exista :
 - o CE.1 Código de la agenda
 - o CE.2: identificador de la agenda.
 - o CE.3 Nombre de tabla de agendas usada. "99AGENDAS_[CODIGO_CENTRO_SACYL]".
- Motivo del evento [SCH.6] (Event Reason), permitirá indicar la causa que origina la citación. Podrá tomar un valor de la siguiente tabla:

Tabla local 99CTRS de causas de citación para NUEVAS CITAS:

CÓDIGO (CE.1)	DESCRIPCIÓN (CE.2)
1	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
2	CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
3	SEGUIMIENTO
4	COMPLICACIONES
5	AJUSTE DE TRATAMIENTO
6	CONTROL PERIÓDICO
7	DESCONOCIDO

- Ámbito de cita [SCH.8] Indica el ámbito de la nueva cita, en la tabla 0277, descrito en el apartado de tablas comunes.

- Solicitante del servicio [SCH.12] (Placer Contact Person) en el caso que se conozca, indicará el profesional y/o servicio que solicitó la prestación (es decir si se conoce la persona, se informa de la persona y el servicio si no se conoce la persona pero sí el servicio, se envía el servicio).
- Centro solicitante [SCH.15] (Placer Contact Location) En el caso que se conozca se indicará en este campo el centro solicitante:
 - o SCH.15.4.1 será el código del centro en la tabla de centros de SACYL.
 - o SCH.15.6 contendrá el tipo de centro, que para este contexto son:

Tabla HL70305 para el tipo de centro limitada para la gestión de citas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
C	Centro hospitalario
OB	Centro no hospitalario
AP	Centro de Atención Primaria
CE	Centro de Especialidades

- o SCH.15.9 contendrá la descripción del centro.
- Responsable de la agenda [SCH.16] (Filler Contact Person) Profesional responsable de la agenda de la cita.
- Profesional que otorgó la cita [SCH.20] (Entered by Person) Profesional que registró la cita. Este dato es necesario para tracking.
- Estado de la cita [SCH.25] (*Filler Status Code*) Para citas o encuentros creados normalmente (antes de que se produzcan tiene el valor “Booked/Reservada”, para las citas que se crean posteriormente a la actividad (cuando ésta ya ha pasado) tienen el valor “Complete/Realizada”

CÓDIGO (SCH.25.1)	DESCRIPCIÓN (SCH.25.1)	SITUACIÓN
Booked	Reservada	Citas/operaciones programadas con anterioridad a que se produzcan.
Complete	Realizada	Citas/operaciones programadas con posterioridad a que se produzcan (cuando un paciente acude sin cita y se le atiende). En estos casos se genera un SIU^S12 posteriormente a que la cita haya ocurrido

- Tiene el valor “Booked”, de la tabla HL7 0278 indicando que está reservada, pero aún no ha comenzado.
- Código de la petición asociada [SCH.26] (*Placer Order Number*) En el caso que la reserva esté asociada a una petición (de radiología, laboratorio, etc.) este campo debe ser idéntico al valor ORC.2 de la petición asociada.

4.11.2.6. Datos de tiempo [TQ1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
7	26	TS	R	[1..1]		Start date/time	Fecha y hora Inicio de la cita
9	CWE		RE	[0..1]	0485	Priority	
9.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
9.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Codificación de la prioridad
9.3	20	ID	R	[1..1]	HL70485	Name Coding System	Descripción de la prioridad
13	CQ		RE	[0..1]		Occurrence Duration	Duración (en minutos) de la cita
13.1	20	NM	R	[1..1]		Quantity	
13.2.1	20	ST	R	[1..1]	min	Units/ Identifier	
13.2.2	20	ST	R	[1..1]	Minutos	Units/ Test	
13.2.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Units/ Name of Coding system	

- Inicio de la cita [TQ1.7] (Start datetime) Fecha y hora de inicio de la cita.
- *Prioridad* [TQ1.9] (*Priority*): Describe la urgencia del servicio citado. Si el campo está en blanco, el valor por defecto será 'R'. Los valores a utilizar pueden ser los siguientes (extraídos de la tabla HL7 0485)

CWE.1	CWE.2	DESCRIPCIÓN
R	Normal	Petición rutinaria (por defecto).
A	Preferente	Tan pronto como se pueda
S	Urgente	Con la máxima prioridad (más urgente que 'A').

- Duración [TQ1.13] (Occurrence Duration) Duración (en minutos). Se compone de los siguientes elementos:
 - o CQ.1: Duración. (en minutos). En caso que se conozca
 - o CQ.2 es un tipo CE, que permite codificar las unidades. En este caso indicaremos que se trata de minutos:
 - CQ.2.1 "Min"
 - CQ.2.2 "Minutos"
 - CQ.2.3: "ISO+"

4.11.2.7. Agrupación de datos de citas [RGS].

Este segmento permite agrupar recursos y debe estar presente para la correcta interpretación del mensaje.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - RGS	Set ID

- SetID Dado que sólo hay un grupo, este campo deberá tener valor 1

El segmento no contiene más información, pero debe estar presente para asegurar que en un futuro se pueda ampliar la funcionalidad del mismo.

4.11.2.8. Datos de prestación solicitada [AIS].

Este segmento permite identificar las prestaciones asociadas. Estas prestaciones pueden ser:

- Una cita para una consulta con un especialista.
- Una cita para un procedimiento diagnóstico (por ejemplo, de imagen diagnóstica), una laparoscopia, etc. En este caso tendrá un código de procedimiento diagnóstico de la CIE9-MC, o de la SERAM en caso de ser de imagen.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	A	Set ID - AIS	SetID
2	3	ID	R	[1..1]		Segment Action Code	Tipo de acción sobre el recurso
3	CE		R	[1..1]		Universal Service Identifier	
3.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de prestación a realizar
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de prestación a realizar
3.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación de la prestación a realizar
11	CE		RE	[0..n]		Placer Supplemental Service Information	
11.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código adicional de prestación a realizar
11.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción adicional de prestación a realizar
11.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación adicional de la prestación a realizar
12	CE		C	[0..n]	0411	Filler Supplemental Service Information	
12.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de añadido a la prestación a realizar (desde el centro)
12.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de añadido a la prestación a realizar (desde el centro)
12.3	7	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación del añadido a la prestación a realizar (desde el centro)

- SetID [AIS.1]. El número de secuencia de segmento será siempre 1, ya que sólo hay un segmento AIS en el mensaje.
 - Acción sobre el recurso [AIS.2]: siempre a “A”, al ser nuevo.
 - Prestación a realizar [AIS.3] (*Universal Service Identifier*). Identificador de la prestación a realizar (según indique la codificación CIE-9).
 - o CE.1: Código del procedimiento/prestación a realizar (Codificado según indique el campo CE.3).
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Sistema en la que se está codificando la prestación (i9C).
 - Datos adicionales de la prestación a realizar: [AIS.11] (*Placer Supplemental Service Information*) y [AIS.12] (*Filler Supplemental Service Information*)
- En caso que el campo AIS-3 no sea suficiente para identificar el servicio solicitado, se utilizan estos campos para añadir códigos adicionales. Los campos son repetibles de forma que se puedan añadir varios códigos.
- o CE.1: Código del añadido al procedimiento/prestación a realizar. (Si está codificado).
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Sistema en la que se está codificando el añadido (sólo en el caso que CE.1 tenga valor).

Las tablas y tipos definidos son las definidas para los mismo campos del segmento AIS definido en el mensaje SRM^Z01.

4.11.2.9. Observaciones sobre el servicio solicitado [NTE].

El segmento NTE contiene las observaciones y comentarios del personal de admisión sobre el servicio solicitado. El uso de este segmento se describe en el documento de recursos comunes para mensajería HL7 V2 de SACYL.

4.11.2.10. Datos de personal involucrado [AIP].

Este segmento permite identificar los profesionales involucrados en la prestación asociada. Cada segmento contiene los datos del profesional y su relación con la prestación o servicio.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	A	Set ID - AIP	SetID
2	3	ID	R	[1..1]		Segment Action Code	Tipo de acción sobre el recurso
3	XCN		R	[1..1]		Personael Resource ID	
4	CE			[1..1]		Resource Type	
4.1	3	ST	R	[1..1]	0182	Identifier	Código de tipo de profesional
4.2	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de tipo de profesional
4.3	7	ID	R	[1..1]		HL70182	Name of Coding System

- SetID [AIP.1]. El número de secuencia de segmento será siempre 1, ya que sólo hay un segmento AIS en el mensaje.
- Acción sobre el recurso [AIP.2]: siempre a "A", al ser nuevo.
- Identificador del profesional [AIP.3] describirá en un campo tipo XCN al profesional reservado,
- Tipo de profesional [AIP.4] (*Resource Type*). Identificador del tipo de la categoría profesional del personal.
 - o CE.1: Código del tipo de profesional
 - o CE.2: Descripción.
 - o CE.3: Sistema en la que se está codificando: tabla HL70182

Tabla HL70182 de tipos de profesionales: (Basada en 2.16.840.1.113883.5.110)

CÓDIGO (CE.1)	DESCRIPCIÓN (CE.2)
SURG	CIRUJANO
SURGX	CIRUJANO (NO PRINCIPAL)
NURS	AUXILIAR ENFERMERÍA (PRINCIPAL)
NURSX	AUXILIAR ENFERMERÍA (NO PRINCIPAL)
NU	ENFERMERÍA (PRINCIPAL)
NUX	ENFERMERÍA (NO PRINCIPAL)
ANESTH	ANESTESISTA (PRINCIPAL)

ANESTHX	ANESTESISTA (NO PRINCIPAL)
PHYS	MÉDICO (PRINCIPAL)
PHYSX	MÉDICO (NO PRINCIPAL)
MIDW	MATRONA (PRINCIPAL)
MIDWX	MATRONA (NO PRINCIPAL)
TT	INSTRUMENTALISTA (PRINCIPAL)
TTX	INSTRUMENTALISTA (NO PRINCIPAL)
RR	CIRCULANTE (PRINCIPAL)
RRX	CIRCULANTE (NO PRINCIPAL)
OBS	MÉDICO ASISTENTE A PARTO (PRINCIPAL)
OBSX	MÉDICO ASISTENTE A PARTO (NO PRINCIPAL)
ORL	CELADOR (PRINCIPAL)
ORLX	CELADOR (NO PRINCIPAL)

4.11.2.11. Datos de ubicación [AIL].

Este segmento permite identificar la sala donde se va a realizar la prestación asociada.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	A	Set ID - AIL	SetID
2	3	ID	R	[1..1]		Segment Action Code	Tipo de acción sobre el recurso
3	PL	IS	R	[1..1]		Location Resource ID	Sala reservada
3.1			R	[1..1]		Point of Care	

- SetID [AIL.1]. El número de secuencia de segmento será siempre 1, ya que sólo hay un segmento AIS en el mensaje.
- Acción sobre el recurso [AIL.2]: siempre a "A", al ser nuevo.
- Servicio solicitado [AIL.3.1] (Location Resource ID). Identificador de la sala donde se realizará la prestación, en la codificación específica del centro.

4.11.2.12. Datos de paciente [PID].

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

4.11.2.13. Datos de la visita [PV1].

El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”.

4.11.2.14. Datos de diagnóstico [DG1].

En el caso que se conozca, se envían los datos del diagnóstico asociado en este segmento, siguiendo el uso descrito en el apartado de segmentos comunes.

4.12. Mensaje SIU^S13 (NOTIFICATION OF APPOINTMENT RESCHEDULING).

Mensaje para realizar la comunicación de un cambio de hora de una cita o una operación previamente asignada.

4.12.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se realiza el cambio de la hora de inicio y/o fin en una cita o en una operación ya existente.

4.12.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la misma del mensaje SIU^S13 (ambos comparten la estructura abstracta SIU_S12).

El contenido del mensaje debe ser idéntico al enviado para iniciar la cita (SIU^S12), con las siguientes salvedades:

- El campo MSH.9, que define la estructura del mensaje, ahora debe ser: “SIU^S13^SIU_S12”.
- El componente SCH.6 contendrá el código y descripción del motivo de cambio de horario. Podrá tomar un valor de la siguiente tabla:

Tabla local 99CTRS para razón es de REPROGRAMACIONES que impliquen retraso:

CÓDIGO (CE.1)	DESCRIPCIÓN (CE.2)
P	APLAZAMIENTO VOLUNTARIO A PETICIÓN DEL PACIENTE
C	APLAZAMIENTO POR PROTOCOLO CLÍNICO
T	APLAZAMIENTO EN ESPERA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO
N	SIN DEMORA
I	APLAZAMIENTO POR INDICACIÓN CLÍNICA

- El segmento TQ1 contendrá el nuevo horario de la cita.
- Los campos AIS.2 y AIL.2 (*Tipo de acción del segmento*) tendrán valor “U”, ya que en este caso se trata de una actualización.

La definición de segmentos se puede encontrar en el mensaje SIU^S12^SIU_S12.

4.13. Mensaje SIU^S14 (NOTIFICATION OF APPOINTMENT MODIFICATION).

Mensaje utilizado para informar sobre la modificación de algún dato o información relativa a una cita o intervención programada.

4.13.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se realiza algún tipo de modificación diferente de la reprogramación sobre una cita o intervención programada.

4.13.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la misma del mensaje SIU^S13 (ambos comparten la estructura abstracta SIU_S12).

El contenido del mensaje debe ser idéntico al enviado para iniciar la cita (SIU^S12), con las siguientes salvedades:

- El campo MSH.9, que define la estructura del mensaje, ahora debe ser: “SIU^S14^SIU_S12”.
- El componente SCH.6.2 contendrá el texto con la descripción del motivo de cambio (si es que se conoce tal motivo) o la palabra “CAMBIO” (se debe enviar ya que es un campo obligatorio en el estándar). Dado que no existe codificación, no se enviarán los componentes SCH.6.1 ni SCH.6.3.
- Los segmentos TQ1, AIS y AIL contendrán actualizada la información de la reserva de recursos para el evento.
- El campo AIS.2 y AIL.2 (*Tipo de acción del segmento*) tendrá valor “U”, ya que en este caso se trata de una actualización.

La definición de segmentos se puede encontrar en el mensaje SIU^S12^SIU_S12.

4.14. Mensaje SIU^S15 (NOTIFICATION OF APPOINTMENT CANCELLATION).

Este mensaje se utiliza cuando se registra una cancelación de una cita previamente anotada, o bien una intervención ya programada.

4.14.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se realiza una cancelación sobre una cita o una intervención.

4.14.2. Estructura.

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

La definición abstracta del mensaje es la misma del mensaje SIU^S13 (ambos comparten la estructura abstracta SIU_S12).

El contenido del mensaje debe ser idéntico al enviado para iniciar la cita (SIU^S12), con las siguientes salvedades:

- El campo MSH.9, que define la estructura del mensaje, ahora debe ser: "SIU^S15^SIU_S12".
- El componente SCH.6.2 contendrá el texto con la descripción del motivo de la cancelación. Dado que no existe codificación, no se enviarán los componentes SCH.6.1 ni SCH.6.3.
- Los componentes SCH.25.1 Y SCH.25.2 (Estado de la cita, contiene los siguientes valores:
 - o SCH.25.1: "Cancelled".
 - o SCH.25.2: "Cancelado".
- El segmento TQ1, contendrá la información de duración del evento que se está cancelando.
- El campo AIS.2 y AIL.2 (*Tipo de acción del segmento*) tendrá valor "D", ya que en este caso los recursos quedan liberados.
- No es necesario el envío de los segmentos DG1 asociados a la cita original.

La definición de segmentos se puede encontrar en el mensaje SIU^S12^SIU_S12, aunque se detalla a continuación la de los segmentos AIS y AIL debido al nuevo campo.

4.15. Mensaje SIU^S26 (Notification That Patient Did Not Show Up for Scheduled Appointment).

Este mensaje se utiliza para notificar que un paciente no ha acudido a una cita o a una intervención programada.

4.15.1. Evento disparador.

Este mensaje debe transmitirse cuando se registra la no asistencia de un paciente a un evento programado, notificado inicialmente por un mensaje SIU^S12.

4.15.2. Estructura.

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

La definición abstracta del mensaje es la misma del mensaje SIU^S13 (ambos comparten la estructura abstracta SIU_S12).

El contenido del mensaje debe ser idéntico al enviado para iniciar la cita (SIU^S12), con las siguientes salvedades:

- El campo MSH.9, que define la estructura del mensaje, ahora debe ser: "SIU^S26^SIU_S12".
- El componente SCH.6.2 contendrá bien el texto "PACIENTE NO ACUDE".
- Los componentes SCH.25.1 Y SCH.25.2 (Estado de la cita, contiene los siguientes valores:
 - o SCH.25.1: "Noshow".
 - o SCH.25.2: "Ausencia del paciente".
- Los segmentos TQ1, AIS y AIL contendrán los recursos con la última programación.
- El campo AIS.2 y AIL.2 (*Tipo de acción del segmento*) tendrá valor "D", ya que en este caso los recursos quedan liberados.
- No es necesario el envío de los segmentos DG1 asociados a la cita original.

La definición de segmentos se puede encontrar en el mensaje SIU^S12^SIU_S12.

4.16. Mensaje BAR^Z22 (Informe actividad quirúrgica).

Mensaje usado en la notificación del registro de la realización de un procedimiento quirúrgico. La notificación puede indicar la creación de un nuevo registro, la modificación de uno o la eliminación de uno previamente existente (información detallada en el campo ZQG.9).

4.16.1.Evento disparador.

En el caso de tratarse de una programación de quirófano, la realización de la misma se notifica a través de este mensaje..

4.16.2.Estructura.

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

<u>BAR^Z22^BAR_P12</u>	<u>Update Diagnosis/Procedures</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
ZQG	Información quirúrgica adicional	R	[0..1]
[{DG1}]	Diagnosis	RE	[0..n]
{	--- PROCEDURE begin	R	[1..n]
PR1	Procedures	R	[1..1]
{[ROL]}	Role	RE	[0..n]
}	--- PROCEDURE 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 del paciente, su ubicación -si está ingresado-, nº episodio asociado, etc.
- Se usa un segmento [**ZQG**] con información adicional sobre el procedimiento.
- Datos de diagnósticos asociados [**DG1**].
- Procedimientos [**PR1**]. Información sobre los procedimientos que han intervenido en el proceso quirúrgico.
 - a. Asociado a cada procedimiento quirúrgico, se envían los datos de los profesionales que han intervenido (anestelistas, cirujanos, etc.) en segmentos [ROL] asociados al PR1. Cada segmento ROL contiene los datos de la persona, y el vínculo con la operación.

4.16.2.1. Segmento [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será BAR^Z22^BAR_P12

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.16.2.2. Segmento [EVN].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	RE	[0..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado la actividad
6	26	TS	RE	[0..1]		Event Occurred	Momento en el que finalizó el procedimiento quirúrgico.
7		HD	R	[1..1]		Event Facility	
7.1	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Sistema en el que se ha producido el evento

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real de fin del procedimiento quirúrgico.
- Sistema en que se ha producido el evento [EVN.7.1] (Event Facility) Sistema de información que ha generado el evento.

4.16.2.3. Segmento [PID].

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

4.16.2.4. Segmento [PV1].

El segmento PV1 para este mensaje se ajusta al definido en los segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”. En este caso el paciente

4.16.2.5. Segmento [ZQG].

Este segmento permite informar sobre datos de la intervención adicionales.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1		EI	RE	[0..1]		Placer Appointment ID	
1.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la lista de espera
1.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador centro responsable de la lista de espera
2		EI	C	[0..1]		Filler Appointment ID	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador de la programación quirúrgica
2.2	20	IS	R	[1..1]	0362	Namespace ID	Identificador centro responsable de la programación
3	30	ID	R	[1..1]		Status	Estado del procedimiento
4	30	ID	R	[1..1]		Biopsy	Biopsia intra-operatoria
5	14	TS	RE	[0..1]		Time	Momento 1ª incisión
6	14	TS	Re	[0..1]		Time	Momento sutura
7	300	FT	RE	[0..n]		Text	Observaciones
8	100	ST	R	[1..1]		Text	Turno
9	3	ID	C	[0..1]		Action Type	Tipo de acción
10		CE	C	[0..1]			
10.2	199	ST	R	[1..1]			Motivo de acción
11	3	IS	C	[0..1]	0136		Acción justificada
12		CE	C	[1..1]		Patient	
12.1	20	IS	R	[1..1]			Código de la ubicación final del paciente tras la operación
12.2	199	ST	R	[1..1]			Descripción de la ubicación final del paciente tras la operación
12.3	20	ST	R	[1..1]	99PATQDES		
13		PL	RE			Location Resource ID	
13.1	20	IS	R			Point of Care	Quirófano donde se ha realizado la operación
14		CE	RE	[0..1]			Tipo de lista de espera
14.1	20	IS	R	[1..1]			Identificador tipo lista de espera
14.2	199	ST	R	[1..1]			Descripción tipo lista de espera
14.3	20	ST	R	[1..1]	HL70277		Tabla de tipos de lista de espera
15	14	TS	RE	[0..1]			Hora de inicio de la anestesia
16	14	TS	C	[0..1]			Momento de inclusión en lista de espera (si el origen es lista de espera)
17		CE	RE	[0..n]			
17.1	20	IS	R	[1..1]			Identificador tipo de procedimiento/estudio necesario
17.2	199	ST	R	[1..1]			Descripción procedimiento/estudio necesario
17.3	20	ST	R	[1..1]	99QNES		
18	2	IS	C	[0..1]	0136		Indicador si la intervención ha sido ambulatorio (sin ingreso)
19	2	IS	C	[0..1]	0136		Indicador de éxito en la intervención

- Identificador de lista de espera [ZQG.1] En caso que se conozca, en este campo se

indica el identificador asociado de la lista de espera (no todas las intervenciones quirúrgicas han pasado por lista de espera). Es copia del campo ARQ.1 del mensaje inicial de lista de espera.

- ZQG.1.1: Identificador de la lista de espera.
- ZQG.1.2: Centro al que está asociada la lista de espera, según la tabla 0362.
- Identificador de lista de programación quirúrgica [ZQG.2] En caso que fuera una intervención programada, en este campo se indica el identificador asociado en la programación quirúrgica. Es copia del campo SCH.2 del mensaje inicial de cita.
 - ZQG.2.1: Identificador de la programación.
 - ZQG.2.2: Centro al que está asociada la programación, según la tabla 0362.
- Estado del procedimiento [ZQG.3], Indica si el procedimiento se ha cancelado, o ha finalizado correctamente. Puede tomar uno de los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CA	Procedimiento cancelado (Se deberá indicar si está justificado en ZQG.11)
CM	Procedimiento completado

- Tipo de biopsia intra-operatoria [ZQG.4]. Describe el tipo de biopsia intra-operatoria.
- Momento de incisión [ZQG.5]. Momento en que queda registrada la primera incisión.
- Momento de sutura [ZQG.6]. Momento en que queda registrada la realización de la sutura.
- Observaciones sobre la intervención [ZQG.7]. Se indican tantos segmentos como observaciones sobre la intervención.
- Turno de la intervención [ZQG.8]. Describe el turno en el que se ha hecho la intervención.
- Tipo de acción [ZQG.9] Permite indicar si el mensaje se refiere a una modificación, o cancelación. Debe tener un valor en la tabla HL7 0206. Si no se envía el campo, se asume que es de tipo "A".

Tabla HL7 0206

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	NUEVO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
D	ELIMINAR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
U	ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

- Motivo de acción [ZQG.10] Permite describir el motivo del cambio (obligatorio si ZQ9 es D o U). Para los no codificados sólo se incluye el campo CE.2.
- Cancelación justificada [ZQG.11] Sólo se usa cuando ZQG.3 indica una cancelación, y permite detallar si el motivo de anulación es justificado o no. Toma valores de la tabla “Yes No Indicator” de HL7.

Tabla HL7 0136

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Y	Sí (Justificado)
N	No (No está Justificado)
U	Desconocido

- Destino del paciente tras la operación [ZQG.12] Permite indicar dónde acude el paciente tras la operación. La tabla definida es la siguiente:

Tabla local 99PATQDES

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CE.1	CE.2
1	REA QUIRURGICA
2	UVI
3	U. HOSPITALIZACION
4	EXITUS
5	U.C.M.A
6	DOMICILIO

- Lugar donde se re ha realizado la operación [ZQG.13.1] Indica el quirófano donde ha sido intervenido el paciente.
- Tipo de lista de espera [ZQG.14] Permite indicar el tipo de lista de espera, en una tabla local de cada centro. Este campo sólo se envía en el caso que la operación esté incluida en una lista de espera, y toma uno de los posibles valores de la tabla HL7 0277 (descrita en el apartado de tablas comunes del documento).
- Momento de inicio de la anestesia [ZQG.15] Describe el momento inicial en el que fue aplicada la anestesia, si se conoce.
- Momento de inclusión en lista de espera [ZQG.16] SI la operación estaba programada en lista de espera, este campo permite indicar el momento de inclusión en la misma.

- Procedimientos adicionales [ZQG.17]. Cada campo ZQG.17 indicará las posibles necesidades adicionales, codificado en la tabla 99QNES (idéntico al descrito en la notificación de programación, en el AIS.12).

Tabla 99QNES con el tipo de estudios/procedimientos adicionales, coherente con la usada en el campo AIS.12

CÓDIGO ZQG.17.1	DESCRIPCIÓN ZQG.17.2
RX	Necesita estudio RX
HEM	Necesita estudio de Hematología
BIOINT	Biopsia Intra-operatoria
BIOPOS	Biopsia post-operatoria
TV	Necesita rayos portátil
ANAPAT	Necesita estudio de anatomía patológica
UNK	Desconocido

- Indicador de operación ambulante. Identifica si el procedimiento ha sido ambulante (el paciente no ha tenido ingreso). Puede tomar los valores Si/No/Desconocido de la tabla HL7 0136. En caso que no se envíe se asumirá desconocido.
- Indicador si ha ocurrido un éxito en la operación. Puede tomar los valores Si/No/Desconocido de la tabla HL7 0136. En caso que no se envíe se asumirá desconocido.

4.16.2.6. Procedimiento [PR1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor / TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PR1	
2	3	IS	R	[1..1]	0089	Procedure Coding Method	
3		CE	R	[1..1]		Procedure Code	Código de procedimiento
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del procedimiento
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del procedimiento
3.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	Sistema de codificación del procedimiento
5	26	TS	R	[1..1]		Procedure Date/Time	Inicio del procedimiento
7	4	NM	RE	[0..1]		Procedure Minutes	Duración total del procedimiento
9	2	IS	C	[0..1]	0019	Anesthesia Code	Tipo de anestesia
10	4	NM	RE	[0..1]		Anesthesia Minutes	Duración total de la anestesia
14	3	ID	R	[1..1]	0418	Procedure Priority	Prioridad del procedimiento
20	3	ID	C	[0..1]		Procedure Action Code	Tipo de acción

- SetId [PR1.1] Set Id . Valor "1" Ya que sólo existe un procedimiento por mensaje.
- Tabla de códigos [PR1.2] (Procedure Coding Method) Mismo valor que PR1.3.3
- Procedimiento [PR1.3](Procedure Code) Descripción codificada del procedimiento quirúrgico aplicado:
 - PR1.3.1: Identificador del procedimiento (si está codificado).
 - PR1.3.2: Descripción del procedimiento.
 - PR1.3.3. Sistema de codificación usado (en el caso que PR1.3.1 esté codificado). Habitualmente I9C.
- Fecha de inicio del procedimiento [PR1.5] (Procedure Date/Time) Fecha a la que comenzó la operación.
- Duración del procedimiento [PR1.7] (Procedure Minutes) Número de minutos que ha durado todo el procedimiento.
- Tipo de anestesia [PR1.9] (Anesthesia Code) Si el segmento trata del procedimiento principal (PR1.14 a "1"), indica el tipo de anestesia usada. El valor corresponde a un código de la siguiente tabla:

Tabla 0019 Tabla usuario de tipos de anestesia

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	Anestesia no utilizada en el procedimiento.
A	Anestesia utilizada, sin especificar
G	General

- Duración de la anestesia [PR1.10] (Anesthesia Minutes) Número de minutos que ha durado la anestesia.
- Prioridad del procedimiento [PR1.14] Indica si se trata de un procedimiento principal o secundario. Puede tomar uno de los siguientes valores de la tabla HL7 0418:

Tabla HL7 0418 Restringida para esta implementación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
0	PROCEDIMIENTO INGRESO
1	PROCEDIMIENTO PRINCIPAL
2	PROCEDIMIENTO SECUNDARIO

4.16.2.7. Datos de rol [ROL].

Cada uno de los participantes de interés en el procedimiento, se envían en este segmento.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
2	2	ID	R	[1..1]	AD	Action Code	Tipo de acción
3		CE	R	[1..1]	0443	Role-ROL	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Identificador del tipo de actor
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de actuación
3.3	20	ID	R	[1..1]	HL70443	Name of Coding System	
4		XCN	R	[1..n]		Role Person	Persona

- Tipo de acción [ROL.2] Indica si el segmento se usa para añadir una persona, para modificar un dato previo, etc. Dado, sin embargo, que en este mensaje se envía siempre toda la información, el valor de este campo estará fijo a "AD".
- Tipo de rol [ROL.3] Indica el tipo de rol. Para este escenario podrá tomar uno de los siguientes valores (siendo ROL.3.1="HL70443")

Tabla HL7 0443 ampliada localmente para el escenario

CÓDIGO ROL.3.1	DESCRIPCIÓN ROL.3.2
AN	Anestesista
PS	Cirujano principal
AS	Cirujano secundario

- Persona [ROL.4] (Role Person) Este campo permite describir a la persona que ha realizado la acción. Utiliza un tipo de dato XCN para poder enviar identificadores y datos personales. El campo es repetible para poder enviar varios identificadores.

4.17. Mensaje BAR^P12 (Update Diagnosis/Procedure).

Mensaje usado en la notificación del registro de la realización de un procedimiento quirúrgico.

4.17.1.Evento disparador.

En el caso de tratarse de una programación de quirófano, la realización de la misma se notifica a través de este mensaje..

4.17.2.Estructura.

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

<u>BAR^P12^BAR_P12</u>	<u>Update Diagnosis/Procedures</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[{DG1}]	Diagnosis	RE	[0..n]
[{	--- PROCEDURE begin	RE	[0..n]
PR1	Procedures	R	[1..1]
}]	--- PROCEDURE 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 del paciente, su ubicación -si está ingresado-, nº episodio asociado, etc,
- Por cada procedimiento asociado que se quiera actualizar, se envía un segmentos [**PR1**]. El campo PR1.20 indica si se trata de un nuevo procedimiento, una actualización o un borrado.
- Por cada diagnóstico asociado que se quiera actualizar, se envía un segmentos [**DG1**]. El campo DG1.21 indica si se trata de un nuevo diagnóstico, una actualización o un borrado.

4.17.2.1. Segmento [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será BAR^P12^BAR_P12

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.17.2.2. Segmento [EVN].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	26	TS	R	[1..1]		Recorded Date/Time	Momento en que se ha registrado el ingreso
6	26	TS	R	[1..1]		Event Occurred	Momento en el que realmente tuvo lugar la actualización

- Momento de registro [EVN.2]. La fecha y hora de registro (RecordedDate/Time) del evento, que se guarda en formato AAAAMMDDHHMMSS.
- La fecha y hora en la que sucede el evento [EVN.6] (EventOccurred). Fecha y hora real de la codificación.

4.17.2.3. Segmento [PID].

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

4.17.2.4. Segmento [PV1].

El segmento PV1 para este mensaje se ajusta al definido en los segmentos comunes “Datos de visita [PV1]”

4.17.2.5. Segmento [PR1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor / TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PR1	
2	3	IS	R	[1..1]	0089	Procedure Coding Method	
3		CE	R	[1..1]		Procedure Code	Código de procedimiento
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del procedimiento
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del procedimiento
3.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	Sistema de codificación del procedimiento
5	26	TS	R	[1..1]		Procedure Date/Time	Inicio del procedimiento
14	3	ID	R	[1..1]	0418	Procedure Priority	Prioridad del procedimiento
20	1	ID	R	[1..1]	0206	Procedure Action Code	Tipo de acción del registro

- SetId [PR1.1] Set Id . Valor “1” Ya que sólo existe un procedimiento por mensaje.
- Tabla de códigos [PR1.2] (Procedure Coding Method) Mismo valor que
- Procedimiento principal [PR1.3](Procedure Code) Descripción codificada del procedimiento quirúrgico aplicado:
 - PR1.3.1: Identificador del procedimiento (si está codificado).
 - PR1.3.2: Descripción del procedimiento.
 - PR1.3.3. Sistema de codificación usado (en el caso que PR1.3.1 esté codificado). Habitualmente I9C.
- Fecha del procedimiento [PR1.5] (Procedure Date/Time) Fecha en la que se ejecutó el procedimiento.
- Prioridad del procedimiento [PR1.14] Puede tomar uno de los siguientes valores, de la tabla HL7 0418:

Tabla HL70418 Restringida para esta implementación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
0	PROCEDIMIENTO INGRESO
1	PROCEDIMIENTO PRINCIPAL
2	PROCEDIMIENTO SECUNDARIO

- Tipo de acción del registro [PR1.20]. En función de la operación, tomará uno de los siguientes valores:

Tabla HL7 0206 Tipos de actualización

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	NUEVO
U	ACTUALIZACIÓN
D	BORRADO

4.17.2.1. Segmento [DG1].

Cada uno de los diagnósticos asociados se envían en este segmento.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0051	Set ID - DG1	Set ID
2	2	ID	R	[1..1]		Diagnosis Coding Method	Codificación diagnostico
3	CE		R	[1..1]		Diagnosis Code - DG1	Código del diagnóstico
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	C	[0..1]	0052	Name of Coding System	Sistema de codificación del diagnóstico
6	2	IS	R	[1..1]		Diagnosis Type	Tipo de diagnóstico
16	XCN		RE	[0..1]		Diagnosing Clinician	Profesional que realiza el diagnóstico
21	3	ID		[1..1]	0206	Diagnosis Action Code	Código de acción del registro

Este segmento contiene información sobre el diagnóstico realizado al paciente. Los datos de este segmento están distribuidos de la siguiente forma:

- El identificador [DG1.1] del nº de repeticiones (SetID) que aparece este segmento en el mensaje.
- Código de diagnóstico [DG1.2]. Valor necesario por el estándar por compatibilidad hace atrás. Tiene el mismo valor que el DG1.3.3.
- El diagnóstico [DG1.3] (DiagnosisCode), codificado en un CE, de la siguiente manera:

- o CE.1: El código del diagnóstico (Identifier), si es que el diagnóstico está codificado.
- o CE.2: La descripción del diagnóstico (Text). Este dato es obligatorio.
- o CE.3: Sólo en el caso que CE.1 tenga valor, este campo debe indicar el sistema de codificación utilizado. Por defecto será la CIE9-MC (I9C) .
- El tipo de diagnóstico [DG1.6] (DiagnosisType), que recoge uno de los códigos relacionados en la tabla de valores permitidos para este campo.

Tabla 0052 Tipos de Diagnóstico (tabla ampliada)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	ADMISIÓN
F	DEFINITIVO
W	EN DESARROLLO
0	NO DIAGNOSTICO
1	D. PRINCIPAL **
2	D. SECUNDARIO **
3	D. INGRESO **
7	CODIGOS E **
8	CODIGOS M **
9	CODIGOS V **

- El código del profesional que realiza el diagnóstico (DiagnosisClinician/IdNumber), codificado como XCN.
- Tipo de acción del registro [DG1.21]. En función de la operación, tomará uno de los siguientes valores:

Tabla HL7 0206 Tipos de actualización

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	NUEVO
U	ACTUALIZACIÓN
D	BORRADO

4.18. Ampliación mensajes ADT^A03, ADT^A13 y

ADT^A08

Se hace aquí una breve mención a los mensajes ADT^A03, ADT^A13 Y ADT^A08, cuya definición completa se encuentra en la guía de mensajería de gestión de pacientes.

Éstos mensajes permiten informar sobre la realización o no de la actividad en consultas externas (ADT^A03), la modificación de las mismas (ADT^A008), así como de la cancelación de esa información (ADT^A13). Para esta función no cubierta en el estándar se ha añadido un segmento Z al final del mensaje (ZSH) con la información asociada a la cita que originó esta actividad y que habría sido notificada en un mensaje SIU^S12

La estructura de los mensajes ADT^A03 y ADT^A13 es común (ADT^A03):

<u>ADT^A03^ADT_A03</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
DG1	Diagnosis Information	R	[1..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..1]
{[ZSH]}	Prestaciones Realizadas	C	[0..n]

Y para el A08:

<u>ADT^A08^ADT_A01</u>	<u>ADT Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
EVN	Event Type	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[NK1]	Next of Kin / Associated Parties	C	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit - Additional Info.	C	[0..1]
[GT1]	Guarantor	C	[0..1]
{[ZSH]}	Prestaciones Realizadas	C	[0..n]

4.19. Mensaje ACK aplicación (Application ACKnowledge).

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

4.19.1. Evento disparador.

Siempre que se produzca un error al procesar la información del mensaje, y el MSH.16 (Application AcknowledgementType) 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 ""). 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).

4.19.2. 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]

Todos los mensajes de ACK de aplicación tienen la misma estructura, diferenciándose exclusivamente por el campo MSH.9.2 (evento) que corresponderá con el campo MSH.9.2 del mensaje al que se contesta.

Así un mensaje SIU^S14^SIU_S12 tendrá un ACK de aplicación ACK^S14^ACK, mientras que el mensaje SIU^S15^SIU_S12 tendrá un ACK de aplicación ACK^S15^ACK, etcétera.

- 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.

4.19.2.1. 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 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.

4.19.2.2. 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”, 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.

4.19.2.3. Segmento [ERR].

Este segmento contendrá información que permitirá identificar el error.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]	0357	HL7 Error Code	Código del error Descripción del error Sistema de codificación del error Severidad Información del error
3.1	10	ST	R	[1..1]		Identifier	
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	R	[1..1]	HL70357	Name of Coding System	
4	2	ID	R	[1..1]	E	Severity	
7	2048	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	

- Código de error [ERR.3] (Error Code) Este campo permite catalogar la situación de error. Debe tomar uno de los siguientes valores (en la tabla se identifica también el tipo de MSA.1 bajo el que pueden aparecer estos códigos)

Tabla 0357 Restringida códigos de error permitidos

CWE.1	CWE.2	DESCRIPCIÓN
200	Tipo de mensaje no soportado	El sistema no está preparado para aceptar el tipo de mensaje
201	Evento no soportado	El sistema no está preparado para aceptar el evento
203	Versión no soportada	El sistema no está preparado para aceptar esa versión de HL7
2000	Error de sintaxis	El mensaje tiene una sintaxis incorrecta, o no esperada.
2010	Mensaje incompleto	Faltan datos obligatorios en la cabecera (por ejemplo MSH.9, o MSH.10)
207	Error interno de la aplicación.	Fallo interno al procesar el mensaje.

- Severidad [ERR.4] (Severity) El tipo de severidad debe ser siempre “E” (Error)
- Información del error [ERR.7]. Información que aporta el sistema que puede permitir solucionar el error por el equipo de soporte.

5. Elementos comunes.

5.1. Segmentos.

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

5.1.1. Cabecera [MSH]

Este segmento está definido el documento de elementos comunes de la mensajería de SACYL.

5.1.2. Datos de paciente [PID].

Este segmento está definido el documento de elementos comunes de la mensajería de SACYL.

5.1.3. Datos simplificados de paciente [PID].

Este segmento está definido el documento de elementos comunes de la mensajería de SACYL.

5.1.4. 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	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
10	10	IS	R	[1..1]		Hospital Service	Servicio
19		CX	C	[0..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
20		FC	R	[1..1]		Financial Class	Tipo de financiación
20.1	20	IS	R	[1..1]	0064	Financial Class Code	

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

La información que se refleja en este segmento esta 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 Tipos de paciente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En caso que se trate de un paciente ingresado, identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) Servicio al que va dirigido el paciente, al que va suscrita la cita. Servicio de la tabla de servicios maestros de SACYL.
- El código de visita [PV1.19] (VisitNumber). En el caso de que exista, este campo contendrá el 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
1	SEGURIDAD SOCIAL
2	ESTADO
3	COMUNIDAD AUTÓNOMA
4	ENTES TERRITORIALES
5	ACCIDENTES DE TRAFICO
6	EMPRESAS COLABORADORAS
7	PARTICULARES
8	ACCIDENTES DE TRABAJO /E. PROF.
9	CONVENIOS INTERNACIONALES
10	INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

5.1.5. Diagnóstico [DG1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0051	Set ID - DG1	Set ID
2	2	ID	R	[1..1]		Diagnosis Coding Method	Codificación diagnóstico
3	CE		R	[1..1]		Diagnosis Code - DG1	Código del diagnóstico
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	C	[0..1]	0052	Name of Coding System	
6	2	IS	R	[1..1]		Diagnosis Type	Tipo de diagnóstico
16	XCN		RE	[0..1]		Diagnosing Clinician	Profesional que realiza el diagnóstico

Este segmento contiene información sobre el diagnóstico realizado al paciente. Los datos de este segmento están distribuidos de la siguiente forma:

- El identificador [DG1.1] del nº de repeticiones (SetID) que aparece este segmento en el mensaje.
- Código de diagnóstico [DG1.2]. Valor necesario por el estándar por compatibilidad hace atrás. Tiene el mismo valor que el DG1.3.3.

- El diagnóstico [DG1.3] (DiagnosisCode), codificado en un CE, de la siguiente manera:
 - o CE.1: El código del diagnóstico (Identifier), si es que el diagnóstico está codificado.
 - o CE.2: La descripción del diagnóstico (Text). Este dato es obligatorio.
 - o CE.3: Sólo en el caso que CE.1 tenga valor, este campo debe indicar el sistema de codificación utilizado. Por defecto será la CIE9-MC (I9C) .
- El tipo de diagnóstico [DG1.6] (DiagnosisType), que recoge uno de los códigos relacionados en la tabla de valores permitidos para este campo.

Tabla 0052 Tipos de Diagnóstico (tabla ampliada)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	ADMISIÓN
F	DEFINITIVO
W	EN DESARROLLO
0	NO DIAGNOSTICO
1	D. PRINCIPAL **
2	D. SECUNDARIO **
3	D. INGRESO **
7	CODIGOS E **
8	CODIGOS M **
9	CODIGOS V **

**Estados no definidos en el Standard HL7.

- El código del profesional que realiza el diagnóstico (DiagnosisClinician/IdNumber), codificado como XCN.

5.2. Tablas.

Se comentan a continuación ciertas tablas comunes a los mensajes:

5.2.1. Tabla HL7 0277

Tabla de usuario ampliada HL7 0277 y limitada para mensajes de citas

CÓDIGO CE.1	DESCRIPCIÓN (CE.2)
1	CONSULTAS EXTERNAS
2	AMBULATORIA - CON CIRUGIA
3	AMBULATORIA - SIN CIRUGIA
4	HOSPITALARIA QUIRURGICA - CON INGRESO
5	HOSPITALARIA NO QUIRURGICA - CON INGRESO
6	HOSPITALARIA QUIRURGICA - SIN INGRESO
7	TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
8	URGENCIAS
9	CONCERTADOS
10	CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA
11	CIRUGIA AMBULATORIA EXTERNA A QUIROFANOS

5.2.1. Tabla HL7 0425

Tabla HL7 0425 y limitada para el mensaje

CÓDIGO CE.1	DESCRIPCIÓN (CE.2)
R	Prioridad normal
S	Máxima prioridad posible
TDXXX	A realizar antes de los próximos XXX días.

5.2.2. Tabla HL7 0277

Tabla HL7 0277 ampliada localmente, y restringida para los mensajes SIU^S12

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
PR	PROGRAMACIÓN PRUEBAS
CN	CONSULTA MÉDICA
PQ	PROGRAMACION QUIRÓFANO

5.2.1. Tabla 99CTRS

Tabla de razones para citas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DETALLES
SOLCIT	SOLICITUD INCLUSIÓN LIE	La cita ha sido solicitada a través de una petición electrónica El mensaje contendrá el identificador de la solicitud de cita en SCH.2
SOLLIE	SOLICITUD CITA	La cita corresponde a una solicitud existen en lista de espera. El mensaje contendrá el identificador de la lista de espera en SCH.2
1	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Citas. Si el mensaje contiene el campo SCH.1 éste identificará la solicitud de lista de espera o de cita.
2	CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	
3	SEGUIMIENTO	
4	COMPLICACIONES	
5	AJUSTE DE TRATAMIENTO	
6	CONTROL PERIÓDICO	
7	DESCONOCIDO	

Guía de Mensajería HL7 2.5 Intrahospitalaria (Vol. 2/2)

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



GUÍAS DE MENSAJERÍA HL7 V2.5 INTRAHOSPITALARIA (Volumen 2 de 2)

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

©Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Coordinación: *Dirección Técnica de Tecnologías de la Información.*
Dirección General De Desarrollo Sanitario
Impresión: *Imprenta García (Ávila)*



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 de la Información, Dirección o General De Desarrollo Sanitario, Junta de Castilla y León* "

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

La Oficina de Integración de Sacyl viene desarrollando desde 2008 las especificaciones a utilizar para comunicar los sistemas de información Sanitarios. Para los escenarios donde se ha escogido el estándar HL7, dichas especificaciones se concretan en las “Guías de Integración HL7”.

La gran cantidad de sistemas de información independientes dentro de los centros hospitalarios (prácticamente uno por cada servicio) hace estos escenarios los de mayor demanda de estandarización, de ahí que hayan sido necesarios dos tomos para cubrir los trabajos desarrollados hasta ahora (y al ritmo actual, en breve será necesario un tercero).

Dado que la mayor parte de estos sistemas están preparados para trabajar con la versión del estándar HL7 2.x, éste ha sido el elegido, con el objetivo de no hacer la integración en los entornos de Sacyl un requisito técnico que rompiera con la experiencia de los proveedores.

Este segundo tomo contiene el conjunto de guías que se han ido implementando con posterioridad en los entornos, pero que de ninguna manera pueden considerarse secundarias. Para la completa utilización de las mismas es necesario el documento de “elementos comunes”, que puede encontrarse en el primer volumen.

*Oficina de Integración
Febrero de 2010*

CONTENIDO DEL TOMO

GESTIÓN DE IMAGEN DIAGNÓSTICA (PETICIONES Y EVIDENCIAS)

GESTIÓN DE PRUEBAS DE LABORATORIO:
ANALÍTICAS, ANATOMÍA PATOLÓGICA Y
MICROBIOLOGÍA

GESTIÓN DE TRATAMIENTOS DE HEMOTERAPIA

GESTIÓN DE PEDIDOS DE DIETAS

GESTIÓN DE FARMACIA HOSPITALARIA

GESTIÓN DE STOCKS

GESTIÓN DE CATÁLOGOS Y MAESTROS

COMUNICACIÓN DE OBSERVACIONES Y ESTADOS
DEL PACIENTE

Guía de mensajería para gestión de imagen diagnóstica

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

Versión 1.3.1 09/12/2008

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES.....	5
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	8
4. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	9
4.1. MENSAJE OMG^O19 (GENERAL CLINICAL ORDER MESSAGE).....	10
4.2. MENSAJE ORG^O20 (GENERAL CLINICAL ORDER ACKNOWLEDGEMENT MESSAGE).	21
4.3. MENSAJE ORU^R01 (UNSOLICITED OBSERVATION MESSAGE).	23
5. ELEMENTOS COMUNES.	30
5.1. SEGMENTOS.....	30
5.2. USO ESPECIAL DE SEGMENTOS OBX.	33

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la gestión de pruebas de diagnóstico por imagen 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 la gestión pruebas de diagnóstico por imagen, 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. Sin embargo, no será el único conjunto de requisitos a tener en cuenta: para la completa integración de un sistema del departamento de imagen diagnóstica, será necesario el uso de otros rangos de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

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 Sistemas de Información de esta entidad.

2. Infraestructura de Mensajería.

Los detalles de infraestructura de mensajería se indican en el documento de elementos comunes de mensajería SACYL.

3. Perfil de Mensajes.

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información administrativa relativa a la gestión de pruebas de diagnóstico por imagen en SACYL.

3.1. Definición del perfil de mensajería.

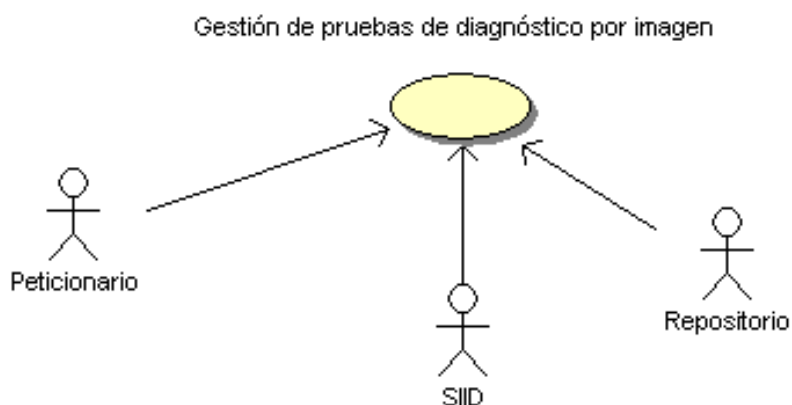
Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESIMG
2	ORNANIZATION ID	SACYL
3	HL7 VERSION	2.5
4	TOPIC TYPE	PROFILE
5	ACCEPT ACK	AL
6	APPLICATION ACK	AE
7	ACKNOWLEDGEMENT MODE	IMMEDIATE

3.2. Caso de uso.

Este perfil de mensajería permite la coordinación entre un sistema gestor de peticiones (habitualmente una estación clínica) y el sistema de información del departamento de diagnóstico por imagen (SIID). También se contempla la figura de un repositorio de resultados que permita la búsqueda de evidencias desde otros sistemas, ampliando la información de la historia clínica electrónica.

El conjunto de mensajes definidos en este perfil, no asumen si el control de la agenda (y por tanto de la citación) se encuentra en el sistema peticionario o en el SIID, aunque en el caso que así sea se incluyen los campos a utilizar en tal caso.

Junto a este perfil, es previsible que el SIID deba utilizar el del gestión de pacientes (ADT), y el de gestión de citaciones (SIU).



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA PETICIONARIO	Sistema a través del cual, los profesionales clínicos ordenan las peticiones a realizar, y controlan el estado de las mismas.
SISTEMA GESTIÓN DE IMAGEN DIAGNÓSTICA (SIID)	Sistema que controla la organización del trabajo en el departamento de radiología. Normalmente será el RIS aunque en esta guía no se especifica. El SIID engloba tanto al RIS como al PACS.
REPOSITORIO DE RESULTADOS	Mantiene una relación con los resultados disponibles: pero sólo a nivel de referencia, no es una copia del PACS.

Aunque en este documento se presentan de forma separada el Sistema Peticionario y el repositorio de resultados, habitualmente éstos estarán conjugados en un único sistema de información.

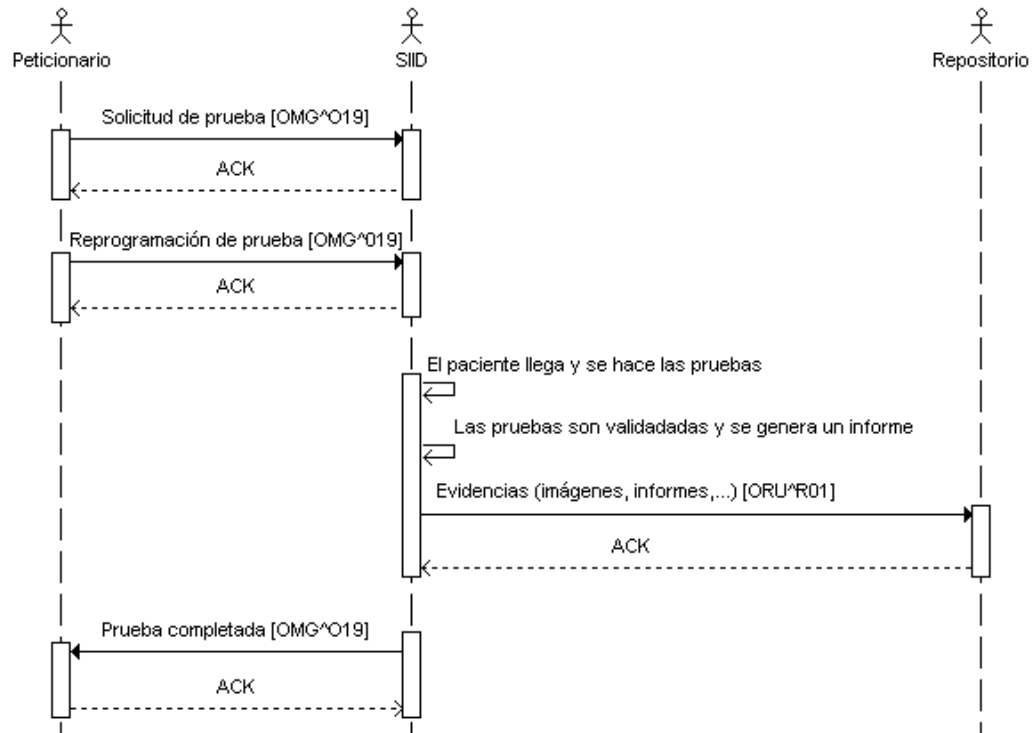
3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMG^O19	Nueva solicitud de pruebas diagnósticas	PETICIONARIO	SIID
	Cambios en una solicitud previa (nuevo horario, diferente prestación, etc.)	PETICIONARIO	SIID
	Solicitud de cancelación de una petición anterior	PETICIONARIO	SIID
	Solicitud cancelada por consideración del departamento.	SIID	PETICIONARIO
	Petición ejecutada en su totalidad	SIID	PETICIONARIO
ORG^O20	Imposible programar prueba	SIID	PETICIONARIO
ORU^R01	Resultados listos (nuevas evidencias: informes, imágenes, etc.)	SIID	REPOSITORIO

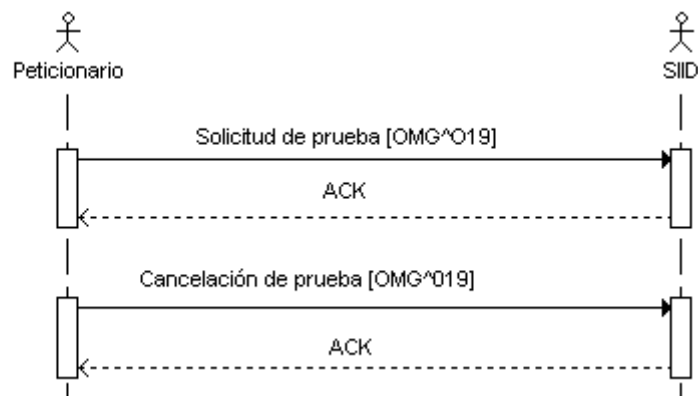
3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

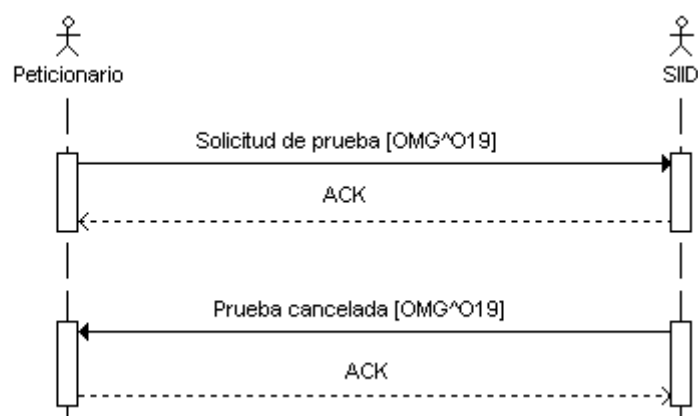
A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal esperado de una petición de pruebas diagnósticas.



El sistema petionario puede solicitar la cancelación de una petición previa:

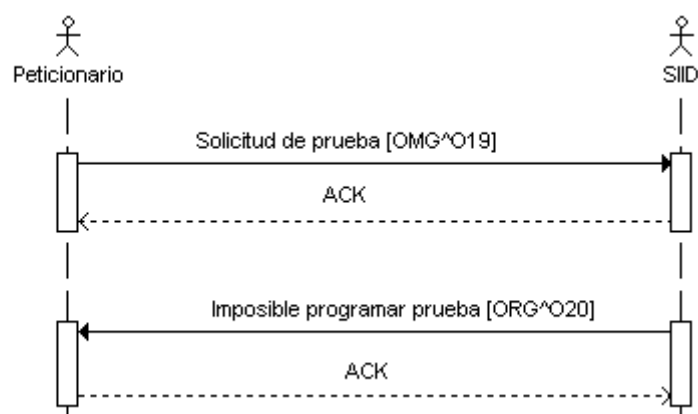


O puede ser cancelado desde el propio SIID, por consideración profesional.



Los mensajes anteriores asumen que todas las situaciones han sido procesadas correctamente por el SIID. Sin embargo, no siempre puede ser este el escenario (por ejemplo, por un problema de sincronización de catálogos el sistema petionario podría solicitar la realización de una prueba que el SIID no conozca). Es necesario entonces enviar un ACK de aplicación erróneo.

En este caso, el diagrama sería el siguiente:



3.3.2. ACK.

La política de gestión ACK es la definida en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

4. Definición estática de mensajes.

A continuación se define la estructura mínima exigida para los mensajes intercambiados. En base a las reglas de procesado de mensajes de HL7, un mensaje podrá contener más información que la que aquí se especifica sin violar el protocolo. Los sistemas, al recibir un mensaje sólo deberán procesar los datos que conozcan, ignorando el resto.

4.1. Mensaje **OMG^O19 (GENERAL CLINICAL ORDER MESSAGE).**

Mensaje utilizado para informar sobre una petición y sus diferentes estados.

4.1.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva solicitud, por parte del sistema peticionario.
- Cambio de parámetros en una solicitud (hora, sala, prestación, etc.) por parte del sistema peticionario.
- Solicitud de cancelación de una orden anterior (si ésta aún no se ha procesado) por el sistema peticionario.
- Notificación de la finalización de una petición, por el SIID.
- Notificación de la no realización de una petición (por decisión del personal del departamento) desde el sistema de gestión de SIID.

4.1.2. Estructura.

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

<u>OMG^O19^OMG_019</u>	<u>General Clinical Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
[PV2]	Patient Visit- Additional Info	RE	[0..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
[GT1]	Guarantor	RE	[0..1]
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- TIMING begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING end		
OBR	Observation	R	[1..1]
}	--- ORDER 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**] y [**PV2**]. Información sobre el origen del paciente, la ubicación en la que está, nº episodio asociado, etc.,
- Si se conocen los datos del garante, éstos se indican en el segmento [**GT1**].

- Datos de prioridad [TQ1], información sobre el tipo de urgencia con el que se requiere el resultado.
- Datos de la petición [ORC], con información sobre el identificador de la petición en el sistema peticionario, junto con el estado de ésta. La petición será equivalente a un estudio en el SIID.
- Cada petición puede solicitar una o varias pruebas. Los datos de dichas pruebas se indicará en el segmento OBR. Cada prueba corresponderá a un código SERAM.

4.1.2.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMG^O19^OMG_O19.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.1.2.2. Datos del paciente [PID].

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

En caso que el mensaje se envíe desde el sistema de imagen diagnóstica, no será necesario enviar tantos datos, siendo la referencia el apartado “Datos simplificados del paciente [PID]”, en el mismo documento.

4.1.2.3. Datos de la visita [PV1].

El uso del segmento es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de la visita [PV1]”.

Se refiera a los datos relativos a la realización de la prestación, no a la situación actual del paciente.

4.1.2.4. Datos adicionales de la visita [PV2].

El segmento PV2 permite dar detalles adicionales relacionados con la visita que se está produciendo

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
7	10	IS	R	[1..1]	0130	Visit user code	Características adicionales de la visita de la prestación.

Datos adicionales de la visita:

- Características adicionales de la visita [PV2.7] Contiene detalles adicionales sobre la visita del paciente para la realización de la prestación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FV	Primera Visita
CV	Visita continuada (de control)
UV	Visita urgente

4.1.2.5. Datos del Garante [GT1].

El segmento GT1 permite detallar el garante: la persona o institución responsable financieramente del pago de los gastos del paciente.

En SACYL, el garante corresponde siempre a una institución.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - GT1	Set ID
2		CX	R	[1..1]		Guarantor Number	
3		XPN	R	[1..1]		Guarantor Name	
3.2	30	ST	R	[1..1]		Given Name	Nombre del Garante
10	2	IS	R	[1..1]	GUARANTOR	Guarantor Type	

Los elementos a incluir en el segmento son los siguientes:

- SetID.[GT1.1] Identificador del nº de veces que aparece el segmento. Será 1 para la 1ª vez que aparece el segmento en el mensaje, 2 para la 2ª etc..
- Identificador del Garante [GT1.2]. Corresponde a la identificador del garante. Dado que esta identificación es dependiente del centro, será necesario indicar qué tabla se está usando:
 - GT1.2.1: Identificador del garante.
 - GT1.2.4.1 "HIS".
 - GT1.2.5 "PN".
 - GT1.2.9.1 El código del centro (del complejo asistencial)
 - GT1.2.9.3 "99CENTROSACYL".

Assigning Authority CX.4.1	Identifier Type Code CX.5	Assigning Jurisdiction	
		CX.9.1	CX.9.3
HIS	PN	CODIGO_CENTRO_SACYL	99CENTROSACYL

- Nombre del garante [GT1.3.2]. En el caso de una institución, su descripción.
- El tipo de garante [GT1.10] será fijo a "GUARANTOR"

4.1.2.6. Petición [ORC].

El segmento ORC contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Order Control
2		EI	C	[0..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario
3		EI	C	[0..1]		Filler Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema ejecutor(RIS)
3.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema ejecutor (RIS)
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la petición
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de la operación
12	250	XCN	R	[1..1]		Ordering Provider	Solicitante de la petición
16		CE	RE	[0..1]		Order Control Code Reason	
16.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código razón (de cancelación)
16.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la razón de cancelación
16.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
17		CE	C	[0..1]	99MNRIMG	Entering Organization	
17.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del servicio peticionario
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del servicio peticionario
17.3	20	ID	R	[1..1]	99MNRIMG	Name Coding System	Sistema de codificación de los servicios
17.4	20	ST	RE	[0..1]		Alternate Identifier	Código del servicio peticionario
17.5	199	ST	RE	[0..1]		Alternate Text	Descripción del servicio peticionario
17.6	20	ID	RE	[0..1]	99SVC_CODIG OCENTRO	Alternate Name Coding System	Sistema de codificación de los servicios
21		XON	C	[0..1]		Ordering Facility Name	
21.1	50	ST	R	[1..1]		Organization Name	Nombre del centro peticionario
21.7	3	IS	RE	[0..1]		Identifier Type code	Categoría del Centro
21.10	10	ST	R	[1..1]	0362	Organization identifier	Código del centro peticionario
27	26	TS	RE	[0..1]		Filler's Expected Availability Date/Time	Fecha para la que se esperan los resultados

- **Control de orden [ORC.1]:** Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:

- o **NW** “Nueva solicitud”. Se ha generado una nueva solicitud.
- o **XO** “Cambios en la solicitud”. Se ha producido un cambio en una solicitud previa.
- o **CA** “Solicitud de Cancelación” El peticionario solicita la cancelación de una petición.
- o **OC** “Cancelación” El sistema de SIID considera no necesario realizar la prueba.
- o **SC** “Cambio de estado”, Se envía cuando la petición ha sido completada.
- *Código de petición del sistema peticionario* [ORC.2]: El código de la petición por parte del sistema que ha solicitado la prueba: el número de petición.
 - o *ORC.2.1* Identificador: Código único en el sistema que emite la petición.
 - o *ORC.2.2* Identificador del sistema que genera la petición. Junto al ORC.2.1 representa el identificador universal de la petición.

Este campo es obligatorio a excepción de cuando las pruebas nos sean solicitadas desde un sistema externo y el origen de las mismas sea el SIID.

- *Código de petición del sistema realizador* [ORC.3]: El código de la petición por parte del sistema que gestiona la realización de la prueba (el SIID): el número de petición. Este campo sólo se envía en los mensajes de informe de actividad que genera el SIID.
 - o *ORC.3.1* Identificador: Código único en el sistema que realiza la petición.
 - o *ORC.3.2* Identificador del sistema que realiza la petición. Junto al ORC.3.1 representa el identificador universal de la petición.
- *Estado de la petición* [ORC.5]. cuando ORC.1 tenga el valor “NW”, o “XO” no tendrá valor, en el resto de los casos alternará entre los siguientes valores:
 - o **CM** “Completada” La petición ha finalizado. Si el mensaje tiene este valor, o bien la petición se ha completado, o bien se está enviando información respecto a una petición completada.
 - o **CA** “Cancelada”. La petición está cancelada.

La combinación de posibles ORC.1//ORC.5 es la siguiente:

ORC.1	ORC.5	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW		Nueva Solicitud	La petición se ha generado.	Peticionario → SIID
XO		Reprogramación u otras modificaciones.	Cambia la hora, la agenda, o alguna de las prestaciones originalmente definidas.	Peticionario → SIID
CA	CA	Cancelación de solicitud (por el peticionario)	La petición se ha cancelado desde el sistema peticionario.	Peticionario → SIID
OC		Cancelación de solicitud (por el SIID)	La petición se ha cancelado desde el sistema de SIID.	SIID → Peticionario
SC	CM	Petición completada	Todas las pruebas de la petición se han completado.	SIID → SIID

- Fecha de la operación [ORC.9] Indica la fecha en que se realiza la operación descrita en el mensaje.; Si el mensaje indica una petición, se trata de la fecha en la que la petición se realizó, si es una cancelación cuando la operación se cancela, si es un informe de actividad la fecha en la que la operación se realiza.
- *Solicitante de la orden* [ORC.12]: Datos del médico que solicitó la orden (código, nombre y apellidos). El formato en el que se indica es XCN.
- *Motivo de la solicitud* [ORC.16]: Razón de la solicitud. Este campo informa del motivo de cancelación (en el caso que ORC.1 indique una cancelación o solicitud de cancelación). Codificado siguiendo la tabla “**99MNRIMG**”

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
2	PACIENTE MAL PREPARADO
4	CAMBIO DE FECHA NO COMUNICADO
5	SE REALIZA LA EXPLORACION EN OTRA SALA
7	EL PACIENTE NO TRAE VOLANTE
8	EL PACIENTE NO ACEPTA LA REALIZACION DEL ESTUDIO
9	EXPLORACION NO INDICADA
10	APARATO AVERIADO
11	FALTA MATERIAL
14	COLISION INTERDEPARTAMENTAL
15	OTRAS CAUSAS
16	HUELGA
17	PACIENTE CON VARIAS CITAS EN LA MISMA SALA

- *Servicio peticionario [ORC.17]:* En caso que la petición provenga del ámbito hospitalario, este campo contendrá la información del servicio que solicita la petición, identificado por la tabla de SACYL 99SVC.

Este campo permite codificar también el sub-servicio peticionario (bajo la codificación específica del centro), a través de los elementos CE.4, 5 y 6 del campo. Para identificar que se está usando la tabla de sub-servicios del centro, éstos se identificarán a través de la tabla "99SVC_CODIGOCENTRO" Siendo CODIGOCENTRO el código del centro (del complejo).

- *Centro al que pertenece el peticionario [ORC.21].* En el caso que la petición se origine fuera del centro hospitalario (por ejemplo en un centro de salud), es necesario indicar el centro al que pertenece en los siguientes campos:

- o *Nombre del centro: [ORC.21.1].*
- o *Categoría del centro [ORC.21.7} en base a la siguiente tipificación:*
Tabla HL70305 para el tipo de centro (ampliada localmente)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
C	Centro hospitalario
OB	Centro no hospitalario
AP	Centro de Atención Primaria
CE	Centro de Especialidades

- o *Código del centro [ORC.21.10],* en base a la tabla de centros codificada de SACYL, 0362.
- *Momento para el que se espera el resultado de la petición [ORC.27].* En caso que se pueda, se envía en este segmento el momento para el que se debería tener listo el resultado.

4.1.2.7. Prioridad [TQ1].

Este segmento permite especificar la urgencia del pedido. Los campos que se usan del segmento son:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0485	Set ID – TQ1	Set ID
7	14	TQ	RE	[0..1]		Start date/time	Inicio prestación
8	14	TQ	RE	[0..1]		End date/time	Fin prestación
9	CWE		R	[0..1]		Priority	
9.1	20	ST	R	[1..1]	HL70485	Identifier	Codificación de la prioridad
9.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la prioridad
9.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	

- SetID [TQ1.1] Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor
- Inicio de la prestación [TQ1.7] En el caso que el sistema peticionario gestione la agenda, este campo permite el envío del momento para el que está programado el inicio de la prestación. Si se trata de un mensaje de información, se indica en qué momento comenzó la prueba.
- Fin de la prestación [TQ1.8] En el caso que el sistema peticionario gestione la agenda, este campo permite el envío del momento en el que la prestación debería terminar. Si el mensaje es de información realizada indica la fecha de fin de prueba (si se conoce).
- *Prioridad* [TQ1.9]: Describe la urgencia de la petición. Si el campo está en blanco, el valor por defecto será 'R'. Los valores a utilizar pueden ser los siguientes (extraídos de la tabla HL7 0485) El campo sólo es obligatorio en la petición:

CWE.1	CWE.2	DESCRIPCIÓN
R	Normal	Petición rutinaria (por defecto).
A	Preferente	Tan pronto como se pueda
S	Urgente	Con la máxima prioridad (más urgente que 'A').

4.1.2.8. Prueba [OBR].

Este segmento codificada de forma individual las pruebas solicitadas

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	99SVC	Set ID - OBR	Set ID
2		EI	C	[0..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario
3		EI	R	[1..1]		Filler Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema ejecutor
3.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema ejecutor
4		CE	R	[1..1]		Universal Service Identifier	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de prueba
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de prueba
4.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación de las pruebas
18	60	ST	C	[0..1]		Placer Field 1	Sala donde se ha realizado la prestación
19	60	ST	C	[0..1]		Placer Field 2	Identificador de agenda donde se ha realizado la prestación.
24	10	ID	C	[0..1]		Diagnostic Service ID	Servicio que ha resuelto la prestación
25	1	ID	C	[0..1]		Result Status	Estado de la prueba.]
30	4	ID	R	[1..1]		Transportation Mode	Tipo de acceso del paciente
32		NDL	C	[0..1]		Principal Result Interpreter	
32.1		CNN	R	[1..1]		Name	Intérprete de los resultados/ autor del informe
32.3	14	TS	C	[0..1]		End Time	Fecha de los resultados/ informe
34		NDL	C	[0..1]	0124	Technician	
34.1		CNN	R	[1..1]		Name	Técnico
34.3	14	TS	C	[0..1]		End Time	Fecha de la validación del técnico
46		CE	C	[0..n]	0495	Placer Supplemental Service Information	
46.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código adicional del tipo de prueba
46.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción adicional del tipo de prueba
46.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación adicional de las pruebas

El segmento OBR contiene información sobre una prueba solicitada:

- SetID [OBR.1]. Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor.
- Identificador único de la petición [OBR.2]. Es una copia del valor ORC.2.
El [OBR.2] será obligatorio a excepción que la petición se haya generado en el SIID, sin una orden previa de la estación clínica.
- Identificador único de la prueba en el sistema que la ha realizado [OBR.3]. Es una copia del valor ORC.3.
- Prueba solicitada [OBR.4]. Este campo contendrá el código de la prueba solicitada, en de un tipo CE:
 - o CE.1. Código de la prueba o perfil.
 - o CE.2. Descripción de la prueba o perfil.
 - o CE.3. Sistema en el que está codificada la prueba (99SERAM, catálogo de la SERAM).
- Identificadores de la ubicación (la sala) donde se ha realizado la prestación [OBR.18]. Este dato sólo será necesario en el caso que el OMG corresponda a una prestación ya realizada. Corresponderá al código del HIS de este dato.
- Identificador de la agenda [OBR.19] donde se ha realizado la prestación. Este dato sólo será necesario en el caso que el OMG corresponda a una prestación ya realizada. Corresponderá al código del HIS de este dato.
- Servicio que hay resuelto la prestación [OBR.24] Cuando el mensaje indique actividad realizada, este campo permitirá indicar qué servicio hospitalario ha sido el responsable de la realización de la misma, y estará codificado usando la tabla maestra de servicios de SACYL (99SVC).
- Estado de realización la prueba solicitada [OBR.25]. Este campo sólo es obligatorio en la notificación de actividad, y puede tomar los siguientes valores:

Valor	DESCRIPCIÓN
F	Prueba realizada
C	Corrección sobre una prueba ya realizada
X	Prueba cancelada

- Modo de acceso del paciente [OBR.30], que indica cómo viajará el paciente a la prueba (o si no puede moverse y es necesario desplazar un equipo portátil)

Este dato sólo es obligatorio en la petición.

Tabla 0124 Acceso del paciente

Valor	DESCRIPCIÓN
CART	Paciente es trasladado en cama.
PORT	Es necesario llevar un equipo portátil a la ubicación del paciente
WALK	El paciente acude andando.
WHLC	El paciente acude en silla de ruedas.
UNK	Desconocido

- **Intérprete principal [OBR.32].** Si el mensaje indica actividad realizada, el campo permite informar sobre el responsable principal de la validación..
 - o OBR.32.1: Datos del autor(nombre, apellidos, identificadores,,) expresado en un tipo de datos CNN cuya composición se detalla en el documento de recursos comunes de mensajería.
 - o OBR.32.3 Fecha en la que han sido validados los resultados por esta persona (si se conoce).
- **Técnico [OBR.34].** Si el mensaje indica actividad realizada, el campo permite informar del técnico que obtuvo las evidencias.
 - o OBR.32.1: Datos del técnico (nombre, apellidos, identificadores,,) expresado en un tipo de datos CNN cuya composición se detalla en el documento de recursos comunes de mensajería.
 - o OBR.32.3 Fecha en la que han sido validados los resultados por esta persona (si se conoce).
- **Código adicional del tipo de prueba [OBR.46]** Según la prueba, será necesario agregar información sobre la lateralidad (derecha/izquierda) u ordinalidad (nº de falange). Codificado en la tabla HL7 0495. El campo es repetible, de forma que se puedan añadir todos los modificadores que se necesiten (por ejemplo, lado derecho y 2º falange).

Valor	DESCRIPCIÓN
UPP	Superior
LOW	Inferior
L	Izquierdo
R	Derecho
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

4.2. Mensaje **ORG^O20** (General clinical order acknowledgement message).

Este mensaje es enviado desde el SIID, en el caso que sea imposible procesar una petición indicada en un mensaje OMG^O19.

4.2.1. Evento disparador.

Si desde el SIID se detecta una incompatibilidad en la petición antes de comenzar se envía un mensaje para cancelar la petición.

4.2.2. Estructura.

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

<u>ORG^O20^ORG_020</u>	<u>General Clinical Order Acknowledgment Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin		[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el

resto de segmentos son copias de la petición original. En principio se omiten los segmentos BPO ya que es la petición completa la que se rechaza.

Los segmentos PID y ORC serán copia de los enviados en la petición original.

4.2.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ORG^O20^ORG_O20.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

4.2.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos simplificados de paciente [PID]”.

4.2.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “UA” (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser “CA” (Petición cancelada)

4.2.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ST	R	[1..1]		Acknowledgment Code	Código de Aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje contestado

- *Código de aceptación* [MSA.1]: Indica si el mensaje ha sido admitido o no por el sistema receptor. El valor será “AE”.
- *ID del mensaje* [MSA.2]: Valor del MSH-10 del mensaje al que está respondiendo.

4.2.2.5. Descripción del error [ERR].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]		HL7 Error code	Código de error
3.1	20	ST	R	[1..1]	600	identifier	
3.2	10	ST	R	[1..1]	ERROR	Text	
3.3	10	ST	R	[1..1]	HL70357	Coding System	Severidad
4	1	ID	R	[1..1]		Severity	
7	200	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	

- *Código de Error [ERR.3]:* Valores fijos:
 - o *CWE.1:* “600”
 - o *CWE.2:* “Error”
 - o *CWE.3:* HL70357
- *Severidad [ERR.4]:* Valor fijo a “E” (Error)
- *Información de diagnóstico [ERR.7]:* Descripción textual del problema.

4.3. Mensaje ORU^R01 (Unsolicited Observation Message).

Mensaje utilizado para informar resultados de SIID.

4.3.1. Evento disparador.

Este evento se produce cuando desde el SIID se han validado todos los resultados y se ha emitido el informe –si procede–.

4.3.2. Estructura.

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

<u>ORU^R01^ORU_R01</u>	<u>Unsolicited Observation Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
{	--- PATIENT_RESULT begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- VISIT end		
	--- PATIENT end		
	-- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Order common	R	[1..1]
OBR	Observations Request	R	[1..1]
		R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..n]
{	-- OBSERVATION begin	R	[1..n]
OBX	Observation related to OBR	R	[1..1]
{[NTE]}	Notes and comments	RE	[0..n]
}	-- OBSERVATION End		
	-- ORDER end		
}	--- PATIENT_RESULT end		

Esos segmentos contienen la siguiente información:

- Cabecera del mensaje **[MSH]**. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos del paciente **[PID]**. Identificación del paciente al que está asociada la prueba.
- Datos de la petición **[ORC]** Identificador de la petición y su estado.
- Pruebas. Se indicarán las pruebas que se solicitaron inicialmente en segmentos **[OBR]**.
- Resultados. Cada uno de los resultados obtenidos se indicará en un segmento **[OBX]**.
- Notas y observaciones asociadas a los resultados, en segmentos **[NTE]**

Los OBX utilizados permiten enviar:

- Los distintos accession number asociados al estudio (el UID del estudio se envía en el segmento ORC, campo ORC.3)
- Un informe estructurado.
- Un informe en formato CDA, etc.

4.3.2.1. Cabecera del Mensaje [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 ORU^R01^ORU_R01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.3.2.2. Datos del paciente [PID].

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

4.3.2.3. Datos de la visita [PV1].

El segmento PV1 debe contener los mismos datos que el PV1 que inició la solicitud. El uso del segmento es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos de la visita [PV1]”.

4.3.2.4. Descripción de la Petición [ORC].

La definición de este segmento es la misma que la de la petición (OMG^O19) con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “**SC**” (cambio de estado).
- ORC.3: Deberá contener el Identificador único del estudio en el SIID.
 - o ORC.3.1 Habitualmente el *AccessionNumber* UID.
 - o ORC.3.2 Identificador del SIID.
- ORC.5: Deberá ser: “**CM**” (Completada).

En el caso que las pruebas no hayan sido solicitadas a través de una petición (OMG^O19) sino de una cita (SIU^S12), los datos para el segmento ORC se obtienen de los siguientes campos:

- *Código de petición del sistema peticionario* [ORC.2]: Copia de SCH.26
- Fecha de inicio de la petición [ORC.9] Fecha de envío de la notificación de cita.
- *Solicitante de la orden* [ORC.12]: Datos del médico que solicitó la orden (código, nombre y apellidos). El formato en el que se indica es XCN. Copia de SCH.12.
- *Servicio peticionario* [ORC.17]: En caso que la petición provenga del ámbito hospitalario, este campo contendrá la información del servicio que solicita la petición, identificado por la tabla de SACYL 99SVC. Indicado en SCH.12.

4.3.2.5. Prueba solicitada [OBR].

El segmento OBR será:

- Una copia del segmento OBR que se envía inicialmente (o uno nuevo generado en base a la información de la solicitud de cita).
- Una nueva prueba que se haya decidido incorporar desde el SIID.
- Un código LOINC de estudio de radiología que agrupe varios OBX que definan un

informe estructurado.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0124	Set ID - OBR	Set ID
2	22	EI	C	[0..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario
3		EI	R	[1..1]		Filler Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el SIID
3.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del SIID
4		CE	R	[1..1]		Universal Service Identifier	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de prueba
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de prueba
4.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación de las pruebas
7	14	TS	C	[0..1]		Observation Date/Time	Fecha de la medición
18	60	ST	RE	[0..1]		Placer Field 1	Sala donde se ha realizado la prestación
19	60	ST	RE	[0..1]		Placer Field 2	Identificador de agenda donde se ha realizado la prestación
24	10	ID	R	[1..1]		Service ID	Servicio responsable de la prestación
25	1	ID	R	[1..1]		Result Status	Estado de la prueba
30	4	ID	R	[1..1]		Transportation Mode	Tipo de acceso del paciente
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
46		CE	C	[0..n]		Placer Supplemental Service Information	
46.1	20	ST	R	[1..1]	0495	Identifier	Código adicional del tipo de prueba
46.2	199	ST	R	[1..1]	HL70495	Text	Descripción adicional del tipo de prueba
46.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación adicional de las pruebas

Salvo en el caso de informes (que corresponderán a la petición y no a una prueba específica), el OBR debe contener todos los campos originales, inclusive la agenda y la sala donde se ha realizado la prestación.

Además de los campos que se repiten de la petición, se añaden los siguientes:

- El [OBR.2] será obligatorio a excepción que la petición se haya generado en el SIID,

sin una orden previa de la estación clínica.

- Identificador de la petición en el SIID [OBR.3], idéntico al [ORC.3].
- Fecha de la medición [OBR.7] Fecha común de revisión de todos los OBX. Sólo en caso de que el segmento OBR agrupe varios OBX que refieran al mismo acto (por ejemplo un informe, o la transmisión de un conjunto de datos obtenidos de una sesión). Evita tener que repetir la fecha en todos los OBX.14
- Identificadores de la ubicación (la sala) donde se ha realizado la prestación [OBR.18]. Sólo en el caso que el sistema disponga de esta información. Corresponderá al código del HIS de este dato.
- Identificador de la agenda [OBR.19] donde se ha realizado la prestación. Sólo en el caso que el sistema disponga de esta información Corresponderá al código del HIS de este dato.
- Servicio que hay resuelto la prestación [OBR.24] Este campo permite indicar qué servicio hospitalario ha sido el responsable de la realización de la misma, y estará codificado usando la tabla maestra de servicios de SACYL (99SVC).
- Estado de la prueba [OBR.25]. Indica el estado del conjunto de resultados que componen la prueba: Puede tener los siguientes valores:
 - o “F” Cuando todos los OBX que se envían asociados al OBR están validados, y no se van a enviar más.
 - o “C” Si alguno de los OBX que se envían asociados es una corrección a un estado previo.
- Autor y fecha de informe [OBR.32]. Cuando se utiliza el segmento OBR para enviar un informe estructurado –el texto repartido en distintos segmentos OBX-, se envían la fecha y el autor en este campo, evitando así repetir los datos en cada OBX. En este caso la fecha es idéntica a la transmitida en OBR.7.

4.3.2.6. Tiempo y prioridad [TQ1].

El segmento TQ1 es el mismo que el enviado con la petición, junto a los datos de inicio y fin de prestación (si se está informando de una prestación y no de un informe).

- Inicio de la prestación [TQ1.7]
- Fin de la prestación [TQ1.8]

4.3.2.7. Observaciones [OBX].

Contiene:

- El UID de un Accesion Number (detallado en el punto 5.3.1).
- Un fragmento de un informe estructurado (detallado en el punto 5.3.3).
- Un PDF, o CDA (detallado en el punto 5.3.2).

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0125	Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]		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]	F/C	Name Coding System	Codificación del resultado solicitado
5	99999	ST/FT/EI	R	[1..1]		Observation Value	Valor del resultado
11	1	ID	R	[1..1]		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
EI	Identificador. Para el <i>accession number</i>
ED	Encapsulados (PDF, CDA ,imágenes)
FT	Texto formateado (para informes)
ST	Cadena de caracteres (para informes)

- 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).
- Adicionalmente el segmento OBX permite enviar información adicional sobre

observaciones (en todas ellas, el valor OBX.3.3 será “LN” correspondiente a la tabla LOINC).

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE DATO EN OBX.5
29300-1	TÉCNICA	Descripción (o tabulación) en OBX.5.2. Un segmento OBX por cada una.
33721-2	REGISTRO MÉDULA ÓSEA (MO)	Descripción en OBX.5.2
18630-4	DIAGNÓSTICO	Diagnóstico codificado en OBX.5: Código en OBX.5.1, descripción en OBX.5.2 y tabla en OBX.5.3

- Valor [OBX.5] Este campo contendrá el valor del resultado medido, o en caso de un informe, el contenido de dicho PDF/CDA, etc.
- 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. Este dato es obligatorio siempre que no se esté utilizando el OBX para enviar parte de un informe estructurado, en cuyo caso este dato se informa a través del OBR.32. Tampoco será obligatorio cuando se esté informando sobre un dato clínico del paciente por catálogo.
- Responsable. [OBX.16]. Clínico responsable. Es un dato XCN. Este dato es obligatorio siempre que no se esté utilizando el OBX para enviar parte de un informe estructurado, en cuyo caso este dato se informa a través del OBR.32. Tampoco será obligatorio cuando se esté informando sobre un dato clínico del paciente por catálogo.

El uso del segmento para resultados no numéricos o textuales, se inicia en el apartado “Uso especial de segmentos OBX”.

4.3.2.8. Comentarios [NTE].

Este segmento permite informar sobre observaciones o comentarios relativas al segmento OBX.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
3	65536	FT	R	[1..1]	Y		Comment	Comentarios/ Observaciones

El segmento, para este mensaje, está limitado a un único elemento NTE.3, donde se envían las observaciones.

5. Elementos comunes.

5.1. Segmentos.

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

5.1.1. Cabecera [MSH].

Este segmento está definido el documento de elementos comunes de la mensajería de SACYL.

5.1.2. Datos de paciente [PID].

Este segmento está definido el documento de elementos comunes de la mensajería de SACYL.

5.1.3. Datos simplificados de paciente [PID].

Este segmento está definido el documento de elementos comunes de la mensajería de SACYL.

5.1.4. 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	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	RE	[0..1]	0007	Admission Type	Tipo de ingreso
10	10	IS	C	[0..1]		Hospital Service	Servicio
14	6	IS	RE	[0..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso
19		CX	RE	[0..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)
20		FC		[1..1]		Financial Class	
20.1	20	IS	R	[1..1]	0064	Financial Class Code	Tipo de financiación
50		CX	C	[0..1]		Alternate Visit Number	Número de episodio (ICU) maestro

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

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En el caso que se trate de un paciente ingresado, 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.

- o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.4.1 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 (ROUTINARIO-NORMAL)	Hospitalización programada (p.ej.: hospitalización realizada para una intervención ya programada).
U	HOSPITALIZACIÓN URGENTE	Hospitalización remitida desde urgencias

Este campo sólo será necesario en caso que el paciente esté ingresado.

- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) Servicio al que va dirigido el paciente. Este dato sólo se envía si el paciente al que está asociada la petición está ingresado en un centro hospitalario.
- Origen de admisión [PV1.14] (Admit Source). Indica el distinto origen del paciente. Los valores de esta tabla se definen en el documento de elementos comunes de SACYL (tabla HL7 0023).

Este campo sólo será necesario en caso que el paciente esté ingresado.

- El código de visita [PV1.19] (VisitNumber). Número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes.

Este dato sólo se envía si el paciente al que está asociada la petición está ingresado.

- Tipo de financiación [PV1.20.1] (Financial Class Code). Este campo permite indicar el tipo de respaldo de la intervención. Los códigos que puede tomar este elemento se definen en la tabla HL7 0064 (descrita en el documento de elementos comunes de SACYL).
- Número de episodio maestro [PV1.50] (Alternate Visit ID). En los casos donde sea necesario (normalmente para episodios de urgencias), se envía en este campo el código de episodio origen. La representación es la misma que en el PV1.19.

5.2. Uso especial de segmentos OBX.

5.2.1. Envío de UID DICOM.

Para enviar el UID de una imagen DICOM, se utilizará un tipo de datos EI.

- El campo OBX.2 debe tener valor "EI"
- El campo OBX.3 debe indicar que es una imagen (código LOINC 19816-8).
 - o CE.1: "19816-8" CE.2: "Imagen" CE.3 "LN" d
- El campos OBX.5 debe contener el UID de la serie.
 - o OBX.5.1 Accesion Number.
 - o OBX.5.2 Identificador único de la apelación que emite el UUID (el PACS).

5.2.2. Envío de referencias a recursos externos (imágenes, documentos, etc.).

Para enviar una referencia a un objeto externo, se utilizará un OBX de la siguiente manera:

- El campo OBX.2 debe tener valor "RP"
- El campo OBX.3 debe indicar qué es (imagen, informe, etc.) a través de un código LOINC de catálogo.
- El campos OBX.5 será del tipo RP, representado de la siguiente manera:

SEQ	LEN	DT	OPT	Card	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	999	ST	R	[1..1]		Pointer	Puntero
3	11	ID	R	[1..1]	0834	Type of Data	Tipo de dato
4	32	ID	R	[1..1]	0291	Subtype	Subtipo de dato

- o El puntero (OBX.5.1) contendrá la referencia URL del objeto. Como en todo campo HL7, será necesario "escapar" todas las referencias a caracteres como "&", "^" o "|" a través de sus secuencias de escape en el caso que se envíen vía MLLP (no es necesario para el envío por XML).
- o Los campos tipo (OBX.5.3) y subtipo(OBX.5.4) permitirán definir qué formato tiene el objeto esperado.

TIPO DE FICHERO	OBX.2	OBX.5.3	OBX.5.4	OBX.5.1
PDF	RP	Application	pdf	URL
Imagen (PNG, JPG, etc.)	RP	Image	jpg, png, etc	URL
CDA R2	RP	Multipart	x-hl7-cda-level-two	URL

5.2.3. Envío de imágenes, PDF o documentos CDA.

El uso de los ficheros en formato PDF o CDA para el envío de información adicional a la que incorpora la mensajería como son las copias de los informes originales remitidos por el SIID, entre otros posibles ejemplos, hace necesario el habilitar dentro de la propia mensajería los mecanismos necesarios para que este intercambio sea posible.

A tal efecto, y siempre bajo las sugerencias realizadas por los correspondientes perfiles IHE y teniendo como base de mensajería el estándar HL7, se propone la gestión de la transmisión de estos ficheros siguiendo las directrices que se exponen a continuación:

Los datos se informarán en un segmento OBX que se añadirá a mayores en último lugar siempre que se necesite transmitir un fichero de uno de los tipos contemplados, cargando un fichero por segmento. Es decir, si se necesita enviar más de un fichero dentro de un mismo mensaje, deberá incluirse tantos segmentos OBX como ficheros quieran incorporarse al mensaje.

Cuando se envíe un informe con el resultado total del estudio, el segmento OBX se identificará de la siguiente manera en el campo OBX.3:

CE.1: "1145-6"

CE.2 : "Informe de estudio radiológico"

CE.3: "LN"

Este tipo de informe debe ser uno de los siguientes:

Lista orientativa de tipos de informes

CÓDIGO	TIPO DE INFORME
11526-1	INFORME DE PATOLOGÍA
11527-9	INFORME DE PSIQUIATRÍA
47048-4	INFORME DE RADIOLOGÍ INTERVENCIONISTA
11541-0	INFORME MRI
11523-8	INFORME DE ELECTROCARDIOGRAMA
29757-2	INFORME DE COLONOSCOPIA
11522-0	INFORME DE ECO CARDIACO
18754-2	INFORME DE MONITORIZACIÓ HOLTER
29756-4	INFORME PERITONOSCOPIA
18744-3	INFORME BRONTOSCOPIA
18748-4	INFORME DE IMAGEN DIAGNÓSTICA

Para el envío de esta información se hace uso del tipo de dato “ED” (Encoded Entity), que se define para esta implementación de la siguiente manera:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	11	ID	R	[1..1]	0834	Type of Data	Tipo de dato
3	32	ID	C	[0..1]	0291	Data Subtype	Subtipo de dato
4	6	ID	R	[1..1]	0299	Encoding	Codificación
5	65536	TX	R	[1..1]		Data	Datos

Este tipo de datos permite enviar información compleja, de la siguiente manera:

- Los campos ED.2 Y ED.3 corresponden al tipo y subtipo de datos recogidos por IANA [<http://www.iana.org/assignments/media-types/index.html>]
- El campo ED.4 corresponde al tipo de codificación: Base64 o “A” cuando no existe.
- Los datos del contenido viajan en ED.5, codificados en función del valor de ED.4

En la siguiente tabla se recogen los tipos de datos permitidos en esta implementación

FICHERO	OBX.2	OBX.5.2	OBX.5.3	OBX.5.4	OBX.5.4
PDF	ED	application	pdf	Base64	Contenido del PDF en Base64
Imagen (PNG, JPG, etc.)	ED	Image	jpg, png, etc	Base64	Contenido de la imagen en Base64
CDA R2	ED	Multipart	x-hl7-cda- level-two	A	Contenido del CDA y ficheros anejos en un mime-multipart con la etiqueta: x-hl7-cda-level-two.

Como se indica en la tabla anterior el envío de los CDA se realiza a través del formato MIME-multipart, de forma que se permita el envío de material adicional junto al CDA (hojas de estilo, imágenes asociadas, etc.) La etiqueta MIME de la parte CDA del multipart será “x-hl7-cda-level-two” (basado en el perfil de SIID de IHE). Los caracteres especiales deben ser ‘escapados’ antes de su envío. Concretamente si el mensaje es ER7 los retornos de carro deben ser sustituidos por \X0D0A\ . Asimismo, todos los contenidos dentro del paquete MIME deben tener un *encoding* (Content-transfer) de base64

El paquete MIME debe ser de la forma:

```
MIME-Version: 1.0
Content-Type: multipart/related;

boundary="-----_Part_0_7156233.1238591260824"

-----_Part_0_7156233.1238591260824
Content-Type: application/x-hl7-cda-level-two+xml
Content-Transfer-Encoding: BASE64

PENsaW5pY2FsRG9jdW1lbnQgeHNpOnNjaGVtYUxvY2F0aW9uPSJ1cm46aGw3LW9yZzp2MyBmaWxl
(....)
IDwvY29tcG9uZW50Pgo8L0NsaW5pY2FsRG9jdW1lbnQ+
-----_Part_0_7156233.1238591260824--
```

5.2.4. Envío de informes no estructurados

En el caso que la aplicación no pueda realizar el envío de informes estructurados (es decir, delimitados por sus distintos campos), se podrá enviar todo el contenido del informe a través de un único campo OBX don formato FT.

En este caso, el OBX contendrá la siguiente información:

- El campo OBX.2 será de tipo "FT".
- El campo OBX.3 indicará "Informe", en un código LOINC de catálogo de tipos de informes (listados en la sección anterior).
- El campo OBX.5 será de tipo FT y contendrá el informe, con los adecuados caracteres de escape.

5.2.5. Envío de informes estructurados.

El envío de informes descriptivos se organiza en un grupo OBSERVACION, donde el contenido de cada informe se define a través de varios segmentos OBX, agrupados en un segmento OBR que contiene el título del informe. En concreto, un informe de radiología se define en un segmento OBR con OBR.4 con los siguientes valores (codificación LOINC):

- CE.1 "11529-5" CE.2 : "Informe de estudio radiológico" CE.3: "LN"

A modo de ejemplo, se detallan a continuación posibles secciones del informe:

- Descripción general del estudio
 - o OBX.2 (Tipo de valor) "FT"
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)

- CE.1 “22634-0&GDT” CE.2.: “Descripción general del estudio” CE.3 “LN”
- o OBX.5 Contenido descriptivo.
- Diagnóstico principal (no codificado):
 - o OBX.2 (Tipo de valor) “CE”
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)
 - CE.1 “18630-4&IMP” CE.2 “Diagnóstico principal”. CE.3 “LN”.
 - o OBX.5 Diagnóstico principal. Si no está codificado sólo aparecerá el campo CE.2 con la impresión diagnóstica. Si está codificado los campos CE.1 y CE.2 estarán valuados con el código y el sistema de codificación respectivamente.
- Diagnóstico secundario (no codificado):
 - o OBX.2 (Tipo de valor) “CE”
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)
 - CE.1 “29308-4&IMP” CE.2 “Diagnóstico secundario”. CE.3 “LN”.
 - o OBX.5 Impresión diagnóstica secundarias. Si no está codificado sólo aparecerá el campo CE.2 con la impresión diagnóstica. Si está codificado los campos CE.1 y CE.2 estarán valuados con el código y el sistema de codificación respectivamente.

Guía de mensajería para gestión de pruebas de laboratorio: analíticas, anatomía patológica y microbiología

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

Versión 1.2.4 15/12/2009

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES.....	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	7
4. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	9
4.1. MENSAJE OML^O21 (LABORATORY ORDER MESSAGE).....	10
4.2. MENSAJE ORL^O22 (GENERAL LABORATORY ORDER RESPONSE MESSAGE).	23
4.3. MENSAJE ORU^R01 (UNSOLICITED OBSERVATION MESSAGE).	26
4.4. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).....	34
5. ELEMENTOS COMUNES.	34
5.1. SEGMENTOS.....	34
5.2. USO ESPECIAL DE SEGMENTOS OBX.	35
5.3. TABLAS COMUNES.	42

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la gestión de pruebas analíticas, 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 la gestión de pruebas analíticas 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. Sin embargo, no será el único conjunto de requisitos a tener en cuenta: para la completa integración de un sistema de laboratorio, será necesario el uso de otros rangos de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

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 Sistemas de Información de esta entidad.

2. Infraestructura de Mensajería.

Los detalles de infraestructura de mensajería se indican en el documento de elementos comunes de mensajería SACYL.

3. Perfil de Mensajes.

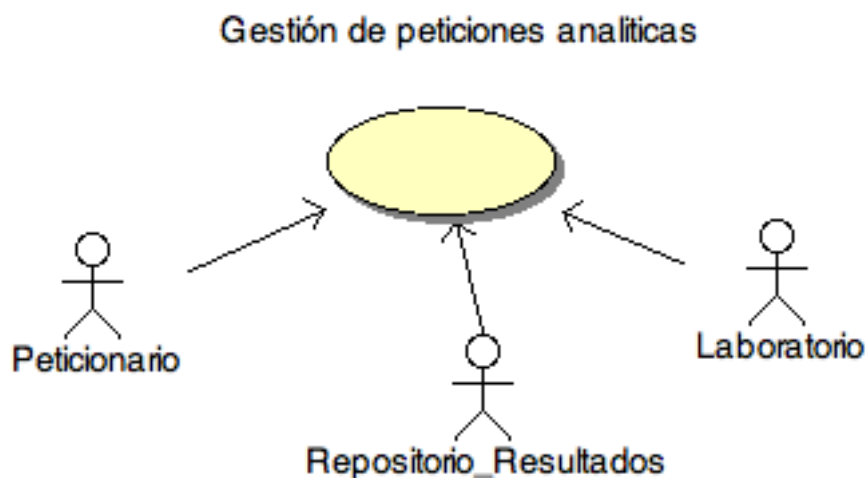
Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con gestión de pruebas analíticas en el SACYL.

3.1. Definición del perfil de mensajería.

Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESLAB
2	ORNANIZATION 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 la coordinación entre un sistema gestor de peticiones (habitualmente una estación clínica) y un sistema de gestión de un laboratorio, encargado de la supervisión de la realización de pruebas analíticas. También se contempla la figura de un repositorio de resultados que permita el acceso a los resultados desde otros sistemas, ampliando la información de la historia clínica electrónica.



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA PETICIONARIO	Sistema a través del cual, los profesionales clínicos ordenan las peticiones a realizar, y controlan el estado de las mismas.
SISTEMA GESTIÓN DE LABORATORIO (SIL)	Sistema que controla los autocalizadores del laboratorio. Gestiona el estado de las peticiones recibidas, permite supervisar el estado de los resultados de laboratorio.
REPOSITORIO DE RESULTADOS	Mantiene una relación con todos los resultados obtenidos.

Aunque en este documento se presentan de forma separada el Sistema Peticionario y el repositorio de resultados, habitualmente éstos estarán conjugados en un único sistema de información.

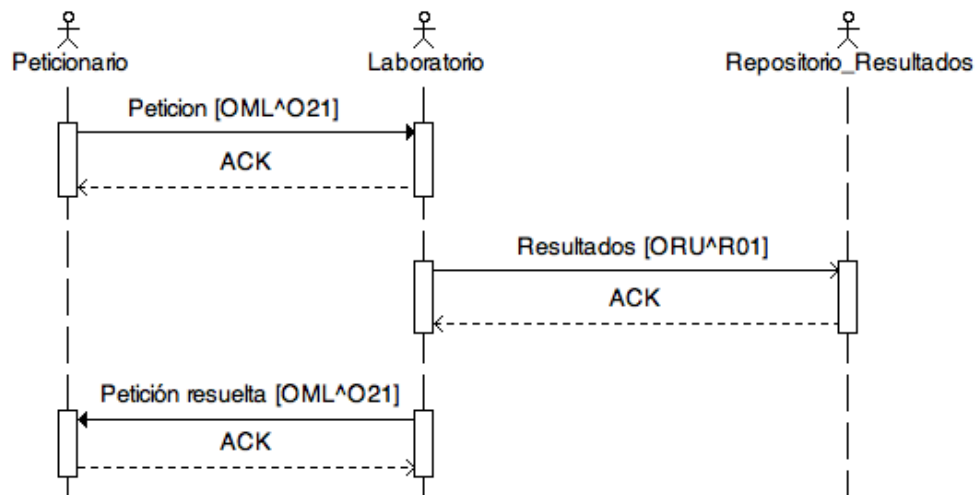
3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OML^O21	Solicitud de pruebas analíticas	PETICIONARIO	SIL
	Cancelación de una petición anterior	PETICIONARIO	SIL
	Cancelación de una petición anterior	SIL	PETICIONARIO
	Petición ejecutada en su totalidad	SIL	PETICIONARIO
ORL^O22	Imposible realizar petición	SIL	PETICIONARIO
ORU^R01	Resultados listos	SIL	REPOSITORIO

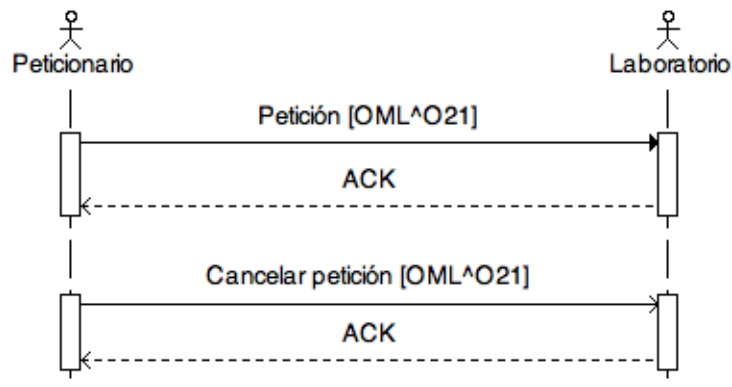
3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

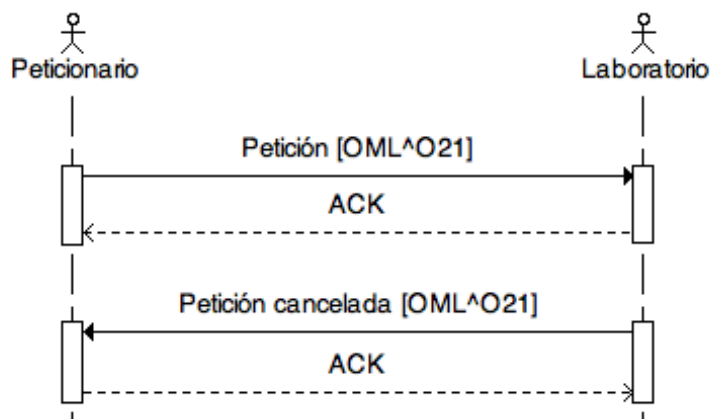
A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal esperado de una petición de pruebas analíticas.



El sistema peticionario puede solicitar la cancelación de una petición previa:

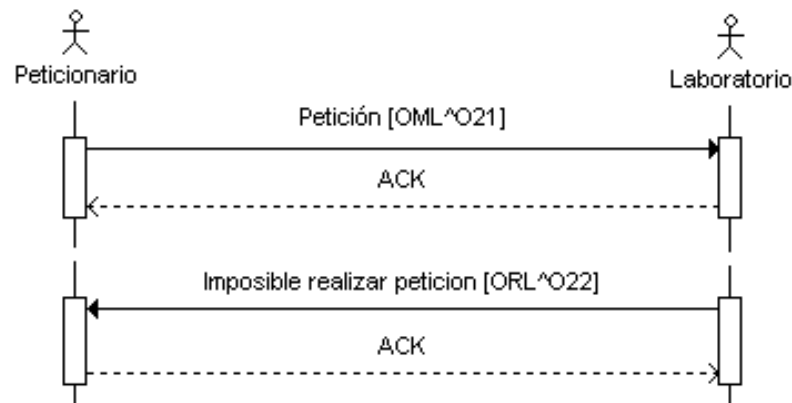


O puede ser cancelado desde el propio laboratorio, por consideración profesional.



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 peticionario podría solicitar la realización de una prueba que el laboratorio no conozca). Es necesario entonces enviar un ACK de aplicación erróneo.

En este caso, el diagrama sería el siguiente:



3.3.2. ACK.

La política de gestión ACK es la definida en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

4. Definición estática de mensajes.

A continuación se define la estructura mínima exigida para los mensajes intercambiados. En base a las reglas de procesado de mensajes de HL7, un mensaje podrá contener más información que la que aquí se especifica sin violar el protocolo. Los sistemas, al recibir un mensaje sólo deberán procesar los datos que conozcan, ignorando el resto.

Dentro de la petición de analíticas, existen varias tipologías diferenciadas, que incluso pueden ser realizadas por sistemas diferentes:

- Pruebas analíticas de bioquímica y hematología. Representan un conjunto de pruebas realizadas sobre una muestra. El informe de respuesta consiste en una lista de resultados con valores numéricos/textuales, etc.
- Pruebas de microbiología. Estas pruebas incluyen la solicitud de cultivos, que conllevan una estructura de resultados compuesta por el conjunto de gérmenes detectados en la muestra (si es que los hay), y la sensibilidad de cada uno de esos gérmenes a los distintos antibióticos (un antibiograma).
- Pruebas de anatomía patológica. Las peticiones de este ámbito se realizan sobre varias muestras. El resultado es un informe con secciones específicas.

Todos los ámbitos tienen el mismo diagrama de secuencias, y las únicas particularidades se detallan en la definición de los segmentos con las peticiones y los resultados. Las particularidades de cada entorno se definirán en cada uno de los segmentos.

En el caso que distintos sistemas de información desarrollen distintas pruebas (por ejemplo, el sistema de anatomía patológica sea distinto al de bioquímica), el sistema peticionario será el responsable de enviar a cada uno el conjunto de pruebas que deban realizar.

4.1. Mensaje OML^O21 (laboratory order message).

Mensaje utilizado para informar sobre una petición y sus diferentes estados.

4.1.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva orden, por parte del sistema peticionario.
- Cancelación de una orden anterior (si ésta aún no se ha procesado) por el sistema peticionario.
- Notificación de la finalización de una petición, por el sistema de gestión de laboratorio.
- Notificación de la no realización de una petición (por decisión del personal de laboratorio) desde el sistema de gestión de laboratorio.

4.1.2. Estructura.

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

<u>OML^O21^OML_021</u>	<u>Laboratory Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- TIMING begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING end		
	--- OBSERVATION_REQUEST begin	R	[1..n]
OBR	Observation Request	R	[1..1]
[{ NTE }]	Notes and Comments (for Detail)	RE	[0..n]
[{ DG1 }]	Diagnosis	RE	[0..n]
[{	--- OBSERVATION begin	RE	[0..n]
OBX	Observation/Result		[1..1]
}}			
{	--- SPECIMEN begin	R	[1..n]
SPM	Specimen	R	[1..1]
}	--- SPECIMEN end		
	--- OBSERVATION_REQUEST end		
}	--- ORDER 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, la ubicación en la que está, nº episodio asociado, etc.,
- Datos de prioridad **[TQ1]**, información sobre el tipo de urgencia con el que se requiere el resultado.
- Datos de la petición **[ORC]**, con información sobre el identificador de la petición en el sistema peticionario, junto con el estado de ésta.
- Pruebas solicitadas. Cada una de las pruebas solicitadas en la petición, se indicará en un grupo “OBSERVATION_REQUEST”, que contiene:
 - La identificación de la prueba, en el segmento OBR.
 - Diagnósticos asociados al paciente, en segmentos DG1. Si el peticionario dispone de información diagnóstica relevante para la prueba, enviará cada diagnóstico y su tipo en segmentos DG1.
 - Información clínica relevante, en segmentos OBX. Cada segmento OBX contiene información específica sobre un dato clínico del paciente que se ha considerado relevante para la prueba.
 - Notas y comentarios, en segmentos NTE.
 - La muestra sobre la que se realiza, en el segmento SPM. En el caso de que haya varias muestras, el segmento se repetirá varias veces. El grupo SPECIMEN sólo se enviará cuando el mensaje contenga el identificador de la muestra (es decir, se envíe tras la extracción). En el caso de que la solicitud se envíe antes de la extracción, no se enviará el segmento.

Dado que se está utilizando un mensaje genérico para el envío de las solicitudes, será necesario repetir la muestra (SPM) y la petición (ORC) para cada solicitud de prueba (OBR), aunque ya se hayan especificado antes.

4.1.2.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OML^O21^OML_O21

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.1.2.2. Datos del paciente [PID].

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

En el caso que el mensaje OML no sea de nueva petición, sino de control de estado (por ejemplo de una cancelación por el Laboratorio, o un informe de ejecución) el segmento PID sólo necesita cumplir con los “datos mínimos de paciente”, descrito en el documento de elementos comunes.

4.1.2.3. Datos del paciente [PV1].

El segmento PV1 permite informar de datos de la ubicación del paciente y de los episodios de atención con los que está relacionado.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
10	10	IS	C	[0..1]		Hospital Service	Servicio
19		CX	C	[0..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

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

- El número de secuencia del segmento [PV1.1] (SetID) que indica del nº de repeticiones 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 Tipos de paciente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En caso que se trate de un paciente ingresado, identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) Servicio al que va dirigida la petición. Es un código de la tabla de servicios maestros de SACYL. Este dato no siempre estará definido (por ejemplo, cuando la petición provenga de atención primaria o cuando se trate de una petición para un paciente no ingresado).
- El identificador de episodio [PV1.19] (VisitNumber). En el caso de que exista, este campo contendrá el número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes.

4.1.2.4. Petición [ORC].

El segmento ORC contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Order Control
2		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Nombre del sistema que genera la petición
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la petición
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la petición
12		XCN	R	[1..1]		Ordering Provider	Solicitante de la petición
16		CE	RE	[0..1]		Order Control Code Reason	
16.2	100	ST	R	[1..1]		Text	Motivo de la solicitud
17		CE	C	[0..1]	99SVC	Entering Organization	
17.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del servicio peticionario
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del servicio peticionario
17.3	20	ID	R	[1..1]	99SVC	Name Coding System	Sistema de codificación de los servicios
21		XON	C	[0..1]		Ordering Facility Name	
21.1	50	ST	R	[1..1]		Organization Name	Nombre del centro peticionario
21.7	3	IS	c	[0..1]		Identifier Type code	Categoría del Centro
21.10	10	ST	R	[1..1]	0362	Organization identifier	Código del centro peticionario

- **Control de orden [ORC.1]:** Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:
 - o **NW** “Nueva solicitud”. Se ha generado una nueva solicitud.
 - o **CA** “Solicitud de Cancelación” El peticionario solicita la cancelación de una petición.
 - o **OC** “Cancelación” El sistema de laboratorio considera no necesario realizar la prueba.
 - o **SC** “Cambio de estado”, Se envía cuando la petición ha sido completada.
- **Código de petición del sistema peticionario [ORC.2]:** El código de la petición por parte del sistema que ha solicitado la prueba (es decir, el identificador de la petición)

- *Estado de la petición [ORC.5]*. cuando ORC.1 tenga el valor “NW”, no tendrá valor, en el resto de los casos alternará entre los siguientes valores:
 - o **CM** “Completada” Todas las pruebas de la petición han finalizado.
 - o **CA** “Cancelada”. La petición se ha cancelado.

La combinación de posibles ORC.1//ORC.5 es la siguiente:

ORC.1	ORC.5	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW		Nueva Solicitud	La petición se ha generado.	Peticionario Laboratorio →
CA	CA	Cancelación de solicitud (por el peticionario)	La petición se ha cancelado desde el sistema peticionario.	Peticionario Laboratorio →
OC		Cancelación de solicitud (por el laboratorio)	La petición se ha cancelado desde el sistema de laboratorio.	Laboratorio → Peticionario
SC	CM	Petición completada	Todas las pruebas de la petición se han completado.	Laboratorio Peticionario →

- Fecha de inicio de la petición [ORC.9] Fecha en la que la petición se inició.
- *Solicitante de la orden [ORC.12]*: Datos del médico que solicitó la orden (código, nombre y apellidos). El formato en el que se indica es XCN.
- *Motivo de la solicitud [ORC.16]*: Razón de la solicitud. Al no estar codificada, se envía en el campo CE.2. Este campo informa del motivo de cancelación (en el caso que ORC.1 indique una cancelación o solicitud de cancelación).
- *Servicio peticionario [ORC.17]*: En caso que la petición provenga del ámbito hospitalario, este campo contendrá la información del servicio que solicita la petición, identificado por la tabla de SACYL 99SVC.
- *Centro al que pertenece el peticionario [ORC.21]*. En el caso que la petición se origine fuera del centro hospitalario (por ejemplo en un centro de salud), es necesario indicar el centro al que pertenece en los siguientes campos:
 - o *Nombre del centro: [ORC.21.1]*.

- o *Categoría del centro [ORC.21.7] en base a la siguiente tipificación:*

Tabla HL70305 para el tipo de centro (ampliada localmente)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
C	Centro hospitalario
OB	Centro no hospitalario
AP	Centro de Atención Primaria
CE	Centro de Especialidades

El dato sólo es necesario enviarlo si la petición proviene de un centro distinto al receptor de la petición.

- o *Código del centro [ORC.21.10], en base a la tabla de centros codificada de SACYL, 0362.*

4.1.2.5. Prioridad [TQ1].

Este segmento permite especificar la urgencia del pedido. Los campos que se usan del segmento son:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID – TQ1	Set ID
9	CWE		R	[1..1]	0485	Priority	
9.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Codificación de la prioridad
9.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la prioridad
9.3	20	ID	R	[1..1]	HL70485	Name Coding System	

- SetID [TQ1.1] Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor
- *Prioridad* [TQ1.9]: Describe la urgencia de la petición. Si el campo está en blanco, el valor por defecto será 'R'. Los valores a utilizar pueden ser los siguientes (extraídos de la tabla HL7 0485):

CWE. 1	CWE.2	DESCRIPCIÓN
R	Normal	Petición rutinaria (por defecto).
S	Urgente	Con la máxima prioridad.

4.1.2.6. Prueba [OBR].

Este segmento codifica de forma individual las pruebas solicitadas

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID – OBR	Set ID
2	22	EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario
4	CE		R			Universal Service Identifier	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de prueba
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de prueba
4.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación de las pruebas
10	XCN		RE	[0..1]		Collector Identifier	Responsable de la extracción de la muestra
13	300	ST	C	[0..1]		Relevant Clinical Information	Datos clínicos relevantes
26	PRL		C	[0..1]		Parent result	
26.1.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Valor OBX.3.1 del resultado raíz
26.1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Valor OBX.3.2 del resultado raíz
26.1.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Valor OBX.3.3 del resultado raíz
26.12	20	ST	R	[1..1]		Sub Identifier	Valor OBX.4 de resultado raíz

El segmento OBR contiene información sobre una prueba solicitada:

- SetID [OBR.1]. Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor.
- Identificador único de la petición [OBR.2]. Es una copia del valor ORC.2.
- Prueba solicitada [OBR.4]. Este campo contendrá el código de la prueba solicitada, en de un campo CE:
 - o CE.1 Código de la prueba o perfil.
 - o CE.2 Descripción de la prueba o perfil.
 - o CE.3. Sistema con el que está codificada la prueba/perfil. Preferiblemente LOINC (LN).
- Responsable de la extracción de la muestra [OBR.10]. En caso de que se conozca, se informa en este campo de la persona que realiza la extracción de la muestra.

- Datos clínicos relevantes [OBR.13]. La información clínica relevante se debería enviar en segmentos DG1 (si son diagnósticos) o en OBX si ésta está suficientemente estructurada. Sin embargo, cuando el sistema peticionario no tenga estructurada esta información, podrá enviarla como texto en este campo. Es posible utilizar segmentos DG1, OBX junto a este campo, no son excluyentes .
- Resultado raíz [OBR.26]. En el caso de que el segmento OBR codifique un antibiograma, este campo contendrá el valor del OBX.3 y OBX.4 del microorganismo identificado.

4.1.2.7. Notas adicionales [NTE].

Este segmento contiene información relevante sobre la prueba que se está realizando, que debe ser mostrada al profesional del laboratorio.

Su definición se encuentra en el documento de segmentos comunes de las guías.

4.1.2.8. Diagnóstico [DG1]

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - DG1	Set ID
2	2	ID	R	[1..1]		Diagnosis Coding Method	Codificación diagnostico
3		CE	R	[1..1]	0051	Diagnosis Code - DG1	
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del diagnóstico
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del diagnóstico
3.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	Sistema de codificación del diagnóstico
6	2	IS	R	[1..1]	0052	Diagnosis Type	Tipo de diagnóstico

Este segmento contiene información sobre el diagnósticos asociados al paciente que puedan tener información relevante para la solicitud

Los datos de este segmento están distribuidos de la siguiente forma:

- El identificador [DG1.1] del nº de repeticiones (SetID) que aparece este segmento en el mensaje.
- Código de diagnóstico [DG1.2]. Valor necesario por el estándar por compatibilidad hace atrás. Tiene el mismo valor que el DG1.3.3.

- El diagnóstico [DG1.3] (DiagnosisCode), codificado en un CE, de la siguiente manera:
 - o CE.1: El código del diagnóstico (Identifier), si es que el diagnóstico está codificado.
 - o CE.2: La descripción del diagnóstico (Text). Este dato es obligatorio.
 - o CE.3: Sólo en el caso que CE.1 tenga valor, este campo debe indicar el sistema de codificación utilizado. Por defecto será la CIE9-MC (I9C) ©.
- El tipo de diagnóstico [DG1.6] (Diagnosis Type), que recoge uno de los códigos relacionados en la tabla de valores permitidos para este campo.

Tabla 0052 Tipos de Diagnóstico (tabla ampliada)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	ADMISIÓN
F	DEFINITIVO
W	EN DESARROLLO
0	NO DIAGNOSTICO
1	DIAGNÓTICO PRINCIPAL
2	DIAGNÓTICO SECUNDARIO
3	DIAGNÓTICO INGRESO
4	PRIMER PROC.
5	OTROS PROCEDIM.
6	P. INGRESO
7	CODIGOS E
8	CODIGOS M
9	CODIGOS V
10	PRESUNCIÓN
11	POSTOPERATORIO

4.1.2.9. Observaciones [OBX].

Contiene un dato clínico relevante para la prueba que se ha solicitado. El tipo de dato estará codificado acorde al catálogo de datos clínicos de la Comunidad.

Para este mensaje, el segmento OBX siempre lleva datos en un tipo CE (aunque no siempre se pueda codificar el valor). La tabla para la que se codifica el dato, vendrá indicado por el tipo de dato usado.

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]		Value Type	Tipo de dato a enviar
3		CE	R	[1..1]		Observation Identifier	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de observación
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de observación.
3.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del tipo de observación
5		CE	R	[1..1]		Observation Value	Valor de la observación
5.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del tipo de observación
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de observación.
5.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	Codificación del tipo de observación
11	1	ID	R	[1..1]	F	Observation Result Status	Estado de la observación

- 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 [OBX.2]. Tipo de dato que viajará en el OBX.5.

- Tipo de resultado enviado [OBX.3] Dato que se está enviando, codificado en la tabla de datos clínicos.

Debe corresponder al catálogo de datos clínicos usado por el SACYL, y contendrá una lista concreta definida por cada aplicación de laboratorio.

Para este escenario se han definido los siguientes datos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	OBX.2	ÁMBITO	TIPO DE DATO EN OBX.5
46062-6	Tratamientos relevantes	CE	ANATOMÍA PATOLÓGICA (Se envían tratamientos que pueden modificar la Histología), o relevantes en cualquier caso (Ej: mujer con tratamiento hormonal de fertilidad).	Texto en OBX.5.2 (si no está codificado). Codificación (CIE9MC) en OBX.5 si puede estar codificado.
10215-2	Hallazgo operatorio	CE	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Texto en OBX.5.2 (si no está codificado). Codificado con SNOMED en otro caso en OBX.5.
19826-7	Consentimiento informado obtenido del paciente	CE	TODOS	Codificado con Tabla SI/No con tabla HL7 0532
8665-2	Fecha de última regla	TS	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Fecha en OBX.5
3146-8	Estado menstrual (menopausia, etc.)	CE	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Codificado por SNOMED en OBX.5
3167-4	Cantidad orinada en 24h (para prueba de diuresis)	NM	TODOS	Cantidad en ml

4.1.2.10. Muestra [SPM].

En caso que se envíe una muestra, los datos de la misma se codifican en este segmento.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	EIP		R	[1..1]		Specimen ID	
2.1.1	40	ST	R	[1..1]		Identifier	Identificador único de la muestra
2.1.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Nombre del sistema que genera el id de muestra
4	CWE		RE	[1..1]	0487 /0550	Specimen Type	
4.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del tipo de muestra
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de muestra
4.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	Codificación tipo de muestra
7	CWE		C	[0..1]	0488	Specimen Collection Method	
7.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de la forma de recogida
7.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la forma de recogida
7.3	20	ID	C	[0..1]	HL70488	Name Coding System	
8	CWE		C	[0..1]	0550	Specimen Source Site	
8.1	20	ST	R	[0..1]		Identifier	Código del origen de la muestra
8.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del origen de la muestra
8.3	20	ID	R	[0..1]	HL70550	Name Coding System	Codificación del origen de la muestra
9	CWE		C	[0..n]	0542	Specimen Source Site Modifier	
9.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de calificador de origen de la muestra
9.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del calificador de origen de la muestra
9.3	20	ID	R	[1..1]	HL70542	Name Coding System	Codificación calificador origen de la muestra
17	DR		R	[1..1]		Specimen Collection Date/Time	
17.1	24	TS	R	[1..1]		Range Start D/T	Fecha de extracción de la muestra

- *Identificador [SPM.2]:* Campo que informa de los códigos identificadores universales asociados a la muestra.
 - o *Identificador de la muestra [SPM.2.1.1]:* Código único en el sistema de catalogación de muestras.
 - o Código del sistema que genera el identificador [SPM.2.1.2]: Nombre único del sistema que genera el identificador de muestra. Junto al anterior describen universalmente la muestra.
- *Identificador del tipo de la muestra [SPM.4]:* Campo de tipo CWE que identifica el tipo de muestra dentro de un catálogo (sangre, suero, orina, etc.). definido por la tabla HL7 0487 o por la tabla HL7 0550.

- Método de recogida de la muestra [SPM.7] En el caso de muestras de microbiología, si se conoce, es necesario codificar el método de recogida (biopsia, aspiración, etc.) Codificado en la tabla HL7 0488.
- Ubicación de procedencia de la muestra [SPM.8]. En el caso de muestras de microbiología, si se conoce, es necesario codificar el lugar de procedencia corporal (oreja, mano, hígado, etc.). Codificado en la tabla HL7 0550.
- Modificación de procedencia de la muestra [SPM.9] En ciertos casos, es necesario agregar la lateralidad (derecha/izquierda) u ordinalidad (nº de falange) de donde procede la muestra. Codificado en la tabla HL7 0542. El campo es repetible, de forma que se puedan añadir todos los modificadores que se necesiten (por ejemplo, lado derecho y 2º falange).

Tabla HL7 0542 definida localmente para esta implementación, en base a la

Tabla HL7 0495

Valor	DESCRIPCIÓN
UPP	Superior
LOW	Inferior
L	Izquierdo
R	Derecho
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

- *Fecha de recogida* [SPM.17]: Instante de recogida de la muestra.

4.2. Mensaje ORL^O22 (General Laboratory order response message).

Este mensaje es enviado desde el Laboratorio, en el caso que sea imposible procesar una petición indicada en un mensaje OML^O21.

4.2.1. Evento disparador.

Si desde el Laboratorio se detecta una incompatibilidad en la petición antes de comenzar a se envía un mensaje para cancelar la petición.

4.2.2. Estructura.

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

<u>ORL^O22^ORL_O22</u>	<u>General Laboratory Order Acknowledgment</u> <u>Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER end		
	--- PATIENT end		
	--- RESPONSE end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original. En principio se omiten los segmentos OBR ya que es la petición completa la que se rechaza.

Los segmentos PID y ORC serán copia de los enviados en la petición original.

4.2.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ORL^O22^ORL_O22.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

4.2.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos simplificados de paciente [PID]”.

4.2.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

ORC.1: Deberá ser “UA” (petición imposible de aceptar)

ORC.5: Deberá ser “CA” (Petición cancelada)

4.2.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento debe contener información sobre el mensaje al que se contesta:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ST	R	[1..1]		Acknowledgment Code	Código de Aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje contestado

- *Código de aceptación* [MSA.1]: Indica si el mensaje ha sido admitido o no por el sistema receptor. El valor será "AE".
- *ID del mensaje* [MSA.2]: Valor del MSH-10 del mensaje al que está respondiendo.

4.2.2.5. Descripción del error [ERR].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]		HL7 Error code	Código de error
3.1	20	ST	R	[1..1]	600	identifier	
3.2	10	ST	R	[1..1]	ERROR	Text	
3.3	10	ST	R	[1..1]	HL70357	Coding System	
4	1	ID	R	[1..1]		Severity	
7	200	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	Información de diagnóstico

- *Código de Error* [ERR.3]: Valores fijos:
 - o CWE.1: "600"
 - o CWE.2: "Error"
 - o CWE.3: HL70357
- *Severidad* [ERR.4]: Valor fijo a "E" (Error)
- *Información de diagnóstico* [ERR.7]: Descripción textual del problema.

4.3. Mensaje ORU^R01 (Unsolicited Observation Message).

Mensaje utilizado para informar resultados de laboratorio.

4.3.1. Evento disparador.

Este evento se produce cuando desde el laboratorio se han validado todos los resultados correspondientes a una petición no-prioritaria, o alguno de una petición prioritaria.

Para evitar el tráfico innecesario de mensajes, en las peticiones no prioritarias se envía un único mensaje cuando todos los resultados están listos. Sin embargo, en las urgentes o cuando así sea especificado en el escenario, los mensajes de deben enviar tan pronto como haya un resultado validado listo.

4.3.2. Estructura.

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

<u>ORU^R01^ORU_R01</u>	<u>Unsolicited Observation Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
{	--- PATIENT_RESULT begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[	--- VISIT begin	RE	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
]	--- VISIT end		
	--- PATIENT end		
{	-- ORDER Begin	R	[1..n]
[ORC]	Order common	C	[0..1]
OBR	Observations Request	R	[1..1]
[	--- TIMING_QTY Begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
]	--- TIMING_QTY End		
[{	-- OBSERVATION Begin	R	[1..n]
OBX	Observation related to OBR	R	[1..1]
{[NTE]}	Notes and comments	R	[0..n]
}]	-- OBSERVATION End		
[{	-- SPECIMEN Begin	C	[0..n]
SPM	Specimen	R	[1..1]
}]	SPECIMEN End		
}	-- ORDER end		
	--- PATIENT_RESULT end		

Esos segmentos contienen la siguiente información:

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos del paciente [**PID**]. Identificación del paciente al que está asociada la prueba.
- Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre el origen del paciente, la ubicación en la que está, nº episodio asociado, etc., en caso que ésta información sea conocida.
- Datos de la petición [**ORC**] Identificador de la petición y su estado.
- Pruebas. Se indicarán las pruebas que se solicitaron inicialmente en segmentos [**OBR**].

- Prioridad de la petición, en el segmento **[TQ1]**.
- Resultados. Cada uno de los resultados obtenidos se indicará en un segmento **[OBX]**. Este segmento permite el envío de informes, descrito en el apartado “Uso especial de segmentos OBX” de esta guía.
Si los resultados conllevan comentarios u observaciones de los especialistas, éstos se indican en segmentos **[NTE]** contiguos al OBX.
- Muestra sobre la que se están indicando las pruebas **[SPM]**.

4.3.2.1. Cabecera del Mensaje **[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 ORU^R01^ORU_R01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.3.2.2. Datos del paciente **[PID]**.

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

4.3.2.3. Datos de la visita **[PV1]**.

El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el mensaje OML^O21.

4.3.2.4. Descripción de la Petición **[ORC]**.

Este segmento es obligatorio en la primera repetición del grupo ORDER_OBSERVATION asociado a la misma orden. Sin embargo, en el resto no es necesario.

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “**SC**” (actualización de estado).
- ORC.3 Contendrá el identificador de la orden en el sistema que esté ejecutando los análisis, en un tipo de dato El idéntico a ORC.2.
- ORC.5: Deberá ser:
 - o “**A**” (Sólo algunos resultados disponibles) Si la petición está en proceso –sólo válido para las pruebas urgentes-.
 - o “**CM**” (Completada) Si todas las pruebas solicitadas en la petición han sido completadas.

4.3.2.5. Prueba solicitada [OBR].

El segmento OBR permite agrupar varios resultados (definidos en cada uno de los segmentos OBX). En función de sobre qué tipo de resultado se esté informando, el segmento OBR contendrá distinta información:

- En caso de un resultado “simple”, habitual en bioquímica/hematología, sólo será necesario que esté indicado los datos OBR.2 y OBR.25. En el caso que el sistema de laboratorio quiera respetar la misma estructura de pedido, también contendrá el OBR.4 de la solicitud original.
- En caso de un cultivo de microbiología, contendrá el código del tipo de cultivo solicitado, o el código de antibiograma.
- En caso de un informe, éste deberá identificarse a través de un código predefinido por ambas partes.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - OBR	Set ID
2		EI	RE	[0..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario
3		EI	R	[1..1]		FILLER Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema de laboratorio
3.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema de laboratorio
4		CE	R	[1..1]		Universal Service Identifier	
4.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	Código del tipo de prueba
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de prueba
4.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	Sistema de codificación de las pruebas
7	14	TS	C	[0..1]		Observation Date/Time	Fecha de la medición
25	1	ID	R	[1..1]		Result Status	Estado del resultado
26			C	[0..1]		Parent Result	
26.1		CE	R	[1..1]		Parent Observation Identifier	Tipo del resultado padre
26.2	20	ST	R	[1..1]		Parent Observation Sub-Identifier	Sub-Identificador del resultado pader
26.3	199	FT	R	[1..1]		Parent Observation Value Descriptor	Valor del resultado padre
32		NDL	C	[0..1]		Principal Result Interpreter	
32.1		CNN	R	[1..1]		Name	Intérprete de los resultados/ autor del informe
32.3	14	TS	C	[0..1]		End Time	Fecha de los resultados/ informe

El segmento OBR contiene información sobre una prueba solicitada:

- SetID [OBR.1]. Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor.
- Identificador único de la petición para el sistema peticionario [OBR.2]. Es una copia del valor ORC.2. Se enviará si es posible conocer este valor.
- Identificador único de la petición para el sistema de laboratorio [OBR.3]. Es una copia del valor ORC.3.
- Prueba solicitada [OBR.4]. Este campo contendrá el código de la prueba solicitada, en un campo codificado tipo CE:
 - o CE.1. Si la prueba está codificada, el código de la prueba o perfil.
 - o CE.2 La descripción de la prueba o perfil. En el caso que el OBR se utilice como un agrupador, el campo tendrá el valor "TEST", estando CE.1 y CE.3 sin valor.
 - o CE.3. Si la prueba está codificada, este campo contendrá el catálogo usado. Ej: LOINC (LN) o SNOMED (SNM3).
- Fecha de la medición [OBR.7] Fecha común de revisión de todos los OBX. Sólo en caso de que el segmento OBR agrupe varios OBX que refieran al mismo acto (por ejemplo un informe, o la transmisión de un conjunto de datos obtenidos de una sesión). Evita tener que repetir la fecha en todos los OBX.14
- Estado de la prueba [OBR.25]. Indica el estado del conjunto de resultados que componen la prueba: Puede tener los siguientes valores:
 - o "F" Cuando todos los OBX que se envían asociados al OBR están validados, y no se van a enviar más.
 - o "C" Si alguno de los OBX que se envían asociados es una corrección a un estado previo.
 - o "A" Si no todos los resultados están disponibles. Este estado sólo tiene sentido en peticiones urgentes que envían los resultados a media que se van generando.
- Resultado padre [OBR.26]. En caso que una prueba esté relacionado con un resultado (por ejemplo, en el caso de los antibiogramas), éste campo permite identificar el resultado "padre".
 - o Tipo del resultado padre [OBR.26.1]. Copia del campo OBX.3 del segmento OBX que describe al resultado padre.
 - o Sub-Identificador del resultado padre [OBR.26.2]. Copia del campo OBX.4 del segmento OBX que describe el resultado padre.
 - o Valor del resultado padre [OBR.26.3] Descripción textual del campo OBX.5 del segmento OBX que describe al resultado padre.

- Autor del informe [OBR.32]. En caso que los resultados sobre los que se informa hayan sido todos validados por la misma persona (por ejemplo cuando se esté enviando un informe estructurado a través de segmentos OBX con texto), se envía en este campo el autor. En este caso y la fecha del informe, evitando así tener que repetir en cada OBX este dato. Esto es debido a que el informe se trata como una entidad global.
 - o OBR.32.1: Autor del informe, usando un tipo de datos CNN, explicado en el campo OBR.32.
 - o OBR.32.3 Fecha en la que han sido validados los resultados (si todos han sido revisados en el mismo momento. También corresponde a la fecha de un informe. Es una copia del dato enviado en OBR.7

El uso del OBR32 para unificar autor y/o fecha de todos los OBX no es exclusivo de informes sino para agrupar conjuntos de OBX que refieran a un mismo acontecimiento y por tanto compartan autor y fecha.

4.3.2.6. Prioridad [TQ1].

Este segmento permite especificar la urgencia del pedido. Su uso es el mismo que el indicado en el mensaje OML^O21.

Al igual que ocurría con el ORC, este segmento sólo es obligatorio en la 1ª aparición del grupo ORDER_OBSERVATION de una misma petición.

4.3.2.7. Observaciones [OBX].

Contiene un resultado analítico. Si es un dato referido al paciente, el segmento se envía junto al segmento PID. En caso que se el resultado esté específicamente ligado a la muestra, el segmento se envía junto al SPM.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0125	Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]		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
4	20	ST	C	[0..1]		Sub ID	Identificador secundario
5	99999	ST/TD/ NM	R	[1..1]	0078	Observation Value	Valor del resultado
6		CE	C	[0..1]		Units	
6.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de unidades del resultado.
7	60	ST	C	[0..1]		References Range	Rango de validez de referencia del resultado
8	5	IS	C	[0..1]	F/C	Abnormal Flags	Indicador de valor fuera de rango
11	1	ID	R	[1..1]		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 que ha validado el 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
CE	Entrada codificada. Valores Sí/No, microbios encontrados... cualquier tipo de respuesta que se encuentre en un catálogo.
ED	Encapsulados (PDF, CDA ,imágenes)
NM	Numérico
ST	Cadena de caracteres

- 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 o SNOMED CT).
- Identificador secundario [OBX.4] Este campo permite relacionar entre sí distintos segmentos OBX. En microbiología permite crear una relación entre el antibiograma y el germen al que se refiere.
- Valor [OBX.5] Este campo contendrá el valor del resultado medido, o en caso de un informe, el contenido de dicho PDF/CDA, etc.
- Unidades [OBX.6]. Si el valor es numérico (OBX.2=NM), se indica aquí las unidades en las que está expresado como cadena de texto.
- Rango de normalidad [OBX.7] Si el valor es numérico (OBX.2=NM), se indica aquí los valores para los cuales se debe encontrar el resultado:
 - o Si hay límites inferiores y superiores, se debe expresar de la forma inf – sup (Ejemplo 2.4 – 4.5)
 - o Si sólo hay límite superior, se debe expresar de la forma < sup (Ejemplo: <4.5)
 - o Si sólo hay limite inferior, se debe expresar de la forma > inf (Ejemplo >2.5)
 - o En el caso que se deba añadir un texto narrativo, éste comenzará con un '*' (Ejemplo: 1.2 -4.5 *Embarazadas 1º trimestre: 20-40)
- Indicador de anormalidad en el resultado [OBX.8]. Si es posible detectarlo, este campo indicará si el resultado obtenido es anormal (está fuera de rango o se ha detectado una situación anormal). Este campo tiene los posibles valores de la tabla 0078

Tabla HL7 0078 limitada a los Indicadores de anormalidad

Valor	DESCRIPCIÓN
N	Normal
A	Anormal
L	Anormal bajo (por debajo del valor máximo de referencia)
LL	Muy anormal alto (por encima del límite superior de pánico)
H	Anormal alto (por encima del valor máximo de referencia)
HH	Muy anormal bajo (por debajo del límite inferior de pánico)

En el caso de que el segmento OBX esté indicando el nivel de sensibilidad frente a un antibiótico, este campo permite codificar dicha sensibilidad. Los valores posibles son:

Tabla HL7 0078 limitada a los Indicadores de sensibilidad microbiológica

Valor	DESCRIPCIÓN
S	Susceptible.
R	Resistente.
I	Intermedio.
MS	Moderadamente susceptible.
VS	Alta susceptibilidad.

- Estado del resultado [OBX.11]. Ya que sólo se envían mediciones finales, podrán 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. Es un dato XCN. Este campo es obligatorio salvo que el campo OBR.32 del segmento OBR asociado informe del autor para todos los segmentos OBX.
- Responsable. [OBX.16]. Clínico responsable de la medición. Es un dato XCN. Este campo es obligatorio salvo que el campo OBR.32 del segmento OBR asociado informe del autor para todos los segmentos OBX.

4.3.2.8. Notas adicionales [NTE].

Este segmento contiene información relevante sobre los resultados obtenidos, que debe ser mostrada al profesional que consulte los mismos.

Su definición se encuentra en el documento de segmentos comunes de las guías.

4.3.2.9. Muestra [SPM].

La definición de este segmento es el mismo que el descrito en el mensaje OML^O21 con las siguientes salvedades:

- Muestra disponible [SPM.20]. Si se conoce, se indica en el campo SMP.20 si la muestra sigue disponible en el laboratorio para futuros análisis (Valores posibles "Y" y "N").
- Tiempo de llegada de la muestra al laboratorio [SPM.26]. Si se conoce, se envían en el campos 26 el momento en que la muestra llega al laboratorio.

4.4. Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge).

Este mensaje, así como sus segmentos y tipos de datos específicos se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5. Elementos comunes.

5.1. Segmentos.

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

5.1.1. Cabecera [MSH].

Este segmento se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.1.2. Datos de paciente [PID].

Este segmento se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.1.3. Datos simplificados de paciente [PID].

Este segmento se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.2. Uso especial de segmentos OBX.

5.2.1. Envío de imágenes, PDF o documentos CDA.

El uso de los ficheros en formato PDF o CDA para el envío de información adicional a la que incorpora la mensajería como son las copias de los informes originales remitidos por el laboratorio, entre otros posibles ejemplos, hace necesario el habilitar dentro de la propia mensajería los mecanismos necesarios para que este intercambio sea posible. A tal efecto, y siempre bajo las sugerencias realizadas por los correspondientes perfiles IHE y teniendo como base de mensajería el estándar HL7, se propone la gestión de la transmisión de estos ficheros siguiendo las directrices que se exponen a continuación:

Los datos se informarán en un segmento OBX que se añadirá a en último lugar siempre que se necesite transmitir un fichero de uno de los tipos contemplados, cargando un fichero por segmento. Es decir, si se necesita enviar más de un fichero dentro de un mismo mensaje, deberá incluirse tantos segmentos OBX como ficheros quieran incorporarse al mensaje.

Cuando se envíe un informe con el resultado total del estudio, el segmento OBX se identificará de la siguiente manera en el campo OBX.3:

CE.1: "11502-2"

CE.2: "Informe de resultados de laboratorio"

CE.3: "LN"

Este tipo de informe debe ser uno de los siguientes:

Lista orientativa de tipos de informes

CÓDIGO	TIPO DE INFORME
11502-2	INFORME DE RESULTADOS ANALÍTICOS
11526-1	INFORME DE PATOLOGÍA
11527-9	INFORME DE PSIQUIATRÍA
11529-5	INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
33717-0	INFORME DE CITOLOGÍA
18759-1	INFORME ESPIROMETRÍA
18744-3	INFORME BRONTOSCOPIA

Para el envío de esta información se hace uso del tipo de dato “ED” (Encoded Entity), que se define para esta implementación de la siguiente manera:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	11	ID	R	[1..1]	0834	Type of Data	Tipo de dato
3	32	ID	C	[0..1]	0291	Data Subtype	Subtipo de dato
4	6	ID	R	[1..1]	0299	Encoding	Codificación
5	65536	TX	R	[1..1]		Data	Datos

Este tipo de datos permite enviar información compleja, de la siguiente manera:

- Los campos ED.2 Y ED.3 corresponden al tipo y subtipo de datos recogidos por IANA [<http://www.iana.org/assignments/media-types/index.html>]
- El campo ED.4 corresponde al tipo de codificación: Base64 o “A” cuando no existe.
- Los datos del contenido viajan en ED.5, codificados en función del valor de ED.4

En la siguiente tabla se recogen los tipo de datos permitidos en esta implementación

FICHERO	OBX.2	OBX.5.2	OBX.5.3	OBX.5.4	OBX.5.4
PDF	ED	application	pdf	Base64	Contenido del PDF en Base64
Imagen (PNG, JPG, etc.)	ED	image	jpg, png, etc	Base64	Contenido de la imagen en Base64
CDA R2	ED	multipart	x-hl7-cda- level-two	A	Contenido del CDA y ficheros anejos en un mime-multipart con la etiqueta: x-hl7-cda-level-two

Como se indica en la tabla anterior el envío de los CDA se realiza a través del formato MIME-multipart, de forma que se permita el envío de material adicional junto al CDA (hojas de estilo, imágenes asociadas, etc.) La etiqueta MIME de la parte CDA del multipart será “x-hl7-cda-level-two” (basado en el perfil de SIID de IHE). Los caracteres especiales deben ser ‘escapados’ antes de su envío. Concretamente si el mensaje es ER7 los retornos de carro deben ser sustituidos por \X0D0A\ . Asimismo, todos los contenidos dentro del paquete MIME deben tener un *encoding* (Content-transfer) de base64

El paquete MIME debe ser de la forma:

```
MIME-Version: 1.0
Content-Type: multipart/related;

boundary="-----_Part_0_7156233.1238591260824"

-----_Part_0_7156233.1238591260824
Content-Type: application/x-hl7-cda-level-two+xml
Content-Transfer-Encoding: BASE64

PENsaW5pY2FsRG9jdW1lbnQgeHNpOnNjaGVtYUxvY2F0aW9uPSJ1cm46aGw3LW9yZzp2MyBmaWxl
(....)
IDwvY29tcG9uZW50Pgo8L0NsaW5pY2FsRG9jdW1lbnQ+
-----_Part_0_7156233.1238591260824--
```

5.2.2. Envío de informes no estructurados

En el caso que la aplicación no pueda realizar el envío de informes estructurados (es decir, delimitados por sus distintos campos), se podrá enviar todo el contenido del informe a través de un único campo OBX don formato FT.

En este caso, el OBX contendrá la siguiente información:

- El campo OBX.2 será de tipo “FT”.
- El campo OBX.3 indicará “Informe”, en un código LOINC de catálogo de tipos de informes (listados en la sección anterior).
- El campo OBX.5 será de tipo FT y contendrá el informe, con los adecuados caracteres de escape.

5.2.3. Envío de informes estructurados

El envío de informes descriptivos se organiza en un grupo OBSERVACION, donde el contenido de cada informe se define a través de varios segmentos OBX, agrupados en un segmento OBR que contiene el título del informe. En concreto, un informe de anatomía patológica se define en un segmento OBR con OBR.4 con los siguientes valores (codificación LOINC de un informe de anatomía patológica):

CE.1 “11529-5”

CE.2 : “Informe de anatomía Patológica”

CE.3: “LN”

El grupo OBSERVATION no tendrá segmento SPM asociado. Los segmentos que deben existir como mínimo son los siguientes:

- Observación Macroscópica.
 - o OBX.2 (Tipo de valor) "FT"
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)
 - CE.1 "22634-0&GDT"
 - CE.2.: "Observación Macroscópica"
 - CE.3 "LN"
 - o OBX.5 Contenido de la parte macroscópica del informe en formato FT.
- Observación Microscópica:
 - o OBX.2 (Tipo de valor) "FT"
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)
 - CE.1 "22635-7&MDT"
 - CE.2 "Observación Microscópica de Anatomía Patológica."
 - CE.3 "LN".
 - o OBX.5 Contenido de la parte microscópica del informe en formato FT.
- Diagnóstico principal (no codificado):
 - o OBX.2 (Tipo de valor) "CE"
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)
 - CE.1 "18630-4&IMP"
 - CE.2 "Diagnóstico principal".
 - CE.3 "LN".
 - o OBX.5 Diagnóstico principal. Si no está codificado sólo aparecerá el campo CE.2 con la impresión diagnóstica. Si está codificado los campos CE.1 y CE.2 estarán valuados con el código y el sistema de codificación respectivamente.
- Diagnóstico secundario (no codificado):
 - o OBX.2 (Tipo de valor) "CE"
 - o OBX.3 (Identificador de resultado)
 - CE.1 "29308-4&IMP"
 - CE.2 "Diagnóstico secundario".
 - CE.3 "LN".
 - o OBX.5 Impresión diagnóstica secundarias. Si no está codificado sólo aparecerá el campo CE.2 con la impresión diagnóstica. Si está codificado los campos CE.1 y CE.2 estarán valuados con el código y el sistema de codificación respectivamente.

5.2.4. Envío de resultados de cultivos y antibiogramas (MICROBIOLOGÍA).

Los resultados de microbiología generan una estructura de resultados dinámica en función de los microorganismos detectados (si es que se detecta alguno) en el cultivo.

Descripción de los resultados de un cultivo:

Un grupo OBSERVATION con los siguientes segmentos:

- Un segmento OBR donde el OBR.4 indica el código del cultivo, el mismo que el solicitado en la petición.
- Si el cultivo es positivo, tantos segmentos OBX como microorganismos localizados. Estos segmentos OBX tendrán los siguientes valores:
 - o OBX.2 (Tipo de valor): "CE".
 - o OBX.3 (Identificador de resultado) , el identificador de microorganismo identificado:
 - CE.1 "634-6" (si es una bacteria) "10667-4" (si es un hongo), "12272-1" si es un virus, "24429-3" si es un parásito, o "38401-6" si es un protozoo. O "11475-1" si no se puede indicar el tipo de microorganismo.
 - CE.2 "Bacteria detectada", "Hongo detectado", "Virus detectado", "Parásito detectado", "Protozoo detectado", o "Microorganismo detectado".
 - CE.3 "LN".
 - o OBX.4 Identificador secundario: Código único de identificación del microorganismo. Debe ser único para el mensaje. Este código no debe cambiar aunque el microorganismo cambie su tipo (por una mejor identificación).
 - o OBX.5: Microorganismo detectado codificado a través de SNOMED-CT (SNM3). EL Código
 - CE.1 El código del microorganismo en SNOMED CT (si se conoce).
 - CE.2 El nombre del microorganismo.
 - CE.3 Si el organismo está codificado, su valor será "SNM3".
 - o OBX.8: "A". Indicando resultado anormal.

- En caso que el cultivo haya identificado organismos, es posible enviar datos adicionales sobre ellos (por ejemplo el conteo de población). Estos son los posibles datos a enviar:

DATO (OBX.3.2)	OBX.2	OBX.3.1	OBX.5
Nº de colonias	SN	564-5	OBX.5.1: 1º Comparador. (<,>,<=,>=,<>) OBX.5.2: 1ª Cifra. OBX.5.3: 2º Comparador. (-) OBX.5.4: 2º Cifra (sólo si hay un 2º comparador)

En caso de que el resultado del cultivo sea negativo o dudoso se enviará un único OBX, con los siguientes particularidades:

- o El campo OBX.2 será "ST".
- o El campo OBX.3 será idéntico al OBR.4.
- o El campo OBX.5 contendrá los siguientes valores:
 - "NEGATIVO" Si no hay resultados.
 - "DUDOSO" Si el análisis no ha resultado concluyente.
- o El estado del OBR (OBR.25) como finalizado (F).

Descripción de los resultados de un antibiograma:

De forma adicional, es posible añadir un panel de susceptibilidades por cada uno de los microorganismos detectados. El panel define los resultados de susceptibilidad del germen a distintos antibióticos. Cada antibiograma se define en un grupo OBSERVATION con los siguientes elementos:

- Un segmento OBR:
 - o El valor de OBR.4 indica el código LOINC de antibiograma.
 - 18769-0 Panel de susceptibilidad si no se quiere especificar la naturaleza del elemento detectado.
 - 29576-6 Panel de susceptibilidad bacteriológico (si se detecta una bacteria).
 - 29577-4 Panel de susceptibilidad de hongos (si se detecta un hongo).
 - 29578-2 Panel de susceptibilidad de virus (si se detecta un virus).
 - o El valor OBR.26 contendrá los valores OBR.3 y OBR.4 del segmento OBX donde se identifica al microorganismo sobre el que se describe el antibiograma.

- o El valor OBR.32 contendrá el nombre del responsable del resultado, común a todos los antibiogramas.
- Tantos segmentos OBX como antibióticos han sido probados. localizados, codificados en base a la codificación de la OMS. Estos segmentos OBX tendrán los siguientes valores:
 - o OBX.2 (Tipo de valor): "NM".
 - o OBX.3 (Identificador de resultado), El identificador del antibiótico utilizado, codificado como CE (en caso de usar la codificación de la OMS CE.3 será 'WC').
 - o OBX.5 (Resultado). Valor numérico correspondiente al resultado del MIC¹.
 - o OBX.6 (Unidades). Las unidades en las que se expresa.
 - o OBX.8 (Valores de anormalidad) Este campo contiene el nivel de sensibilidad del organismo detectado frente al antibiótico según la tabla HL7 0078.
 - o OBX.11 VALOR "F" indicando un resultado completamente validado.
 - o OBX.14. Momento de obtención del resultado.

¹ Minimum Inhibitory Concentration (MIC) o Concentración Mínima Inhibitoria (CMI)

5.3. Tablas comunes.

5.3.1. Tipos de muestra (HL7 0487)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COMENTARIOS
ABS	Abscess	
PELVA	Abscess, Pelvic	Condition
PERIA	Abscess, Perianal	Condition, Abcess & Body Part
RECTA	Abscess, Rectal	Condition
SCROA	Abscess, Scrotal	Condition
SUBMA	Abscess, Submandibular	Condition
SUBMX	Abscess, Submaxillary	Condition
TSTES	Abscess, Testicular	Condition
AIRS	Air Sample	Environment
ALL	Allograft	Tissue
AMP	Amputation	Tissue
GASAN	Antrum, Gastric	Tissue
ASP	Aspirate	
ETA	Aspirate, Endotrach	Aspirate
GASA	Aspirate, Gastric	Aspirate
NGASP	Aspirate, Nasogastric	Aspirate
TASP	Aspirate, Tracheal	Aspirate
TTRA	Aspirate, Transtracheal	Aspirate
AUTP	Autopsy	Tissue
BX	Biopsy	Tissue
GSPEC	Biopsy, Gastric	Tissue
SKBP	Biopsy, Skin	Tissue
CONE	Biospy, Cone	Tissue
BITE	Bite	Conditions

CBITE	Bite, Cat	Conditions
DBITE	Bite, Dog	Conditions
HBITE	Bite, Human	Conditions
IBITE	Bite, Insect	Conditions
RBITE	Bite, Reptile	Conditions
BLEB	Bleb	Condition, Fluid/Tissue
BLIST	Blister	Condition, Fluid/Tissue
BBL	Blood bag	Blood
BPU	Blood product unit	Blood
HBLUD	Blood, Autopsy	Blood
CSVR	Blood, Cell Saver	Transfusion
FBLOOD	Blood, Fetal	Blood
MBLD	Blood, Menstrual	Blood
WB	Blood, Whole	Blood
BOIL	Boil	Condition
BON	Bone	
BOWL	Bowel contents	Condition
BRTH	Breath (use EXHLD)	
BRSH	Brush	Product; Brush or brushing (these may be 2 separate entries as in a physical brush or a portion thereof vs the substance obtained after a surface has been brushed)
EBRUSH	Brush, Esophageal	Product
BRUS	Brushing	Product
GASBR	Brushing, Gastric	Product
BUB	Bubo	Condition
BULLA	Bulla/Bullae	Condition
BRN	Burn	
CALC	Calculus (=Stone)	
CARBU	Carbuncle	Condition
CAT	Catheter	Device

CSITE	Catheter Insertion Site	Device
CTP	Catheter tip	Device
ANGI	Catheter Tip, Angio	Device
ARTC	Catheter Tip, Arterial	Device
CVPT	Catheter Tip, CVP	Device
ETTP	Catheter Tip, Endotracheal	Device
FOLEY	Catheter Tip, Foley	Device
HEMAQ	Catheter Tip, Hemaquit	Device
HEMO	Catheter Tip, Hemovac	Device
IDC	Catheter Tip, Indwelling	Device
INTRD	Catheter Tip, Introducer	Device
IVCAT	Catheter Tip, IV	Device
MAHUR	Catheter Tip, Makurkour	Device
SCLV	Catheter Tip, Subclavian	Device
SPRP	Catheter Tip, Suprapubic	Device
SWGZ	Catheter Tip, Swan Gantz	Device
VASTIP	Catheter Tip, Vas	Device
VENT	Catheter Tip, Ventricular	Device
GROSH	Catheter, Groshong	Device
HIC	Catheter, Hickman	Device
PORTA	Catheter, Porta	Device
SPRPB	Cathether Tip, Suprapubic	Device
TLC	Cathether Tip, Triple Lumen	Device
CLIPP	Clippings	Condition
COL	Colostrum	
CNJT	Conjunctiva	
LENS1	Contact Lens	Device
LENS2	Contact Lens Case	Device
CYST	Cyst	

BCYST	Cyst, Baker's	Condition
ICYST	Cyst, Inclusion	Condition
PILOC	Cyst, Pilonidal	Condition
RENALC	Cyst, Renal	Condition
DIA	Dialysate	Condition
DISCHG	Discharge	Condition
DIV	Diverticulum	Condition
DRN	Drain	
DRN	Drain	Device
HEV	Drain, Hemovac	Device
GTUBE	Drainage Tube, Drainage (Gastrostomy)	Condition
GASD	Drainage, Gastric	Condition
ILEO	Drainage, Ileostomy	Condition
JP	Drainage, Jackson Pratt	Condition
JEJU	Drainage, Jejunal	Condition
NASDR	Drainage, Nasal	Condition
NGAST	Drainage, Nasogastric	Condition
PND	Drainage, Penile	Condition
DRNGP	Drainage, Penrose	Condition
RECT	Drainage, Rectal	Condition
SUMP	Drainage, Sump	Condition
DRNG	Drainage, Tube	Device
EARW	Ear wax (cerumen)	
EFFUS	Effusion	Condition
ELT	Electrode	
AUTOC	Environment, Attest	Environment
ATTE	Environmental, Autoclave Ampule	Environment
AUTOC	Environmental, Autoclave Capsule	Environment
EFF	Environmental, Effluent	Environment

EEYE	Environmental, Eye Wash	Environment
EFOD	Environmental, Food	Environment
EISO	Environmental, Isolette	Environment
EOTH	Environmental, Other Substance	Environment; (Substance is Known but not in code Table)
ESOI	Environmental, Soil	Environment
ESOS	Environmental, Solution (Sterile)	Environment
SPS	Environmental, Spore Strip	Environment
STER	Environmental, Sterrad	Environment
ENVIR	Environmental, Unidentified Substance	Environment
WWA	Environmental, Water	Environment
DEION	Environmental, Water (Deionized)	Environment
WWT	Environmental, Water (Tap)	Environment
FAW	Environmental, Water (Well)	Environment
WWO	Environmental, Water (Ocean)	
EWHI	Environmental, Whirlpool	Environment
EXUDTE	Exudate	Condition
FLT	Filter	
FIST	Fistula	
FLUID	Fluid	Fluid
FGA	Fluid, Abdomen	Fluid
CSMY	Fluid, Cystostomy Tube	Fluid
ACNFLD	Fluid, Acne	Fluid
FLU	Fluid, Body unsp	
CST	Fluid, Cyst	Fluid
HYDC	Fluid, Hydrocele	Fluid
IVFLD	Fluid, IV	Fluid
JNTFLD	Fluid, Joint	Fluid
KIDFLD	Fluid, Kidney	Fluid
LSAC	Fluid, Lumbar Sac	Fluid

FLD	Fluid, Other	Fluid
PCFL	Fluid, Pericardial	
RENC	Fluid, Renal Cyst	Fluid
FRS	Fluid, Respiratory	Fluid
SHUNF	Fluid, Shunt	Fluid
SNV	Fluid, synovial (Joint fluid)	
GAST	Fluid/contents, Gastric	
FUR	Furuncle	Condition
GAS	Gas	
EXG	Gas, exhaled (=breath)	
IHG	Gas, Inhaled	
GENV	Genital vaginal	
GRAFT	Graft	Condition
GRAFT	Graft Site	Condition
POPGS	Graft Site, Popliteal	Condition
POPLG	Graft, Popliteal	Condition
GRANU	Granuloma	Condition
IMP	Implant	Device
INFIL	Infiltrate	Condition
INS	Insect	Object
IUD	Intrauterine Device	Device (Common Usage)
IT	Intubation tube	
KELOI	Lavage	Product
LAVG	Lavage, Bronhial	Product
LAVGG	Lavage, Gastric	Product
LAVGP	Lavage, Peritoneal	Product
LAVPG	Lavage, Pre-Bronch	Product
LESN	Lesion	Condition
ORL	Lesion, Oral	Condition (Common Usage)

PENIL	Lesion, Penile	Condition (Common Usage)
LIQO	Liquid, Other	
LIQ	Liquid, Unspecified	
MASS	Mass	Condition
SMM	Mass, Sub-Mandibular	Condition
MUCOS	Mucosa	Condition
MUCUS	Mucus	Condition
NEDL	Needle	Device
NODUL	Nodule(s)	Condition
CYN	Nodule, Cystic	Condition
ORH	Other	
PACEM	Pacemaker	Device
PLAN	Plant Material	Object
PLAS	Plasma	Blood
PLB	Plasma bag	Blood
PPP	Plasma, Platelet poor	Blood
PRP	Plasma, Platelet rich	Blood
POL	Polyps	Condition
PROST	Prosthetic Device	Device
PSC	Pseudocyst	Condition
PUS	Pus	
PUST	Pus	Condition
PUSFR	Pustule	Condition
QC3	Quality Control	Environment
RES	Respiratory	Condition (Ambiguous)
SAL	Saliva	
FSCLP	Scalp, Fetal	Condition
CSCR	Scratch, Cat	Condition
SECRE	Secretion(s)	Fluid/Secretion

NSECR	Secretion, Nasal	Condition
SER	Serum	
ASERU	Serum, Acute	Blood
CSERU	Serum, Convalescent	Blood
PLEVS	Serum, Peak Level	Blood
TSERU	Serum, Trough	Blood
SHUNT	Shunt	Condition
EXS	Shunt, External	Condition
SITE	Site	Site
CVPS	Site, CVP	Site
INCI	Site, Incision/Surgical	Site
NGS	Site, Naso/Gastric	Site
NEPH	Site, Nephrostomy	Site
PIS	Site, Pacemaker Insetion	Site
PDSIT	Site, Peritoneal Dialysis	Site
PDTS	Site, Peritoneal Dialysis Tunnel	Site
PINS	Site, Pin	Site
POPLV	Site, Popliteal Vein	Site
SHU	Site, Shunt	Site
TRAC	Site, Tracheostomy	Site
SKN	Skin	
TZANC	Smear, Tzanck	
GSOL	Solution, Gastrostomy	Product
ILLEG	Source of Specimen Is Illegible	
OTH	Source, Other	
UDENT	Source, Unidentified	
USPEC	Source, Unspecified	
SPRM	Spermatozoa	
SPT	Sputum	

SPTC	Sputum - coughed	
SPTT	Sputum - tracheal aspirate	
DCS	Sputum, Deep Cough	Condition
SPUTIN	Sputum, Inducted	Condition
SPUT1	Sputum, Simulated	Condition
SPUTSP	Sputum, Spontaneous	Condition
STONE	Stone, Kidney	Condition
STL	Stool = Fecal	
SUP	Suprapubic Tap	Product
SUTUR	Suture	Object
TISS	Tissue	
TISU	Tissue ulcer	
ACNE	Tissue, Acne	Tissue
HERNI	Tissue, Herniated	Tissue
SCAR	Tissue, Keloid (Scar)	Tissue
TRANS	Transudate	Condition
ETTUB	Tube, Endotracheal	Device
GT	Tube, Gastric	Device
TUBES	Tubes	Device
IVTIP	Tubing Tip, IV	Device
TUMOR	Tumor	Condition
DEC	Ulcer, Decubitus	Condition
UR	Urine	
URT	Urine catheter	
URC	Urine clean catch	
URINB	Urine, Bladder Washings	Condition
URINC	Urine, Catheterized	Condition
USCOP	Urine, Cystoscopy	Condition
URINM	Urine, Midstream	Condition

URINN	Urine, Nephrostomy	Condition
URINP	Urine, Pedibag	Device
RANDU	Urine, Random	Condition
VITF	Vitreous Fluid	
VOM	Vomitus	
WRT	Wart	Tissue
WASH	Wash	Product
WASI	Washing, e.g. bronchial washing	Product
WAT	Water	
WEN	Wen	Tissue
WICK	Wick	
WORM	Worm	Object
WND	Wound	
Wnda	Wound abscess	
WNDD	Wound drainage	
WNDE	Wound exudate	
PUNCT	Wound, Puncture	Condition

Guía de mensajería para Gestión de Tratamientos de Hemoterapia

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

Versión 1.0 02/04/2008

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES TRANSFUSIÓN DE SANGRE.	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	7
3.4. MENSAJE OMB^O27 (BLOOD PRODUCT ORDER MESSAGE).	9
3.5. MENSAJE ORB^O28 (BLOOD PRODUCT ORDER ACKNOWLEDGMENT).	21
3.6. MENSAJE BPS^O29 (BLOOD PRODUCT DISPENSE STATUS).	23
EL SUBCOMPONENTE CWE.3 TENDRÁ EL VALOR “HL70510”.	26
3.7. MENSAJE BTS^O31 (BLOOD PRODUCT TRANSFUSION/ DISPOSITION).....	28
EL VALOR DE CWE.3 SERÁ HL70514.....	32
3.8. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).....	33
4. ELEMENTOS COMUNES.	35
4.1. SEGMENTOS.....	35
4.2. TIPOS DE DATOS.	39

1. Introducción.

El presente documento se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir todos los mensajes relativos a bancos de sangre en todos los sistemas de información que se encuentran dentro del ámbito de SACYL.

Se acompaña a este catálogo de mensajes, una relación de anexos en los que se facilita el contenido de la información a utilizar en las diversas tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los distintos segmentos que conforman los mensajes.

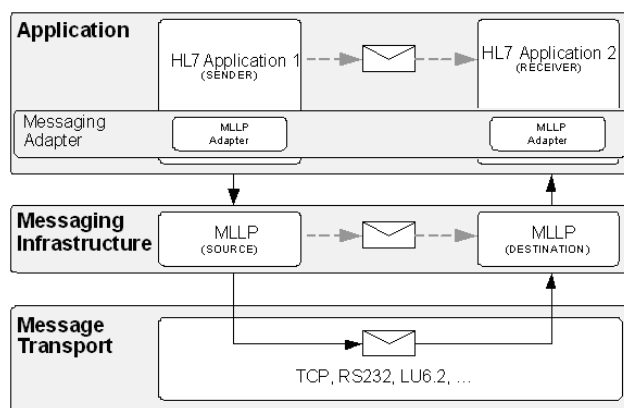
Este documento está estructurado de forma que se presenta inicialmente la lista correspondiente a todos los mensajes que conforman el catálogo de interacciones con el Banco de Sangre y, para cada mensaje, se describe el mismo, se indica cual es el evento que lo dispara y, finalmente, se muestra la estructura de éste relacionando los segmentos de los que está compuesto.

El presente documento abarca única y exclusivamente las interacciones específicas del ámbito: solicitudes de componentes, transfusiones, etc. seleccionadas por SACYL. Para la completa integración de un sistema gestor de BDS, será necesario el uso de otro rango de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

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 Sistemas de Información de esta entidad.

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 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 Transfusión de Sangre.

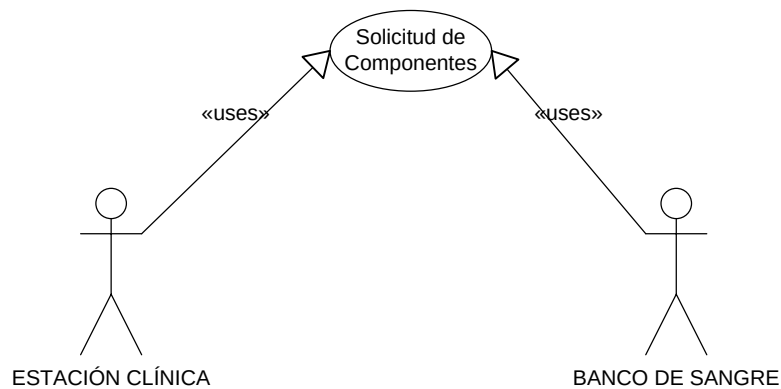
Este perfil detalla el intercambio de mensajes necesarios para gestionar el proceso de transfusión de productos hemoderivados a un paciente. Contempla desde la solicitud de los componentes hasta la devolución de los mismos.

3.1. Definición del perfil de mensajería.

Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	BSG
2	ORNANIZATION 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.

En este perfil, sólo entran en producción dos sistemas: la estación clínica, y el banco de sangre.



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ESTACIÓN CLÍNICA (EC)	Sistema de gestión de la Historia Clínica. Es el sistema que registra los procesos de la transfusión a través del personal clínico y de enfermería (donde se inicia la petición, se informa de las mediciones al paciente, estado y efecto de la transfusión de las bolsas, y cierre de transfusión).
BANCO DE SANGRE (BDS)	Sistema que gestiona todo el stock de componentes hemoderivados, así como el conjunto de procesos y solicitudes de dichos componentes. Asimismo, se ocupa también de gestionar toda la información de los pacientes relacionada con la transfusión y donación (tipo de sangre, fenotipos, anticuerpos detectados, alergias, reacciones adversas, etc.). Este sistema es donde se generan los informes con el resultado de la transfusión.

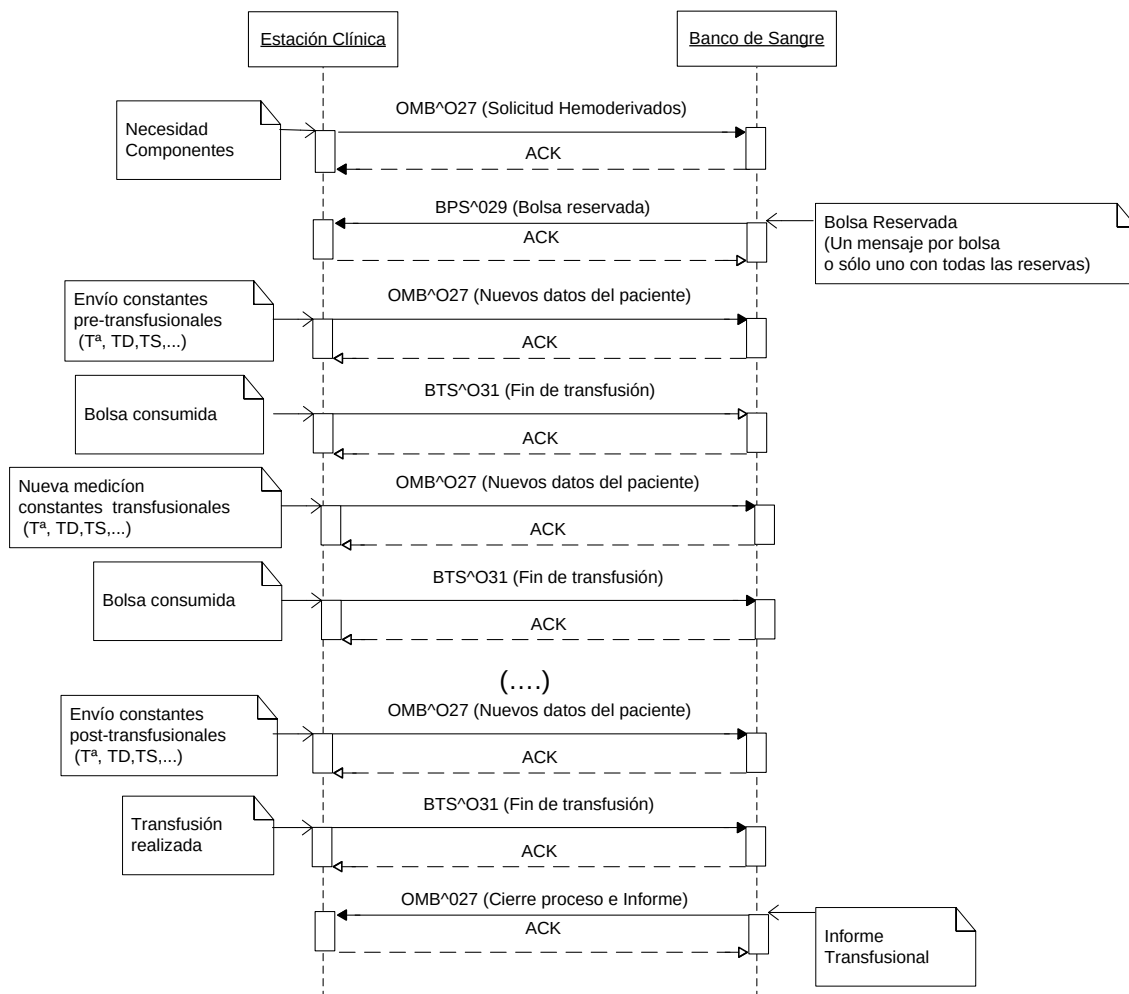
3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMB^027	Nueva petición	EC	BDS
	Envío de datos de estado de paciente	EC	BDS
	Envío de informe final	BDS	EC
	Cancelación de la petición	EC	BDS
ORB^028	Imposible ejecutar la petición	BDS	EC
BPS^029	Bolsa reservada	BDS	EC
BTS^031	Bolsa consumida (transfundida o perdida)	EC	BDS
	Fin transfusión	EC	BDS

3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

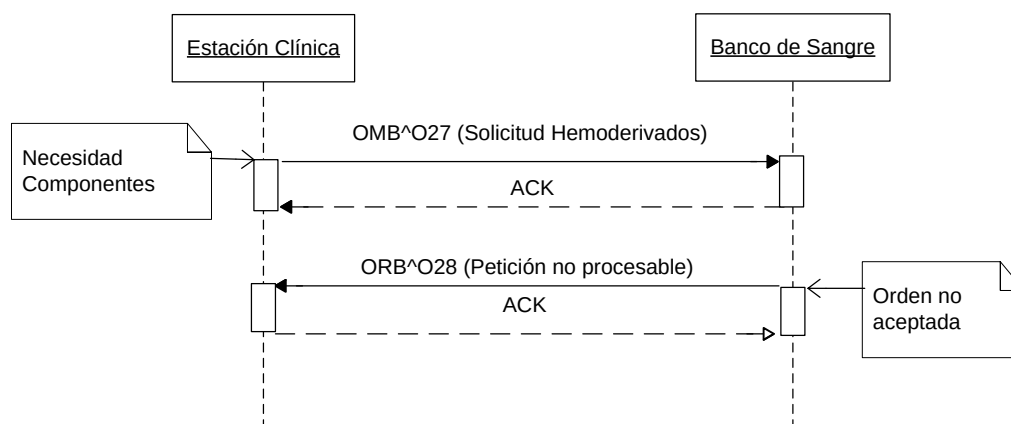
El que aparece a continuación, define el comportamiento a seguir por las aplicaciones que intercambian mensajes dentro de este perfil.



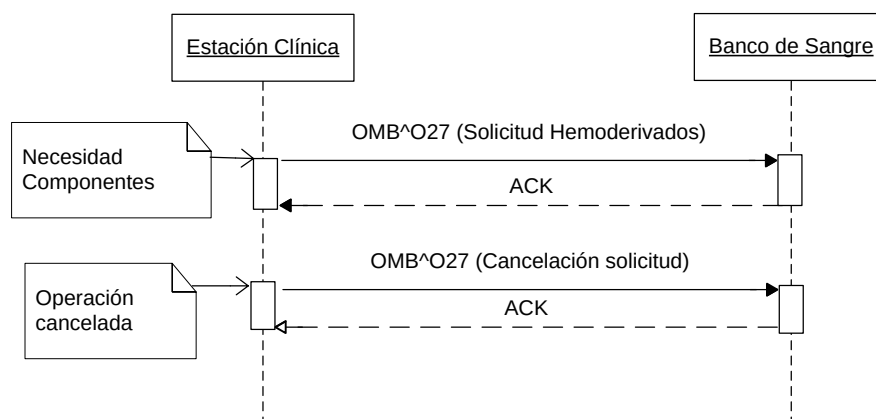
En el gráfico algunos eventos aparecen punteados (todas las mediciones salvo la última, y la información de cada una de las bolsas transfundidas salvo la última). Sin embargo esto no implica que no hay que informar de ellas, sino que esta información se puede enviar a medida que se va produciendo en mensajes o en un único mensaje al final (pero donde se indicarán todas las unidades consumidas/mediciones realizadas).

La notificación sólo se refiere a las unidades consumidas (transfundidas o perdidas). Una vez que desde la estación se haya cerrado el proceso de transfusión, el Banco de Sangre asumirá que el resto de bolsas estarán en tránsito de retorno.

En caso que al procesar la petición, antes de del comienzo de la reserva de unidades se detecte que la petición no es procesable (por ejemplo, el componente pedido no está en el catálogo), se envía un mensaje de error de aplicación.



También es posible cancelar la petición desde la Estación Clínica siempre y cuando aún no se haya comenzado a transfundir (en caso que la transfusión haya comenzado, será necesario finalizarla de forma normal).



3.3.2. ACK.

El comportamiento de las aplicaciones con respecto a los ACK se refleja en el siguiente diagrama de actividad es el descrito en el apartado de "política de ACK" en el documento de Definición de Elementos comunes de mensajería de SACYL.

3.4. Mensaje OMB^O27 (Blood Product Order Message).

Este mensaje se envía para iniciar una transfusión (solicitando una lista de componentes), o bien para actualizar su estado (en concreto, para dar por finalizada la misma).

3.4.1. Evento disparador.

Este mensaje puede corresponder a los siguientes eventos:

- Solicitud de transfusión. el mensaje se originaría ante la necesidad de programar una transfusión para un paciente. El mensaje es originado por la estación clínica.
- Cancelación de una transfusión. Antes de transfundir, el sistema peticionario decide anular la solicitud.
- Nuevas mediciones disponibles, antes o durante la transfusión, se envían datos de variables clínicas (temperatura, presión, etc.) del paciente al Banco de Sangre.
- Fin de transfusión. Se informa desde la Estación Clínica que la transfusión ha finalizado (con o sin incidentes).
- Nuevo informe disponible. Una vez terminada la transfusión, el Banco de Sangre envía a la estación clínica, un informe con los datos del proceso.

3.4.2. Estructura.

<u>OMB^027^OMB_027</u>	<u>Blood Product Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- TIMING begin		[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING end		
BPO	Blood Product Order	R	[1..1]
[SPM]	Specimen	RE	[0..1]
[ZCL]	Información de recoleccion	C	[0..1]
[{ DG1 }]	Diagnosis	RE	[0..n]
[{	--- OBSERVATION begin	C	[0..n]
OBX	Observation/Result	R	[1..1]
}}	--- OBSERVATION end		
[{ NTE }]	Notes and Comments (for Order)	RE	[0..n]
}	--- ORDER end		

En función del propósito del mensaje, su contenido variará:

- Si es el solicitar una serie de componentes sanguíneos para un paciente para una fecha, contendrá la lista de componentes cada uno de ellos en un grupo ORDER.

Asimismo indicará la muestra que se envía para realizar la muestra cruzada.

- Si es de cancelación, como se cancela todo el pedido sólo será necesario el envío de un grupo ORDER (donde en el ORC y BPO se indique el pedido).
- Si es de datos de mediciones, de forma similar a la cancelación, sólo será necesario enviar un grupo ORDER (donde en el ORC y BPO se indique el pedido).

Este mensaje contiene la siguiente información:

- Cabecera **[MSH]**, con datos específicos de la capa de mensajería (fecha y hora del mensaje, origen, destino, etc.)
- Información del paciente **[PID]**, con los datos del paciente a quien se realiza la transfusión.
- Observaciones clínicas y administrativas del paciente.
- Información del evento asociado **[PV1]**, con datos relativos al lugar donde se origina la orden, el número e episodio, etc.
- Lista de solicitudes. Cada solicitud de componente se define en un grupo ORDER, detallada en segmentos ORC, TQ1, BPO, SPM, DG1 y NTE.
- Petición, en el segmento **[ORC]**, con los datos del peticionario, y códigos asociados a la petición, razón, etc.
- Componente solicitado, descrito en el segmento **[BPO]**. Cada componente solicitado se indicará en segmentos BPO que tengan el mismo segmento ORC.
- Información de la muestra en el segmento SPM.
- Diagnóstico del paciente.
- Observaciones médicas (temperatura, tensión), en segmentos **OBX** (Si es que están disponibles). Dado que las observaciones no estarán relacionadas con ningún producto en concreto, es indiferente en qué grupo ORDER sean incluidas.

3.4.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este Segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]” la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMB^O27^OMB_O27.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.4.2.2. Identificación del paciente [PID].

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

3.4.2.3. Detalles de una visita [PV1].

Este segmento, para este mensaje, no incorpora ninguna particularidad con respecto al

definido en el apartado “Datos de visita [PV1]”.

3.4.2.4. Descripción de la Petición [ORC].

De forma similar a las solicitudes de laboratorio, el segmento ORC contiene información relativa a la petición original.

Para el caso de la petición de componentes, éstos son los campos utilizados:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Identificador de petición
2		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	22	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	
3		EI	RE	[0..1]		Filler Order Number	
3.1	22	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
3.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema realizado
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Momento en que se inició la petición original
9	24	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	
12	250	XCN	RE	[0..1]		Ordering Provider	
16		CE	RE	[0..1]		Order Control Code Reason	
16.2	250	ST	R	[1..1]		Text	
17		CE	C	[1..1]		Entering Organization	
17.1	20	ST	R	[1..1]		identifier	Código del servicio peticionario
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del servicio peticionario
17.3	20	ID	R	[1..1]	99SVC		

- **Control de orden [ORC.1]:** Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:
 - o **NW** “Nueva solicitud”. Se ha generado una nueva solicitud.
 - o **CA** “Cancelación” La transfusión solicitada debe cancelarse.
 - o **SC** “Cambio de estado”, Se envía cuando la transfusión ha terminado.
 - o **RE** “Resultados disponibles”. Se envía durante la transfusión para informar de parámetros medidos al paciente, o bien para enviar el informe de transfusión, una vez que ésta ha finalizado.

- *Código de petición del sistema peticionario* [ORC.2]: El código de la petición por parte del sistema que la ha solicitado: el número de petición.
 - o *ORC.2.1* Identificador: Código único en el sistema que emite la petición.
 - o *ORC.2.2* Identificador del sistema que genera la petición. Junto al ORC.2.1 forma un identificador universal de la petición.
- *Código de petición del sistema realizador* [ORC.3]: El código de la petición por parte del sistema que ejecuta la orden: el número de petición en el sistema de banco de sangre. Es sólo obligatorio cuando el mensaje se envía desde el sistema ejecutor
 - o *ORC.3.1* Identificador: Código único en el sistema que realiza la petición.
 - o *ORC.3.2* Identificador del sistema que realiza la petición. Junto al ORC.3.1 representa un identificador universal de la petición.
- *Estado de la petición* [ORC.5]. cuando ORC.1 tenga el valor "NW", no tendrá valor, en el resto de los casos alternará entre los siguientes valores:
 - o **IP** "En Proceso". Se aplica mientras la transfusión no está acabada. Los mensajes con mediciones del paciente (temperatura, presión, etc) durante la transfusión tienen este valor.
 - o **CM** "Completada" La transfusión ha finalizado. Si el mensaje tiene este valor, o bien la transfusión se ha completado, o bien se está enviando información respecto a una transfusión completada (normalmente, el informe transfusional)
 - o **CA** "Cancelada". La transfusión está cancelada.

La combinación de posibles ORC.1/ORC.5 es la siguiente:

ORC.1	ORC.5	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW		Nueva Solicitud	La orden se ha generado en la estación clínica	Estación clínica → BDS
RE	IP	Datos adicionales durante la transfusión.	Nuevas mediciones del paciente disponibles	Estación clínica → BDS
	CM	Datos adicionales tras el fin de la transfusión (el informe).	Informe de cierre de transfusión	BDS → Estación Clínica
CA	CA	Cancelación de solicitud	La petición se ha cancelado.	Estación clínica → BDS
SC	CM	Transfusión completada	La transfusión se ha completado.	Estación clínica → BDS

- *Momento en que se inició la petición original* [ORC.9]. Momento en que se inició la petición original
- *Solicitante de la orden* [ORC.12]: Datos del médico que solicitó la orden (código, nombre y apellidos). El formato en el que se indica es XCN.

- *Motivo de la solicitud [ORC.16]:* Razón de la solicitud. Al no estar codificada, se envía en el campo CE.2.
- *Servicio peticionario [ORC.17]:* En caso que la petición provenga del ámbito hospitalario, este campo contendrá la información del servicio que solicita la petición, identificado por la tabla de SACYL 99SVC.

3.4.2.5. Descripción del Hemoderivado solicitado [BPO].

De forma similar a las solicitudes de laboratorio, el segmento OBR contiene información relativa al componente solicitado.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID – BPO	Set ID
2	CWE		R	[1..1]	0426	BP Universal Service ID	
2.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del componente solicitado
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del componente solicitado
2.3	20	ID	R	[1..1]	HL70426	Name Coding System	Codificación del componente solicitado
3	CWE		RE	[0..1]	0508	BP Processing Requirements	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tratamiento
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tratamiento
3.3	20	ID	R	[1..1]	HL70508	Name Coding System	Codificación del tratamiento
4	5	NM	R	[1..1]		BP Quantity	Cantidad de bolsas solicitadas del componente
7	26	TS	R	[1..1]		BP Intended Use Date/Time	Fecha
13	CWE		C	[0..1]		BP Indication for Use	Indicación de uso
13.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de indicación de uso
13.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de indicación de uso
13.3	20	ID	R	[1..1]	HL70509	Name Coding System	Codificación de indicación de uso

- *Set Id [BPO.1]* Secuencia que indica el número de segmento.
- *Componente solicitado (BP Universal Service ID) [BPO.2]* Identificador del componente solicitado. Normalmente codificado por la tabla HL7 0426
 - o CWE.1 Identificador.
 - o CWE.2 Descripción del componente.
 - o CWE.3 Sistema de codificación utilizado. (HL70426).
- *Tratamiento [BPO.3].* Tratamientos a los que debe ser sometido el componente. Es un campo que puede repetirse, por lo que pueden indicarse varios tratamientos.
 - o CWE-1. Identificador.
 - o CWE-2. Descripción.
 - o CWE-3. Tabla de codificación. Por defecto la HL70508

Tabla 0508 - Blood Product Processing Requirements

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
LR	Leukoreduced
IR	Irradiated
CS	CMV Safe
FR	Fresh unit
AU	Autologous Unit
DI	Directed Unit
HL	HLA Matched
CM	CMV Negative
HB	Hemoglobin S Negative
WA	Washed
IG	IgA Deficient

- Cantidad numérica [BPO.4]: Es la cantidad de bolsas del componente solicitadas.
- *Fecha prevista* [BPO.7]: Fecha para la que está prevista la transfusión y por lo tanto, para la que tienen que estar listas las bolsas. Es de tipo TS.
- *Indicación de uso* [BPO.13]: Indicación del tipo de uso. Corresponde a un valor de la tabla HL7 0509 que se ha definido localmente con los siguientes valores:

Tabla de usuario HL70509–Indicación de uso para petición de componentes

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CXYR	Cruzar y reservar
SGIN	Intervención Quirúrgica

3.4.2.6. Prioridad [TQ1].

Este segmento permite especificar la urgencia del pedido. Los campos que se usan del segmento son:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
9	CWE		R	[1..1]	0485	Priority	Código de la prioridad Descripción de la prioridad Pauta de administración
9.1	20	ST	R	[1..1]	HL70485	Identifier	
9.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
9.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
11	250	TX	RE	[0..1]		Text instructions	

- *Prioridad* [TQ1.9]: Describe la urgencia de la petición. Si el campo está en blanco, el valor por defecto será 'R'. Los valores a utilizar pueden ser los siguientes (extraídos de la tabla HL7 0485):

CWE.1	CWE.2	DESCRIPCIÓN
R	Normal	Petición rutinaria (por defecto).
ASAP	Tan pronto como sea posible	Urgente, pero no representa la máxima urgencia
S	Extrema Urgencia	Con la máxima prioridad.
D	En el día	Transfundir en el día
P	Preoperatorio	Para intervención

- *Pauta de administración* [TQ1.11]: Permite que el sistema peticionario pueda indicar cualquier detalle de administración.

3.4.2.7. Muestra [SPM].

Este segmento permite identificar una muestra asociada a la petición. Esta muestra puede ser recién extraída, o bien una referencia a una muestra anterior. En el primer caso, son obligatorios todos los campos, en el segundo sólo el identificador único de el tipo de la muestra.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
2	EIP		R	[1..1]		Specimen ID	
2.1.1	40	ST	R	[1..1]		Identifier	Identificador único de la muestra
2.1.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema que numera la muestra.
	CWE		R	[1..1]	0485	Specimen Type	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de muestra
4.2	199	ST	R	[1..1]	HL70485	Text	Descripción del tipo de muestra
4.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del tipo de muestra
17	DR		RE	[0..1]		Specimen Collection Date/Time	
17.1	24	TS	R	[1..1]		Range Start D/T	Fecha de extracción de la muestra

- *Identificador [SPM.2]:* Campo que informa de los códigos identificadores asociados a la muestra.
 - o SPM.2.1.1 Identificador de la muestra.
 - o SPM.2.1.2 Identificador único del sistema que ha identificado la muestra
- *Tipo de la muestra [SPM.4]:* Campo de tipo CWE que identifica el tipo de muestra dentro de un catálogo (sangre, suero, orina, etc.). definido por la tabla HL7 0487.
- *Fecha de recogida [SPM.17]:* Instante de recogida de la muestra. Permite especificar un rango. Sólo es obligatorio en caso de que sea la primera vez que se envía referencia de la muestra.

3.4.2.8. Datos ampliados de la muestra [ZCL].

En caso que se envíe una muestra, es necesario ampliar la información de la extracción con este segmento. El segmento lo envía el sistema responsable de la extracción (el peticionario). Este campo sólo es necesario la primera vez que se informa sobre la muestra, y lo env

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	XCN		R	[1..1]		Collectors Identifier	Datos de la persona que realiza la extracción

- *Persona que realiza la extracción [ZCL.1]* Campo XCN que indica qué persona realizó la extracción de la muestra.

3.4.2.9. Diagnóstico [DG1].

El segmento DG1 contiene la información de un diagnóstico o proceso clínico del paciente. Los campos a usar van a ser:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - DG1	
2	40	ST	R	[1..1]		Diagnosis Coding Method	Codificación del diagnóstico
3		CE	R	[1..1]		Specimen Type	
3.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del tipo de muestra
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de muestra
3.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	Codificación del tipo de muestra

- *Índice de repetición del segmento* [DG1.1]: Este campo contiene un número incremental que identifica el número de veces que se está usando dicho segmento. El 1º llevará un '1', el 2º un '2' y así sucesivamente.
- *Método de codificación del diagnóstico* [DG1.2]: Este campo contiene el sistema que codifica el diagnóstico. Está en desuso, pero es obligatorio, y sólo se utiliza para asegurar la compatibilidad con las versiones anteriores de HL7. Se debe indicar el mismo valor que en el 3^{er} componente del DG1.3 denominado "Nombre del Sistema Codificador": 'I9C' para CIE9-MC, etc. Si no existe DG1.3, el campo estará vacío.
- *Código diagnóstico* [DG1.3]: Contiene el código y descripción del proceso clínico. Si es posible, estará codificado a través de la CIE9-MC.
 - o CE.1: Código del diagnóstico, si está codificado. Si no, no se enviará el campo, o se enviará vacío.
 - o CE.2 Descripción del diagnóstico (el texto que ha escrito el profesional).
 - o CE.3: Si el diagnóstico está codificado, irá la tabla de codificación (preferiblemente I9C indicando la CIE9-MC)

3.4.2.10. Observaciones [OBX].

Contiene las mediciones de los valores tomados al paciente antes o durante la transfusión.

SEQ	LEN	DT	OPT	Uso	Valor/ TBL#	NOMBRE ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0125	Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]		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
5	99999	ST/TD/ NM/ST/ CE	R	[1..1]		Observation Value	Valor del resultado
6		CE	C	[0..1]		Units	
6.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de unidades del resultado.
6.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de unidades del resultado.
6.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del tipo de unidades del resultado.
7	60	ST	C	[0..1]		References Range	Rango de validez de referencia del resultado
8	5	IS	C	[0..1]	0078	Abnormal Flags	Indicador de valor fuera de rango
11	1	ID	R	[1..1]	F	Observation Result Status	Estado del resultado
14	26	TS	C	[0..1]		Date/Time of the Observation	Fecha de obtención del resultado
16	250	XCN	C	[0..1]		Responsible Observer	Responsable

- Set Id [OBX.1] Identificador de secuencia.
- 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:

Valor	DESCRIPCIÓN
CE	Entrada codificada. Valores Sí/No,
ED	Encapsulados (PDF, CDA ,imágenes)
NM	Numérico
ST	Cadena de caracteres

- 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 son:

- Tipo de resultado enviado [OBX.3] Dato que se está enviando, codificado en la tabla de datos clínicos.

Cuando el segmento OBX se utiliza para codificar datos del paciente en la petición, el valor de OBX.2 se fija a "ST", y se utiliza la siguiente tabla de valores

CÓDIGO CE.1	CÓDIGO CE.1	CE.3	TIPO DE DATO EN OBX.5	DETALLES
161664006	Fecha de última transfusión/ Indicación de transfusiones previas	SNM3	Fecha de la última transfusión en OBX.5	Si no hay fecha de última transfusión, no ha habido transfusiones previas (conocidas al menos).
82545002	Reaccion transfusionales	SNM3	Descripción (o tabulación) en OBX.5. Un segmento OBX por cada una.	
30247003	Número de embarazos	SNM3	Número en OBX.5	
37097005	Hijos con eritroblastosis	SNM3	Número en OBX.5	
267014009	Abortos por eritroblastosis	SNM3	Número en OBX.5	
161536006	Hijos con ictericia neonatal pronunciada	SNM3	Número en OBX.5	

- Valor [OBX.5] Este campo contendrá el valor del resultado medido, o en caso de un informe, el contenido de dicho PDF/CDA, etc.
- Unidades [OBX.6]. Si el valor es numérico (OBX.2=NM), se indica aquí las unidades en las que está expresado en la tabla ISO+.
- Rango de normalidad [OBX.7] Si el valor es numérico (OBX.2=NM), se indica aquí los valores para los cuales se debe encontrar el resultado:
 - o Si hay límites inferiores y superiores, se debe expresar de la forma inf – sup (Ejemplo 2.4 – 4.5)
 - o Si sólo hay límite superior, se debe expresar de la forma < sup (Ejemplo: <4.5)
 - o Si sólo hay límite inferior, se debe expresar de la forma > inf (Ejemplo >2.5)
- Indicador de anormalidad en el resultado. Si es posible detectarlo, este campo indicará si el resultado obtenido es anormal (está fuera de rango o se ha detectado una situación anormal). Este campo tiene los posibles valores de la tabla 0078

Valor	DESCRIPCIÓN
N	Normal
A	Anormal

- Estado del resultado [OBX.11]. Ya que sólo se envían mediciones finales, tendrá valor “F”. En el caso que se envíe un informe que sustituya a otro, tendrá el valor “C”.
- Fecha del resultado [OBX.14]. Instante en que se tomó el resultado. Con la precisión máxima que permita el sistema. Será obligatorio salvo cuando el segmento OBX se utilice para enviar información relativa al paciente relativa a la petición.
- Responsable. [OBX.16]. Clínico responsable de la medición (o autor del informe). Es un dato XCN. Será obligatorio salvo cuando el segmento OBX se utilice para enviar información relativa al paciente relativa a la petición.

3.5. Mensaje ORB^O28 (BLOOD PRODUCT ORDER ACKNOWLEDGMENT).

Este mensaje es enviado desde el Banco de Sangre a la Estación Clínica, en el caso que sea imposible procesar una petición.

3.5.1. Evento disparador.

Si desde el Banco de Sangre se detecta una incompatibilidad en la petición antes de comenzar a reservar bolsas, se envía un mensaje para cancelar la petición.

3.5.2. Estructura.

<u>ORB^O28^ORB_028</u>	<u>Description</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalid</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER end		
]	--- PATIENT end		
]	--- RESPONSE end		

La aceptación o no de la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original. En principio se omite el segmento BPO ya que es la petición completa la que se acepta o se deniega.

Los segmentos PID y ORC serán copia de los enviados en la petición original. No será necesario enviar el segmento BPO, ya que el rechazo es a la petición completa.

3.5.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ORB^O28^ORB_O28.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

3.5.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original.

3.5.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

ORC.1: Deberá ser “UA” (petición imposible de aceptar)

ORC.5: Deberá ser “CA” (Petición cancelada)

3.5.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento debe contener información sobre la bolsa que se ha enviado:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ST	R	[1..1]		Acknowledgment Code	Código de Aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje contestado

- *Código de aceptación* [MSA.1^R]: Indica si el mensaje ha sido admitido o no por el sistema receptor. El valor será “AE”.
- *ID del mensaje* [MSA.2^R]: Valor del MSH-10 del mensaje al que se está respondiendo.

3.5.2.5. Descripción del error [ERR].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]		HL7 Error code	Código de error
3.1	20	ST	R	[1..1]	600	identifier	
3.2	10	ST	R	[1..1]	ERROR	Text	
3.3	10	ST	R	[1..1]	HL70357	Coding System	
4	1	ID	R	[1..1]		Severity	Severidad
7	200	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	Información de diagnóstico

- *Código de Error* [ERR.3]: Valores fijos:
 - o CWE.1: "600"
 - o CWE.2: "Error"
 - o CWE.3: HL70357
- *Severidad* [ERR.4]: Valor fijo a "E" (Error)
- *Información de diagnóstico* [ERR.7]: Descripción textual del problema.

3.6. Mensaje BPS^O29 (BLOOD PRODUCT DISPENSE STATUS).

Este mensaje se envía para indicar que una nueva bolsa se ha reservado.

3.6.1. Evento disparador.

Este mensaje se envía por cada bolsa reservada. Habrá tantos mensajes como bolsas de cada componente que el banco reserve para un paciente.

Este mensaje se emitirá una vez que todos los procesos de cruce e identificación positiva hayan sido llevados a cabo en el banco.

3.6.2. Estructura.

Este mensaje contiene la siguiente información:

- Cabecera [MSH], con datos específicos de la capa de mensajería (fecha y hora del mensaje, origen, destino, etc.)
- Información del paciente sobre el que está asociada la petición [PID]. Se envían los datos mínimos
- Información del evento asociado [PV1], al nº e episodio, etc. Copia del segmento enviado en la petición original.
- Datos de la solicitud a la que corresponde el pedido, en el segmento [ORC], con los

datos del peticionario, y códigos asociados a la petición, razón, etc. Copia del enviado en la petición original, salvo los campos ORC.1 y ORC.5.

- Componente pedido, descrito en el segmento [BPO]. Copia del enviado en la petición original
- Bolsa de componente sobre la que se está informando, en el segmento [BPX].

<u>BPS^029^BPS_029</u>	<u>Blood Product dispense status Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
	--- PATIENT end		
	--- ORDER begin		
ORC	Common Order	R	[1..1]
BPO	Blood Product Order	R	[1..1]
{	--- PRODUCT begin	R	[1..n]
BPX	Blood Product Dispense Status	R	[1..1]
[{ NTE }]	Notes and Comments (for BPX)	C	[0..n]
}	--- PRODUCT end		
}	--- ORDER end		

3.6.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será BPS^029^BPS_029.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.6.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original.

3.6.2.3. Detalles de una visita [PV1].

Este segmento es copia del enviado en la petición original.

3.6.2.4. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

ORC.1: Deberá ser "SC" (Se está actualizando el estado de la petición)

ORC.5: Deberá ser "IP" (Petición en proceso)

3.6.2.5. Descripción del componente Hemoderivado solicitado [BPO].

Este segmento contiene la misma información que el segmento BPO enviado en la solicitud.

3.6.2.6. Información de producto dispensado [BPX].

Este segmento debe contener información sobre la bolsa que se ha enviado:

El campo más importante del segmento es el BTX.11, donde se define el comportamiento final del mensaje.

Para el caso de la petición de componentes, éstos son los campos utilizados:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0510	Set ID – BPX	Código del estado de la dispensación.
2	CWE		R	[1..1]		BP Dispense Status	
2.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
2.3	20	ID	R	[1..1]	0511	Name Coding System	Codificación del estado de la dispensación.
3	1	ID	R	[1..1]		BP Status	Estado del producto
4	26	TS	R	[1..1]		BP Date/Time of Status	Fecha del último cambio de estado
5	EI		C	[0..1]		BC Donation ID	Identificador único de la donación de la que proviene el producto.
5.1	22	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
6	CNE		R	[1..1]		BC Component	Código del tipo de producto dispensado
6.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
6.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
6.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
7	CNE		C	[0..1]	[1..1]	BC Donation Type / Intended Use	Código de donación autóloga.
7.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
11	CNE		R	[1..1]		BP Blood Group	

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
11.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del grupo sanguíneo del producto.
11.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del grupo sanguíneo del producto.
11.3	20	ID	R	[1..1]	IBT0002	Name Coding System	Codificación del grupo sanguíneo del producto.
13	26	TS	C	[0..1]		BP Expiration Date/Time	Fecha de caducidad del producto.
14	5	NM	R		1	BP Quantity	Nº de bolsas del producto.
15	5	NM	R			BP Amount	Cantidad de producto por bolsa (en ml)
16		CE	R	[1..1]		BP Units	
16.1	20	ST	R	[1..1]	mL	Identifier	Código de las unidades de BPX.15
16.2	199	ST	R	[1..1]	Mililitros	Text	Descripción de las unidades de BPX.15
16.3	20		R	[1..1]	ISO+	Name Coding System	Catálogo de las unidades de BPX.15

Este segmento contiene información sobre los siguientes campos:

- *Set Id* [BPX.1]. Número secuencial que se incrementa por cada segmento BTX.
- *Estado de la dispensación* [BPX.2]. Para una dispensación, su valor será “**DS**”. Este campo podría tomar los siguientes valores (en el caso de una ampliación de escenario)

Tabla de valores HL7 0510

CWE.1	CWE.2
RA	El componente se retorna. No se necesita más
RL	El componente se retorna, pero se solicita su disponibilidad para un posible uso inmediato.
RS	Reservado para el paciente.
DS	Enviado (dispensado) al paciente.
RA	Retornado
RL	Reservado al paciente para un posible uso inmediato.
WA	Desperdiciado.
PT	Dispensado, no retornado (posiblemente transfundido)
CR	Disponible en inventario.
RQ	Solicitada reserva
RI	Recibido en inventario para un paciente

El subcomponente CWE.3 tendrá el valor “HL70510”.

- Estado del producto [BPX.3]. Tendrá siempre el valor “**F**”.

- *Fecha de cambio de estado* [BPX.4]. Fecha en la que se produce la dispensación (ya que la dispensación es el único cambio de estado que se notifica).
- *Identificador de la donación* [BPX.5]. En caso que se disponga de la información, se enviará el identificador de la donación origen del componente.
Este campo, junto con BPX.6 permite identificar de forma única el hemoderivado, por lo que es fundamental su envío si no es un producto sintético.
- *Componente* [BPX.6] Corresponde al componente que viaja. Debe ser compatible con el BPO.3 de la solicitud, y deberá ir codificado de la misma manera.
Este campo, junto con BPX.5 permite identificar de forma única el hemoderivado.
- *Tipo de donación* [BPX.7] Este campo irá vacío salvo que la bolsa dispensada provenga de una donación autóloga en cuyo caso se marcará el CNE-1 como “Autologous”.
- *Grupo Sanguíneo* [BPX.11]. Identificación del grupo sanguíneo, codificado en base a la tabla “Table 3A - Encodation of ABO/Rh Blood Group” de la ISBT.

Tabla de valores ISB 0002 simplificada

CWE.1	CWE.2
9500	O-
5100	O+
0800	A-
6200	A+
1700	B-
7300	B+
2800	AB-
8400	AB+

- *Fecha de Caducidad* [BPX.13] La fecha máxima de utilidad de la bolsa.
- *Nº de bolsas* [BPX.14]. Contiene el nº de bolsas. Siempre tendrá valor de “1” ya que cada segmento envía información específica de una bolsa.
- *Volumen del componente* [BPX.15] Si se dispone de esta información, se enviará en este campo el volumen de componente que contiene la bolsa (las unidades en las que esta cantidad estará expresada se indican en el BTX.10). Esta cantidad está expresada en ml.
- *Unidades en las que está expresada el volumen* [BPX.16]. Esta cantidad siempre indicará mililitros, y estará expresada de la siguiente manera:
 - o CE.1. mL

- o CE.2 Mililitros
- O CE.3 ISO+

3.7. Mensaje BTS^O31 (BLOOD PRODUCT TRANSFUSION/ DISPOSITION).

Este mensaje se envía para indicar el consumo de una nueva bolsa por parte del quirófano, bien porque se ha transfundido, bien porque se ha perdido.
También permite informar del fin del proceso de trasfusión.

3.7.1. Evento disparador.

Este mensaje se envía por cada bolsa transfundida/perdida. Habrá tantos mensajes como bolsas de cada componente transfundidas o perdidas. No tiene que haber tantos como boslas enviadas por el Banco de Sangre, ya que no siempre se transfunde toda la sangre reservada. En el momento que el banco transfunda la última bolsa, el mensaje correspondiente a la bolsa, se envía con el estado de la transfusión marcado a "CM".

3.7.2. Estructura.

<u>BTS^O31^BTS_031</u>	<u>Blood Product Transfusion/Disposition</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
	<u>Message</u>		
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
BPO	Blood Product Order	R	[1..1]
{	--- PRODUCT_STATUS begin	R	[1..n]
BTX	Blood Product Transfusion/Disposition Status	R	[1..1]
}	--- PRODUCT_STATUS end		
}	--- ORDER end		

El propósito de este mensaje es informar del estado de transfusión de un componente previamente solicitado por una orden. El destino de este componente se transmite en el campo BTX-11, y puede ser:

- Componente transfundido, sin incidencia.

- Componente perdido.
- Componente transfundido, con incidencia.

Por lo tanto, el mensaje permite informar de un incidente transfusional acaecido tanto durante la transfusión como en un tiempo posterior. En este caso no siempre se podrá indicar cuál de todos los componentes es el responsable del incidente.

Este mensaje contiene la siguiente información:

- Cabecera [MSH], con datos específicos de la capa de mensajería (fecha y hora del mensaje, origen, destino, etc.)
- Información del paciente sobre el que está asociada la petición [PID]. Se envían los datos mínimos
- Información del evento asociado [PV1], al nº e episodio, etc.
- Datos de la solicitud a la que corresponde el pedido, en el segmento [ORC], con los datos del peticionario, y códigos asociados a la petición, razón, etc.
- Componente pedido, descrito en el segmento [BPO].
- Bolsa de componente sobre la que se está informando, en el segmento [BTX].

3.7.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será BPS^O29^BPS_O29.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.7.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original.

3.7.2.3. Detalles de una visita [PV1].

Este segmento es copia del enviado en la petición original.

3.7.2.4. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “SC” (Se está actualizando el estado de la petición)
- ORC.5: Deberá ser “IP” (Petición en proceso)

3.7.2.5. Descripción del componente Hemoderivado solicitado [BPO].

Este segmento contiene la misma información que el segmento BPO enviado en la solicitud.

3.7.2.6. Información de producto dispensado [BTX].

Este segmento debe contener información sobre la bolsa que se ha enviado. El campo más importante del segmento es el BTX.11, donde se define el comportamiento final del mensaje.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID – BTX	Set ID. Incremental
2		EI	RE	[0..1]		BC Donation ID	
2.1	22	ST	RE	[0..1]		Entity Identifier	Identificador único de la donación
3		CNE	R	[1..1]		BC Component	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del componente de la bolsa..
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del componente de la bolsa.
3.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del componente de la bolsa..
4	250	CNE	R	[1..1]		BC Blood Group	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del grupo sanguíneo del componente.
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del grupo sanguíneo del componente.
4.1	20	ID	R	[1..1]	mL Mililitros ISO+	Name Coding System	Codificación del grupo sanguíneo del componente.
8	5	NM	R	[1..1]		BP Quantity	Nº de bolsas
9	5	NM	R	[1..1]		BP Amount	Cantidad (en ml) de la bolsa
10	250	CE	R	[1..1]		BP Units	
10.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de las unidades de BTX.10
10.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de las unidades de BTX.10
10.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Catálogo de las unidades de BTX.10
11	250	CWE	R	[1..1]		BP Transfusion/Disposition Status	
11.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del estado de la dispensación.
11.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del estado de la dispensación.
11.3	20	ID	R	[1..1]	0513	Name Coding System	Codificación del estado de la dispensación.
13	26	TS	R	[1..1]		BP Date/Time of Status	Momento del ultimo cambio de estado
14	250	XCN	R	[1..1]		BP Administrator	Administrador de la trasnfusión
15	250	XCN	R	[1..1]		BP Verifier	Verificador de la transfusión.
16	26	TS	R	[1..1]		BP Transfusion Start Date/Time of Status	Momento del comienzo de la transfusión de la bolsa
17	26	TS	R	[1..1]		BP Transfusion End Date/Time of Status	Momento del fin de la transfusión de la bolsa
18	250	CWE	C	[0..1]	0514	BP Adverse Reaction Type	Tipo de reacción adversa

Este segmento contiene información sobre los siguientes campos:

- *Set Id [BTX.1]. Número secuencial que se incrementa por cada segmento BTX.*
- *Identificador de la donación [BTX.2]. En caso que se disponga de la información, se enviará el identificador de la donación origen del componente.*
- *Este campo, junto con BTX.3 identifica completa y únicamente al elemento transfundido.*
- *Componente [BTX.3] Corresponde al componente que viaja. Debe ser compatible con el BPO.3 de la solicitud, y deberá ir codificado de la misma manera.*
- *Este campo, junto con BTX.2 identifica completa y únicamente al elemento transfundido.*
- *Grupo Sanguíneo [BTX.4]. Identificación del grupo sanguíneo. Debe ser compatible con el BPO.3 de la solicitud, y deberá ir codificado de la misma manera.*
- *Nº de bolsas [BTX.8]. Contiene el nº de bolsas. Siempre tendrá valor de “1” ya que cada segmento envía información específica de una bolsa.*
- *Volumen del componente [BTX.9] Si se dispone de esta información, se enviará en este campo el volumen de componente que contiene la bolsa (las unidades en las que esta cantidad estará expresada se indican en el BTX.10). Esta cantidad está expresada en ml.*
- *Unidades en las que está expresada el volumen [BTX.10]. Esta cantidad siempre indicará mililitros, y estará expresada de la siguiente manera:*
 - o CE.1. mL
 - o CE.2 Mililitros
 - o CE.3 ISO+
- *Estado de la transfusión [BTX.11]. Es el campo que define qué tipo de uso ha tenido el componente (el valor de CWE.3 es de “HL70513”).*

Tabla de valores HL7 0513

CWE.1	CWE.2
RA	El componente se retorna. No se necesita más
RL	El componente se retorna, pero se solicita su disponibilidad para un posible uso inmediato.
WA	Producto desperdiciado.
TX	Producto Transfundido sin problemas detectados aún.
TR	Producto transfundido, con reacción alérgica. (En este caso el mensaje debe llevar asociado un campo BTX.18)

- *Estado del mensaje* [BTX.12]:
 - o “C” Cuando se esté informando de un incidente transfusional tardío (y por tanto se está modificando una información enviada previamente).
 - o “F” . En el resto de los casos.
- *Fecha de cambio de estado* [BTX.13]. Fecha en la que se produce el cambio de estado.
- *Responsable de la transfusión* [BTX.14] Médico responsable de la transfusión. Al ser un campo XCN es necesario enviar toda esta información.
- *Fecha inicio transfusión* [BTX.16]. Instante en que se inició la transfusión.
- *Fecha fin transfusión* [BTX.17]. Instante en que finalizó la transfusión.
- *Tipo de reacción adversa* [BTX.18]. En caso que se haya producido una acción adversa, es necesario enviar un valor de esta tabla (que podrá ser modificada en función de las necesidades del escenario):

Tabla de valores HL7 0514

CWE.1	CWE.2
ABOINC ABO	Reacción alérgica por incompatibilidad
ACUTHEHTR	Reacción hemolítica aguda
ALLERGIC1	Reacción alérgica (primera)
ALLERGIC2	Reacción alérgica (recurrente)
ALLERGICR	Reacción alérgica (repetida)
ANAPHYLAC	Shock anafiláctico
BACTCONTAM	Reacción a contaminación bacteriológica
DELAYEDHTR	Reacción hemolítica tardía
DELAYEDSTR	Reacción serológica tardía
DELAYEDSTR	Reacción serológica tardía

El valor de CWE.3 será HL70514

3.8. Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge).

Este mensaje permite indicar una confirmación de entrega, o un error en la misma.

3.8.1. Evento disparador.

Siempre que una aplicación recibe un mensaje HL7 cuyo MSH.15 (AcceptAcknowledgeType) tenga valor "AL", debe generar este mensaje tras haber intentado almacenar internamente su contenido para procesarlo posteriormente. Si el MSH.15 tiene el valor "ER" el mensaje sólo se generará si ha habido un error en este proceso.

Sin embargo, dado que el presente perfil de mensajería fija el MSH.15 a "AL", este mensaje se generará siempre.

3.8.2. 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	C	[0..1]

- 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, y si ha sido posible o no procesar el mensaje.
- Descripción del error [ERR]. En caso que se haya producido un error, este segmento contendrá información adicional.

3.8.2.1. 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.

3.8.2.2. Segmento MSA.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0008	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). Puede tener uno de los siguientes valores:

Tabla 0008 Restringida para ACK aceptación

MSA.1	CAUSA	Comportamiento esperado (por el sistema que recibe el ACK)
CA	Mensaje almacenado correctamente	Ninguno. La responsabilidad del mensaje se ha transmitido
CE	Mensaje incorrecto. (El segmento ERR contendrá más información)	El mensaje no es procesable, y es necesario lanzar una acción correctiva por el servicio de soporte
CR	El mensaje no puede ser procesado ahora.	Reintentar el envío del mensaje posteriormente.

- Identificador del mensaje que contesta [MSA.2] (Message Control ID) Valor MSH.10 del mensaje al que se contesta.

3.8.2.3. Segmento ERR.

Este segmento solo aparecerá si el valor de MSA.1 es “CE” o “CR” y contendrá información que permitirá identificar el error.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]	0357	HL7 Error Code	Código del error Descripción del error Sistema de codificación del error Severidad Información del error
3.1	10	ST	R	[1..1]		Identifier	
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	R	[1..1]	HL70357	Name of Coding System	
4	2	ID	R	[1..1]	E	Severity	
7	2048	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	

- Código de error [ERR.3] (Error Code) Este campo permite catalogar la situación de error. Debe tomar uno de los siguientes valores (en la tabla se identifica también el tipo de MSA.1 bajo el que pueden aparecer estos códigos)

Tabla 0357 Restringida códigos de error permitidos

CWE.1	CWE.2	MSA.1	DESCRIPCIÓN
200	Tipo de mensaje no soportado	CE	El sistema no está preparado para aceptar el tipo de mensaje
201	Evento no soportado	CE	El sistema no está preparado para aceptar el evento
203	Versión no soportada	CE	El sistema no está preparado para aceptar esa versión de HL7
2000	Error de sintaxis	CE	El mensaje tiene una sintaxis incorrecta, o no esperada.
2010	Mensaje incompleto	CE	Faltan datos obligatorios en la cabecera (por ejemplo MSH.9, o MSH.10)
206	Almacenamiento bloqueado	CR	Imposible hacerse cargo del mensaje por el momento. Es necesario reenviarlo posteriormente.

- Severidad [ERR.4] (Severity) El tipo de severidad debe ser siempre “E” (Error)
- Información del error [ERR.7]. Información que aporta el sistema que puede permitir solucionar el error por el equipo de soporte.

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 definidos 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 definidos en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

4.1.3. Datos simplificados de paciente [PID]

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

4.1.4. 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]	0004	Patient Class	
3		PL	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..1]	0302	Point Of Care	Unidad donde está ubicado el paciente
3.3	20	IS	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]		Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	RE	[0..1]	0007	Admission Type	Tipo de admisión
19		CX	RE	[0..1]		Visit Number	
19.1	16	ST	R	[1..1]		IdNumber	Identificador
19.4.1	2	IS	R	[1..1]		Assigning Authority/ NamespaceID	Autoridad asignadora del identificador
19.5	2	ID	R	[1..1]		IdentifierTypeCode	Tipo de identificador
19.9.1	3	ST	R	[1..1]		AssigningJurisdiction/ Identifier	Validez del identificador

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:

- Identificador del nº de repeticiones [PV1.1] (SetID) que siempre será "1" ya que este segmento sólo puede aparecer una vez en el mensaje.
- Código de la clase de paciente [PV1.2] (PatientClass), que recoge la información sobre el tipo de paciente y utiliza un valor de los que existen en la tabla 0004:

Tabla 0004

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO

-
- Ubicación del paciente [PV1.3]. Identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.

- o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
- o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Tipo de ingreso [PV1.4] (AdmissionType), que cargará uno de los valores reflejados en la tabla de valores para este campo:

Tabla 0007

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COMENTARIOS
E	URGENCIAS	Admisión realizada en urgencias, sin hospitalización.
R	HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA * (ROUTINARIO-NORMAL)	Hospitalización programada (p.ej.: hospitalización realizada para una intervención ya programada).
U	HOSPITALIZACIÓN URGENTE	Hospitalización remitida desde urgencias

Esta información sólo se enviará si se conoce.

-
- El código de visita [PV1.19] (VisitNumber). Número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes "Identificación compuesta [CX]".

Este campo sólo se enviará si se conoce (pues es posible que el paciente no esté ingresado aún cuando se envía la petición).

4.1.5. Datos ampliados de la visita [PV2].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CE		R	[1..1]	99MOTADMIN	AdmitReason	Código del motivo
3.1	3	ST	R	[1..1]		Identifier	
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	R	[1..1]	99MOTADMIN	Name of Coding System	Sistema de codificación del motivo

El segmento permite codificar el motivo de ingreso, basándose en la siguiente tabla:

Tabla 99MOTADMIN Razones de admisión

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
1	INGRESO-ALTA
2	T. CAMA
3	T. SERVICIO-MEDICO
4	T. MEDICO
5	T. CAMA-U. ENFER.
6	T. SERVICIO-MEDICO-U. ENFER.
7	T. U. ENFER.-MEDICO

4.1.6. Diagnóstico [DG1].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0051	Set ID - DG1	Set ID
2	2	ID	R	[1..1]		Diagnosis Coding Method	Codificación diagnostico
3	CE		R	[1..1]		Diagnosis Code - DG1	
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del diagnóstico
3.3	20	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del diagnóstico
3.3	7	ID	C	[0..1]	0052	Name of Coding System	Sistema de codificación del diagnóstico
6	2	IS	R	[1..1]		Diagnosis Type	Tipo de diagnóstico
16	XCN		R	[1..1]		Diagnosing Clinician	Profesional que realiza el diagnóstico

Este segmento contiene información sobre el diagnóstico realizado al paciente. Los datos de este segmento están distribuidos de la siguiente forma:

- El identificador [DG1.1] del nº de repeticiones (SetID) que aparece este segmento en el mensaje.
- Código de diagnóstico [DG1.2]. Valor necesario por el estándar por compatibilidad hace atrás. Tiene el mismo valor que el DG1.3.3.
- El diagnóstico [DG1.3] (DiagnosisCode), codificado en un CE, de la siguiente manera:
 - o CE.1: El código del diagnóstico (Identifier), si es que el diagnóstico está codificado.

- o CE.2: La descripción del diagnóstico (Text). Este dato es obligatorio.
- o CE.3: Sólo en el caso que CE.1 tenga valor, este campo debe indicar el sistema de codificación utilizado. Por defecto será la CIE9-MC (I9C) ©.
- El tipo de diagnóstico [DG1.6] (DiagnosisType), que recoge uno de los códigos relacionados en la tabla de valores permitidos para este campo.

Tabla 0052 Tipos de Diagnóstico (tabla ampliada)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
A	ADMISIÓN
F	DEFINITIVO
W	EN DESARROLLO
0	NO DIAGNOSTICO
1	D. PRINCIPAL **
2	D. SECUNDARIO **
3	D. INGRESO **
4	PRIMER PROC. **
5	OTROS PROCEDIM. **
6	P. INGRESO **
7	CODIGOS E **
8	CODIGOS M **
9	CODIGOS V **

**Estados no definidos en el Standard HL7.

- El código del profesional que realiza el diagnóstico (DiagnosisClinician/IdNumber), codificado como XCN.

4.2. Tipos de Datos.

Todos los tipos de datos de este documento están definidos en el documento de datos comunes de mensajería de SACYL.

Guía de mensajería para gestión de pedidos de dietas

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

Versión 1.3.1 14/08/2008

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES.....	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	9
4. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	11
4.1. MENSAJE OMD^O03 (DIETARY ORDER).	11
4.2. MENSAJE OMD^Z03 (DIETARY ORDER PROPOSAL).	23
4.3. MENSAJE ORD^O04 (DIETARY ORDER ACKNOWLEDGMENT MESSAGE).	24
4.4. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).....	26
5. ELEMENTOS COMUNES.	28
5.1. SEGMENTOS.....	28
6. TÉRMINOS Y VOCABULARIO.....	30

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la programación de dietas 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.

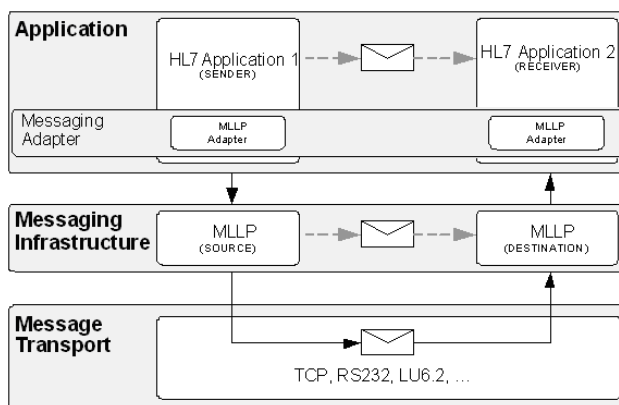
Se acompaña al catálogo de mensajes, una relación de las tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los segmentos que conforman los mensajes.

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 la programación de dietas 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. Sin embargo, no será el único conjunto de requisitos a tener en cuenta: para la completa integración de un sistema de dietética, será necesario el uso de otros rangos de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

Así mismo, este documento puede ser motivo de modificación por parte de SACYL siempre y cuando sea considerado necesario por parte de la Dirección de Sistemas de Información de esta entidad

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.



3. Perfil de Mensajes.

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información relativa a la programación de dietas en un sistema de informacion de SACYL.

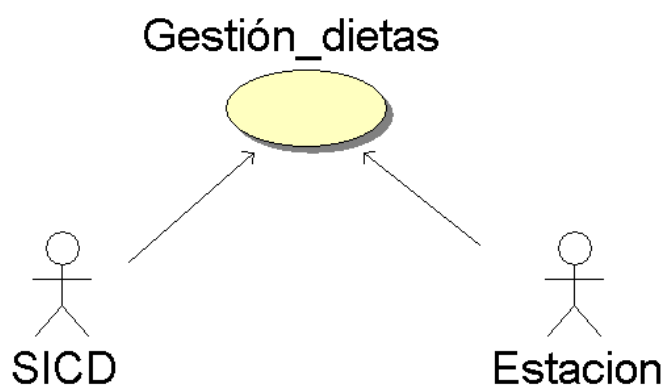
3.1. Definición del perfil de mensajería.

Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESDIET
2	ORNANIZATION 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.

El propósito de los mensajes aquí definidos es posibilitar a un sistema de gestión dietética (SICD) informar las programaciones a cualquier sistema de cuidados de paciente (estaciones clínicas, sistemas de enfermería, etc.).

Junto a este perfil, es previsible que el SICD deba utilizar el de gestión de pacientes (ADT).



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA GESTIÓN DE CONTROL DIETÉTICA (SICD)	Sistema a través del cual, los dietistas pueden organizar la programación alimentaria de un paciente.
ESTACIÓN CLÍNICA (EC)	Cualquier sistema que deba ofrecer información sobre la programación de dietas de un paciente.

3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMD^O03	Nueva programación de dietas	SICD	EC
	Reprogramación de dietas	SICD	EC
OMD^Z03	Propuesta de programación de dietas	SICD	EC
ORD^O04	Imposible programar dieta	EC	SICD

3.2.1. Modelo de datos.

El modelo de SACYL de dietas maneja los siguientes conceptos:

Orden de Dieta		
Régimen alimenticio en base al cual se definirán los menús de cada uno de las ingestas de un paciente.		
[1..1]	Tipo de dieta	El tipo de dieta a administrar al paciente, definido en la tabla de catálogo del hospital.
[1..1]	Fecha inicio	Fecha (año, mes y día) a partir de la cual entra la dieta a ser operativa Junto a la fecha se indica también la ingesta en la que empieza a ser operativa.
[0..n]	Especificación	En función del catálogo usado, será o no necesario añadir especificaciones adicionales a la dieta (si es con sal o no, si es sin huevo o sin pescado, etc.) Cada una de las especificaciones usará un código del catálogo de SACYL.
[0..n]	Observaciones	Observaciones o especificaciones de cada mensaje.

Orden de Suplemento		
Un suplemento es un añadido específico a alguna de las ingestas.		
[1..1]	Tipo de suplemento	El tipo de suplemento a administrar al paciente. Debe estar codificado en el catálogo específico del centro.
[1..6]	Ingesta(s)	Cada una de las posibles ingestas en las que este suplemento debe incorporarse.
[1..1]	Fecha inicio	Fecha a partir de la cual el suplemento debe aplicarse.

Orden de Sustitución de alimentos para un paciente		
[1..1]	Tipo de alimento a sustituir	El tipo de alimento que el paciente no debe recibir
[1..1]	Tipo de alimento que sustituye	El tipo de alimento que sustituye al anterior
[1..1]	Fecha inicio	Fecha a partir de la cual la sustitución debe aplicarse.

Orden de Instrucciones de ingesta		
Un dato adicional relativo a una toma		
[1..1]	Fecha inicio	Fecha a partir de la cual las instruccioones deben aplicarse.
[1..n]	Ingesta(s)	Una o varias ingestas a las que se aplican las instrucciones.
[1..n]	Instrucciones	Una o varias instrucciones que se aplican a las ingestas indicadas.

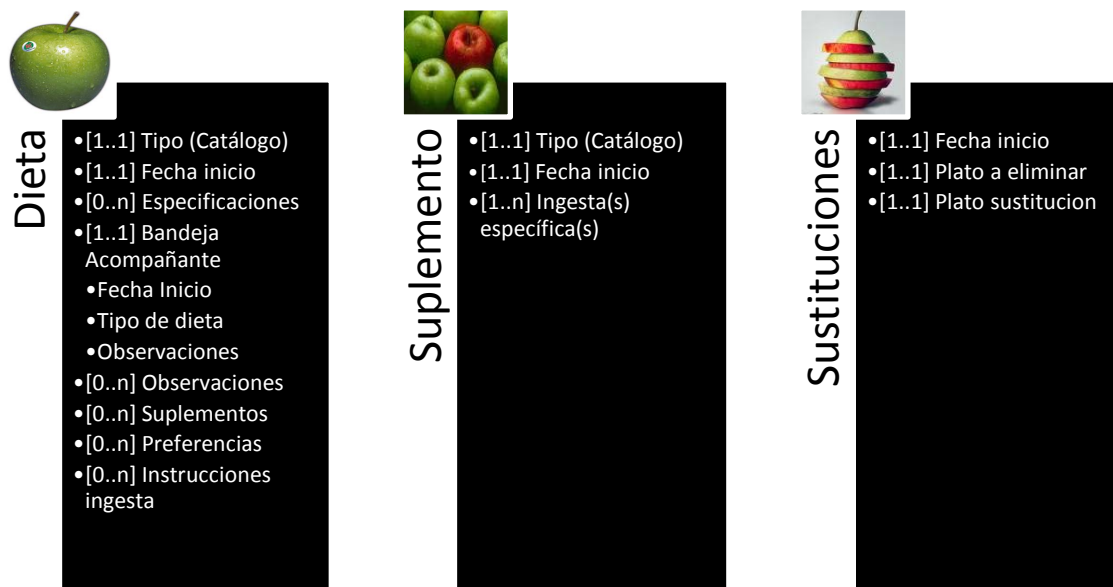
Orden de Dieta de acompañante		
En los casos en las que un paciente esté acompañado y la política del servicio lo acepte, se informa de la dieta a este sistema		
[1..1]	Fecha inicio	Fecha a partir de la cual debe servirse el menú de acompañante
[1..1]	Descripción de la dieta	El tipo de dieta a administrar al acompañante.

La mensajería de dietas en SACYL se organiza a través de “órdenes” en las cuales se definen cada una de los aspectos de la dieta de un paciente. Un mensaje de programación de dietas contiene varias de éstas ordenes –todas relativas a un paciente- y agrupa la siguiente información:

- El paciente al que afecta (un mensaje sólo afecta a un paciente).

- Una o varias órdenes de dietas. Cada una de estas órdenes puede referirse a las siguientes categorías: dieta principal, suplementos, instrucciones de tomas, o a las sustituciones del paciente. Cada orden contiene toda la información para la programación de la categoría:
 - o La fecha a partir de la que comienza.
 - o La información específica de la categoría (dieta, suplemento, sustitución, instrucciones, acompañante)

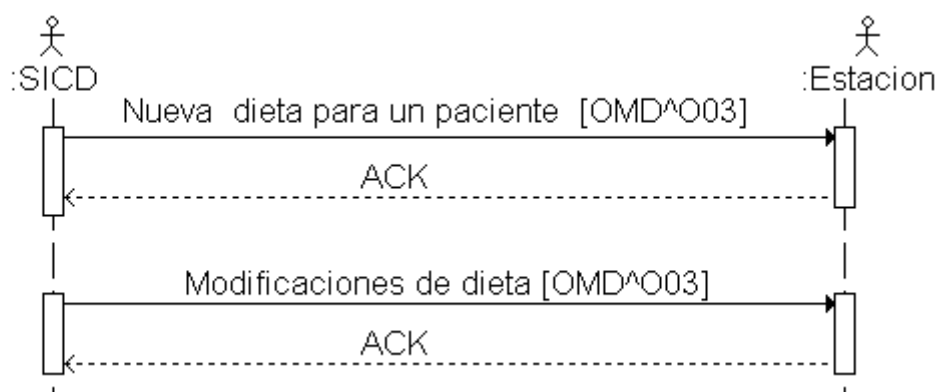
Por cada cambio en una de estas categorías, el sistema origen envía toda la información sobre esa categoría. Esto es, si el sistema receptor identifica en un mensaje varias órdenes de suplementos, asumirá que éstas órdenes son las únicas activas por lo que podrá eliminar las que tuviera al respecto y cargar las del mensaje.



3.3. Definición dinámica.

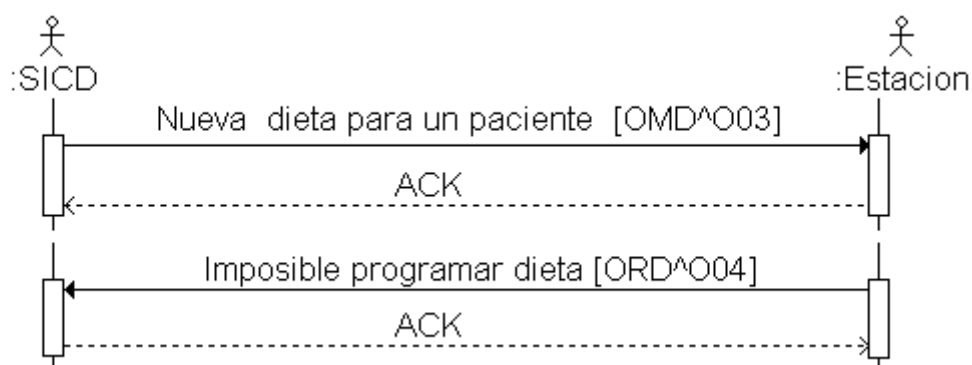
3.3.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal esperado de una programación dietética.

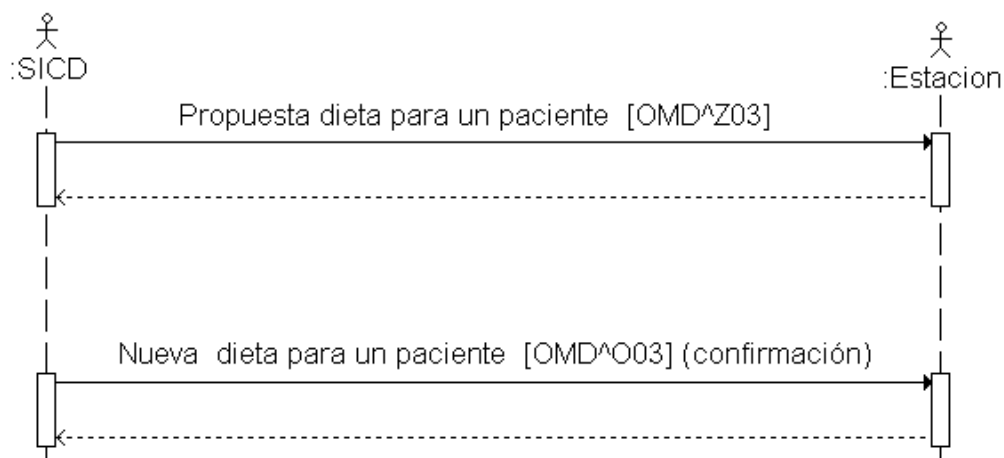


Los mensajes anteriores asumen que todas las situaciones han sido procesadas correctamente por el SICD. Sin embargo, no siempre puede ser este el escenario (por ejemplo, por un problema de sincronización el sistema peticionario podría solicitar una programación para un paciente no reconocido por el sistema que recibe el mensaje,). Es necesario entonces enviar un ACK de aplicación erróneo (Un ORD^O04).

En este caso, el diagrama sería el siguiente:



En el caso que exista una propuesta previa desde dietética, se informa de la misma a los sistemas. Posteriormente –una vez validada la misma- se enviará un mensaje con OMD^O03 con dicha dieta (o con otra, si es que se ha cambiado).



3.3.2. ACK.

El modelo de gestión de ACK se define en el documento de elementos comunes.

4. Definición estática de mensajes.

A continuación se define la estructura mínima exigida para los mensajes intercambiados. En base a las reglas de procesamiento de mensajes de HL7, un mensaje podrá contener más información que la que aquí se especifica sin violar el protocolo. Los sistemas, al recibir un mensaje sólo deberán procesar los datos que conozcan, ignorando el resto.

4.1. Mensaje OMD^O03 (Dietary Order).

Mensaje utilizado para informar sobre una programación y sus distintos cambios.

4.1.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva programación, por parte del sistema peticionario.
- Solicitud de cambio de una programación.

4.1.2. Estructura.

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

OMD^O03^OMD_003	Dietary Order	Uso	Cardinalidad
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
[{ AL1 }]	Allergy Information	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER_DIET begin	R	[1..n]
ORC	Common Order Segment	R	[1..1]
	--- TIMING_DIET begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING_DIET end		
	--- DIET begin	R	[1..1]
{ODS}	Dietary Orders, Suppl., Prefer.	R	[1..n]
}	--- ORDER_DIET end		
[	--- ORDER_TRAY begin	C	[0..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- TIMING_TRAY begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING_TRAY end		
ODT	Diet Tray Instructions	R	[1..1]
]	--- ORDER_TRAY 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, la ubicación en la que está, nº episodio asociado, etc.,
- Alergias alimentarias **[AL1]**. Listado de las distintas intolerancias alimentarias del paciente.
- Datos de prioridad **[TQ1]**, indicará cuándo debe comenzar la programación.
- Datos de la solicitud **[ORC]**, con información sobre el identificador de la petición en el sistema peticionario, junto con el estado de ésta.
- Datos de la dieta. La información de una programación dietética se define en un grupo ORDER_DIET, con la siguiente información:
 - a. La fecha (e ingesta) de inicio se define en el **[TQ1]**.
 - b. En función del tipo de ORDER:
 - Si se refiere a una dieta, el tipo principal de la dieta en un segmento **[ODS]** marcado como dieta, seguido de las particularidades de la misma en segmentos **[ODS]** sucesivos.
 - Si se refiere a un suplemento, la definición del mismo en un segmento **[ODS]** marcados como tal.
 - Si se refiere a una sustitución, la definición del mismo en un segmento **[ODS]** marcados como tal.
 - Si se refiere a una instrucción específica para ingestas, la definición de la misma en un segmento **[ODS]** marcado como tal.
- Datos de la dieta del acompañante: en caso que el paciente tenga un acompañante para el que sea necesario realizar una comida, se informa de la dieta del acompañante a través de un grupo ORDER_TRY:
 - a. La fecha de inicio y de finalización.
 - b. Una descripción textual de la dieta.

4.1.2.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMD^O03^OMD_O03.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.1.2.2. Datos del paciente [PID].

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

4.1.2.3. Datos de la estancia del paciente [PV1].

El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Información de la visita del paciente [PV1]” indicados en el apartado de segmentos comunes.

4.1.2.4. Alergias del paciente [AL1].

Cada segmento AL1 informa de una alergia alimentaria, así como de su nivel de importancia y sus posibles efectos.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/TBL #	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - AL1	SetID
2		CE	R	[1..1]	0127	Allergen Type Code	
2.1	20	ST	R	[1..1]	FA		
2.2	199	ST	R	[1..1]	Alergia Alimentaria		
2.3	20	ID	R	[1..1]	HL70127		
3		CE	R	[1..1]		Allergen Code/Mnemonic/Description	Alérgeno
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
4		CE	R	[1..1]	0128	Allergy Severity Code	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
4.3	20	ID	R	[1..1]	HL70128	Name Coding System	Reacción alérgica
5	15	ST	RE	[0..n]		Allergy Reaction Code	

La información de este segmento es la siguiente:

- *SetID* [AL1.1] Número de secuencia del segmento en el mensaje.
- *Tipo de alergia* [AL.2] Dado que es una alergia alimentaria se codifica como “FA” en la tabla HL7 0127.
- *Alérgeno* [AL.3.2] Descripción (textual, no tabulada) del elemento al que se produce la alergia.
- *Nivel de severidad* [AL.4] Tipo de riesgo para la salud del paciente, codificado en la tabla HL7 0128:

Tabla HL7 0128

CÓDIGO [CE.1]	DESCRIPCIÓN [CE.2]
SV	SEVERA
MO	MODERADA
MI	LEVE
U	DESCONOCIDA

- Reacción [AL.5] Descripción textual de la posible reacción del paciente. Cada tipo de reacción se indica en un campo AL.5.

4.1.2.5. Petición [ORC].

El segmento ORC acompaña bien a una programación de una dieta de un paciente, o bien a la de un acompañante.

El segmento ORC contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Order Control
2		EI	C	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la programación
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Nombre del sistema que genera la orden
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de la programación
10		XCN	R	[1..1]		Entered By	Profesional que insertó la programación en el sistema
11		XCN	RE	[0..1]		Verified By	Profesional que verificó la programación
12		XCN	C	[0..1]		Ordering Provider	Profesional responsable de la programación

- *Control de orden* [ORC.1]: Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:
 - o **NW** "Nueva solicitud". Se ha generado una nueva solicitud.
 - o **CA** "Cancelación". Se ha producido la cancelación la programación del elemento asociado.

ORC.1	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW	Nueva Solicitud	La petición se ha generado.	SICD → EC
CA	Cancelación	Cancela la programación para el elemento.	SICD → EC

En general, no es necesario cancelar las órdenes, pues se asume que cuando se recibe en un mensaje una orden con ORC='NW', todas las órdenes existentes deben ser anuladas automáticamente en el sistema receptor, activando exclusivamente las del mensaje.

- *Identificador único de la programación* [ORC.2]: El código de la programación por parte del sistema que ha programado la dieta: el número de petición. Este dato no es obligatorio si el segmento ORC forma parte de un grupo ORDER_TRAY. Se compone de dos elementos:
 - o ORC.2.1 Identificador: Código único en el sistema que emite la orden.
 - o ORC.2.2 Identificador del sistema que genera la orden. Junto al ORC.2.1 representa el identificador universal de la orden.
- *Fecha de la programación* [ORC.9]: Fecha en la que se ha realizado la programación. Este dato no es obligatorio si el segmento ORC forma parte de un grupo ORDER_TRAY..
- *Profesional que insertó la programación en el sistema* [ORC.10]: Datos del profesional que físicamente insertó la orden en el sistema. Este dato sólo es interesante por cuestiones de auditoría, y sólo se enviará si el sistema de programación dispone de la información. El formato en el que se indica es XCN.
- *Profesional que verificó la programación* [ORC.11] En caso que sea posible, se envía en este campo los datos del profesional que ha validado la programación. Este dato no es obligatorio si el segmento ORC forma parte de un grupo ORDER_TRAY.
- *Profesional responsable de la programación* [ORC.12] Se envía en este campo los datos del profesional responsable de la programación. Este dato no es obligatorio si el segmento ORC forma parte de un grupo ORDER_TRAY.

4.1.2.6. Prioridad [TQ1].

Este segmento permite especificar el momento en el que comienza a ser aplicable la programación dietética. Los campos que se usan del segmento son:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID – TQ1	Set ID
3	RPT		C	[0..1]		Repeat Pattern	
3.1.1	20	ST	R	[1..1]	ASE	Identifier	
3.1.2	199	ST	R	[1..1]	A partir del evento	Text	
3.1.3	20	ID	R	[1..1]	HI70335	Name Coding System	Servicio de comienzo
3.7	2	ID	R	[1..1]	99TCM	ID Event	
7	14	TS	R	[1..1]	aaaammdd	Start date/time	
8	14	TS	RE	[0..1]		End date/time	

- *SetID* [TQ1.1] Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje.
- *Servicio de comienzo* [TQ1.3] En el caso que el segmento TQ1 pertenezca a una orden referida a la definición de una dieta base (es decir, no sea ni una sustitución, ni una instrucción) bien del paciente o del acompañante, es necesario indicar el turno de comida a partir del cual se inicia la dieta para el día indicado en TQ1.7 El campo TQ1.3 Se cumplimenta entonces de la siguiente manera:
 - o TQ1.3.1. Componente tipo CWE, con valores:
 - CWE.1: "ASE"
 - CWE.2: "A partir del evento"
 - CWE.3 ; "HL70335".
 - o TQ1.3.8: Turno de comida, codificado en la tabla 99TCM:

Tabla 99TCM simplificada para el escenario

Valor	DESCRIPCIÓN
1	Desayuno
2	Almuerzo
3	Comida
4	Merienda
5	Cena
6	Resopón

- *Inicio de la programación* [TQ1.7] Momento a partir del cual debe aplicarse lo indicado en el segmento ODS u ODT. La precisión requerida para este escenario es el día, por lo que el campo tendrá el formato aaaammdd
- *Fin de la programación* [TQ1.8] Momento a partir del cual debe dejar de aplicarse lo indicado en el segmento ODS u ODT.

4.1.2.7. Descripción de una dieta [ODS].

Cuando un segmento ODS tiene el campo ODS.1 con valor “D”, indica que éste segmento se usa para transmitir la información básica de una programación dietética –esto es, el tipo de dieta-. Este segmento se utiliza para cubrir la definición básica de una dieta.

Una dieta se define a través de una especificaciones de dieta principal, seguida de una serie de particularidades (cada una de ellas definido en su propio segmento ODS).

La estructura de un regento ODS con información de una dieta es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	1	ID	R	[1..1]	D	Type	Tipo de dieta
3		CE	R	[1..1]		Diet, Supplement, or Preference Code	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de dieta
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la dieta
3.3	20	ID	R	[1..1]	99DIET _CODC ENTRO	Name Coding System	Sistema de codificación de las dietas
4	80	ST	RE	[0..n]		Text Instruction	Instrucciones adicionales

- Tipo de elemento [ODS.1] Indica el tipo de elemento que transmite el ODS. En este caso su valor será “D”, indicando que se trata de una Dieta.
- Tipo de servicio [ODS.2] Indica el tipo de elemento que transmite el ODS:
- Código de dieta [ODS.3] Indica el elemento de la tabla de dietas sobre el que se aplican los campos anteriores. Es un código de la tabla de dietas definida por cada centro, codificado como 99DIET_CODCENTRO (siendo CODCENTRO el código de cada centro donde está funcionando el sistema de dietas)..
- Instrucciones [ODS.4] En caso de ser necesario, se envían tantas instrucciones adicionales como sea necesario, cada una en un campo ODS.4.

4.1.2.8. Descripción de una particularidad de la [ODS].

Cuando el segmento ODS tiene el ODS.1 con valor “P”, indica que éste segmento se usa para

transmitir una particularidad referida a una dieta. Este segmento se complementa la definición básica de una dieta y por tanto siempre acompañará a un segmento de dieta (cuyo ODS.1='D').

Una dieta se define a través de una especificaciones de dieta principal, seguida de una serie de particularidades (cada una de ellas definido en su propio segmento ODS).

La estructura de un regento ODS con información de una particularidad de una dieta es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	1	ID	R		P	Type	Tipo de dieta
3	250	CE	R	[1..1]		Supplement Code	
3.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de particularidad
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de particularidad
3.3	20	ID	C	[0..1]	99DIETP REF	Name Coding System	Sistema de codificación de las particularidades
4	80	ST	RE	[0..n]		Text Instruction	Instrucciones adicionales

- Tipo de elemento [ODS.1] Indica el tipo de elemento que transmite el ODS. Para el caso de una particularidad será "P".
- Código de particularidad de dieta [ODS.3] Indica el elemento de la tabla de dietas sobre el que se aplican los campos anteriores. Es un código de la tabla de dietas, codificado como 99DIETPREF.

Tabla 99DIETPREF simplificada para el escenario

Valor	DESCRIPCIÓN
100	No Sal
101	Vegetariano
102	Musulmán
103	Celiaco
104	Diabético
200	No sal
201	No carne
202	No pescado
203	No lactosa
300	Es conveniente que sea revisada por un dietista

- Instrucciones [ODS.4] En caso de ser necesario, se envían tantas instrucciones adicionales como sea necesario, cada una en un campo ODS.4.

4.1.2.9. Descripción de un suplemento [ODS].

Cuando un segmento ODS tiene el ODS.1 con valor “S”, indica que éste segmento se usa para transmitir la información básica de un suplemento dietético.

La información de suplemento no está vinculada al de una dieta, por lo que se enviará en un grupo de ORDER independiente al de una dieta.

La estructura de un regento ODS con información de un suplemento es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	1	ID	R	[1..1]	S	Type	Tipo de dieta
2	250	CE	R	[1..1]		Service Period	
2.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de turno de comida
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del turno de comida
2.3	20	ID	R	[1..1]	99TCM	Name Coding System	Sistema de codificación de los turnos de comida
3	250	CE	R	[1..1]		Supplement Code	
3.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de suplemento
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del suplemento
3.3	20	ID	C	[0..1]	99DIETS UP_COD CENTRO	Name Coding System	Sistema de codificación de las dietas
4	80	ST	RE	[0..n]		Text Instruction	Instrucciones adicionales

- Tipo de elemento [ODS.1] Indica el tipo de elemento que transmite el ODS. Para el caso de suplemento será “S”.
- Tipo de servicio [ODS.2] Indica la ingesta para la que se aplica el suplemento:

Tabla 99TCM simplificada para el escenario

Valor	DESCRIPCIÓN
1	Desayuno
2	Almuerzo
3	Comida
4	Merienda
5	Cena
6	Resopón

- Código de dieta [ODS.3] Indica el elemento de la tabla de suplementos sobre el que se aplican los campos anteriores.

En caso de poder codificarse se envían los componentes 1 (código) y 3 (tabla usada), Siendo el valor del 1º componente un código de la tabla de suplementos, codificado como 99DIETSUP_CODCENTRO, siendo concentro el código del centro donde está siendo utilizada la mensajería. Sin embargo, si no es posible codificarla, la descripción del suplemento se define en el 2º componente.

- Instrucciones [ODS.4] En caso de ser necesario, se envían tantas instrucciones adicionales como sea necesario, cada una en un campo ODS.4.

4.1.2.10. Descripción de una sustitución [ODS].

Cuando el segmento ODS tiene el ODS.1 con valor "X", indica que éste segmento se usa para transmitir la información básica de una sustitución de platos para un paciente.

La información de sustitución no está vinculada al de una dieta sino al paciente, por lo que se enviará en un grupo de ORDER independiente al de una dieta.

La estructura de un regento ODS con información de una sustitución de platos es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	1	ID	R	[1..n]	X	Type	Tipo de dieta
3	CE		R	[2..2]		Supplement Code	
3.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de suplemento
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del suplemento
3.3	20	ID	C	[0..1]	99DIETALI_C ODENTRO	Name Coding System	Sistema de codificación de las dietas
4	80	ST	RE	[0..n]		Text Instruction	Instrucciones adicionales

- Tipo de elemento [ODS.1] Indica el tipo de elemento que transmite el ODS. Para el caso de sustitución será "X".Alimento a sustituir [ODS.3] [1] (Primer campo ODS.3) Indica el elemento de la tabla de alimentos que deberá ser sustituido. Si es posible estará, codificado en una tabla específica de cada centro, llamada 99DIETALI_CODCENTRO.
- En caso de poder codificarse se envían los componentes 1 (código) , 2(descripción) y 3 (tabla usada), Siendo el valor del 1º componente un código de la tabla de suplementos, codificado dentro de la tabla 99DIETALI_CODCENTRO (CONCETRO será el código del centro donde está siendo utilizada la mensajería). Sin embargo, si no es posible codificarla, sólo será necesario indicar la descripción del alimento a sustituir en el 2º componente.

- Alimento sustitutivo [ODS.3] [2] (Segundo campo ODS.3) Indica el elemento de la tabla de alimentos que sustituye al anterior. Si es posible estará codificado en una tabla específica de cada centro, llamada 99DIETALI_CODCENTRO. Los componentes del campo se construyen de forma idéntica a como está definido en el punto anterior.
- Instrucciones [ODS.4] En caso de ser necesario, se envían tantas instrucciones adicionales como sea necesario, cada una en un campo ODS.4.

4.1.2.11. Descripción de una instrucción a la ingesta [ODS].

Cuando el segmento ODS tiene el ODS.1 con valor "I", indica que éste segmento se usa para transmitir la información adicional en alguna de las ingestas.

La información de instrucciones a la ingesta no está vinculada al de una dieta, por lo que se enviará en un grupo de ORDER independiente al de una dieta.

La estructura de un regento ODS con información de un suplemento de una dieta es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	1	ID	R	[1..1]	I	Type	Tipo de dieta
2	250	CE	R	[1..n]		Service Period	
2.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de turno de comida
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del turno de comida
2.3	20	ID	R	[1..1]	99TCM	Name Coding System	Sistema de codificación de los turnos de comida
3	250	CE	R	[1..1]		Supplement Code	
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Indicación
4	80	ST	RE	[0..n]		Text Instruction	Instrucciones adicionales

Tipo de elemento [ODS.1] Indica el tipo de elemento que transmite el ODS. Para el caso de suplemento será "S".

Tipo de servicio [ODS.2] Indica la(s) ingesta(s) para la que se aplican las indicaciones. El segmento se repetirá tantas veces como ingestas apliquen, y estará codificados de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 99TCM simplificada para el escenario

Valor	DESCRIPCIÓN
1	Desayuno
2	Almuerzo
3	Comida
4	Merienda
5	Cena
6	Resopón

Indicaciones [ODS.3.2] Describe la indicación para las ingesta indicadas.

Instrucciones [ODS.4] En caso de ser necesario, se envían tantas instrucciones adicionales como sea necesario, cada una en un campo ODS.4.

4.1.2.12. Descripción dietas de acompañante [ODT].

En caso que el paciente tenga un acompañante y que por las características del servicio éste deba comer también, se envía un grupo ORDER_TRAY con un segmento ODT marcado como "GUEST", con la información relativa a la programación de dietas específica para esta persona

La estructura de un regento ODT con información de la dieta de un acompañante es la siguiente:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	CE		R	[1..1]	0160	Type	Tipo de bandeja
1.1	20	ST	R	[1..1]	GUEST	Identifier	Descripción de bandeja
1.2	199	ST	R	[1..1]	Acompañante	Text	Descripción del tipo de bandeja
1.3	20	ID	R	[1..1]	HL70160	Name Coding System	
3	80	ST	R	[1..1]		Text Instruction	Instrucciones

Tipo de elemento [ODT.1] Indica el tipo de bandeja sobre el que informa el segmento . Para el caso de una bandeja de acompañantes será "GUEST".

Instrucciones [ODT.3] Descripción de la dieta y sus particularidades. Este campo se utilizará también para enviar toda la información sobre suplementos, indicaciones en las tomas etc.

4.2. Mensaje OMD^Z03 (Dietary Order Proposal).

Mensaje utilizado para informar sobre una programación pendiente, aún no aceptada.

4.2.1. Evento disparador.

Este mensaje se genera cuando en el sistema de dietas se ha producido una solicitud, pero ésta aún no ha sido validada. El propósito es que los sistemas receptoras puedan mostrar a los usuarios que hay en trámite una futura orden.

4.2.2. Estructura.

La estructura y contenido de los elementos es exactamente la misma que para un mensaje OMD. La diferencia son: el evento que origina el mensaje, y que no se permite informar de dietas de acompañante, y que sólo es posible informar de una orden (un único grupo ORDER_DIET).

OMD^Z03^OMD_003	Dietary Order	Uso	Cardinalidad
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
[{ AL1 }]	Allergy Information	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER_DIET begin	R	[1..1]
ORC	Common Order Segment	R	[1..1]
	--- TIMING_DIET begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING_DIET end		
	--- DIET begin	R	[1..1]
{ODS}	Dietary Orders, Suppl., Prefer.	R	[1..n]
	--- ORDER_DIET end		

El contenido de los segmentos es idéntico (salvo el MSH que ahora informará de la nueva estructura). Sin embargo, en este tipo de mensaje el grupo ORDER_DIET sólo podrá informar sobre dietas principales, por lo que los segmentos ODS sólo podrán ser de tipo D (Dieta) o de tipo P (Particularidad de una dieta).

4.3. Mensaje ORD^O04 (Dietary Order Acknowledgment Message).

Este mensaje es enviado desde el SIID, en el caso que sea imposible procesar una petición indicada en un mensaje OMD^O03, o e uno OMD^Z03.

4.3.1. Evento disparador.

Si desde el SIID se detecta una incompatibilidad en la programación.

4.3.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>ORD^O04^ORD_004</u>	<u>Dietary Order Acknowledgment Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER_DIET begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER_DIET end		
	--- RESPONSE end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original. En principio se omiten los segmentos ODS ya que es la petición completa la que se rechaza.

Los segmentos PID y ORC serán copia de los enviados en la petición original.

4.3.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]”, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ORD^O04^ORD_004.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

4.3.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos simplificados de paciente [PID]”.

4.3.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “UA” (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser “CA” (Petición cancelada)

4.3.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento debe contener información sobre la bolsa que se ha enviado:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ST	R	[1..1]		Acknowledgment Code	Código de Aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje contestado

- *Código de aceptación* [MSA.1]: Indica si el mensaje ha sido admitido o no por el sistema receptor. El valor será “AE”.
- *ID del mensaje* [MSA.2]: Valor del MSH-10 del mensaje al que está respondiendo.

4.3.2.5. Descripción del error [ERR].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]		HL7 Error code	Código de error
3.1	20	ST	R	[1..1]	600	identifier	
3.2	10	ST	R	[1..1]	ERROR	Text	
3.3	10	ST	R	[1..1]	HL70357	Coding System	
4	1	ID	R	[1..1]		Severity	Severidad
7	200	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	Información de diagnóstico

- *Código de Error* [ERR.3]: Valores fijos:
 - o CWE.1: “600”
 - o CWE.2: “Error”
 - o CWE.3: HL70357
- *Severidad* [ERR.4]: Valor fijo a “E” (Error)
- *Información de diagnóstico* [ERR.7]: Descripción textual del problema.

4.4. Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge).

Este mensaje permite indicar una confirmación de entrega, o un error en la misma.

4.4.1. Evento disparador.

Siempre que una aplicación recibe un mensaje HL7 cuyo MSH.15 (AcceptAcknowledgementType) tenga valor "AL", debe generar este mensaje tras haber intentar almacenar internamente su contenido para procesarlo posteriormente. Si el MSH.15 tiene el valor "ER" el mensaje sólo se generará si ha habido un error en este proceso.

Sin embargo, dado que el presente perfil de mensajería fija el MSH.15 a "AL", este mensaje se generará siempre.

4.4.2. 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	C	[0..1]

- 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, y si ha sido posible o no procesar el mensaje.
- Descripción del error [ERR]. En caso al que se haya producido un error, este segmento contendrá información adicional.

4.4.2.1. 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 al 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.

4.4.2.2. Segmento MSA.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ID	R	[1..1]	0008	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). Puede tener uno de los siguientes valores:

Tabla 0008 Restringida para ACK aceptación

MSA.1	CAUSA	Comportamiento esperado (por el sistema que recibe el ACK)
CA	Mensaje almacenado correctamente	Ninguno. La responsabilidad del mensaje se ha transmitido
CE	Mensaje incorrecto. (El segmento ERR contendrá más información)	El mensaje no es procesable, y es necesario lanzar una acción correctiva por el servicio de soporte
CR	El mensaje no puede ser procesado ahora.	Reintentar el envío del mensaje posteriormente.

- Identificador del mensaje que contesta [MSA.2] (Message Control ID) Valor MSH.10 del mensaje al que se contesta.

4.4.2.3. Segmento ERR.

Este segmento solo aparecerá si el valor de MSA.1 es "CE" o "CR" y contendrá información que permitirá identificar el error.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]	0357	HL7 Error Code	Código del error Descripción del error Sistema de codificación del error Severidad Información del error
3.1	10	ST	R	[1..1]		Identifier	
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	R	[1..1]	HL70357	Name of Coding System	
4	2	ID	R		E	Severity	
7	2048	TX	R			Diagnostic Information	

- Código de error [ERR.3] (Error Code) Este campo permite catalogar la situación de error. Debe tomar uno de los siguientes valores (en la tabla se identifica también el tipo de MSA.1 bajo el que pueden aparecer estos códigos)

Tabla 0357 Restringida códigos de error permitidos

CWE.1	CWE.2	MSA.1	DESCRIPCIÓN
200	Tipo de mensaje no soportado	CE	El sistema no está preparado para aceptar el tipo de mensaje
201	Evento no soportado	CE	El sistema no está preparado para aceptar el evento
203	Versión no soportada	CE	El sistema no está preparado para aceptar esa versión de HL7
2000	Error de sintaxis	CE	El mensaje tiene una sintaxis incorrecta, o no esperada.
2010	Mensaje incompleto	CE	Faltan datos obligatorios en la cabecera (por ejemplo MSH.9, o MSH.10)
206	Almacenamiento bloqueado	CR	Imposible hacerse cargo del mensaje por el momento. Es necesario reenviarlo posteriormente.

- Severidad [ERR.4] (Severity) El tipo de severidad debe ser siempre “E” (Error)
- Información del error [ERR.7]. Información que aporta el sistema que puede permitir solucionar el error por el equipo de soporte.

5. Elementos comunes.

5.1. Segmentos.

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

5.1.1. Cabecera [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes.

5.1.2. Datos de paciente [PID].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes.

5.1.3. Datos simplificados de paciente [PID].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes.

5.1.4. 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	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	R	[1..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
4	2	IS	R	[1..1]		Admission Type	Tipo de ingreso
10	10	IS	R	[1..1]		Hospital Service	Servicio
14	6	IS	R	[1..1]	0023	Admit Source	Origen de ingreso
19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

Este segmento contiene información sobre los datos asistenciales del paciente, episodio asignado y ubicación en el centro si está ingresado.

La información que se refleja en este segmento esta 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

- Ubicación del paciente [PV1.3]. Identifica la posición del paciente en un centro

hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:

- o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
- o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
- o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
- o PV1.4.1 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 0007

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	COMENTARIOS
E	URGENCIAS	Admisión realizada en urgencias, sin hospitalización.
R	HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA * (ROUTINARIO-NORMAL)	Hospitalización programada (p.ej.: hospitalización realizada para una intervención ya programada).
U	HOSPITALIZACIÓN URGENTE	Hospitalización remitida desde urgencias

- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) servicio asignando al paciente.
- El código de visita [PV1.19] (VisitNumber). Número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes “**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**”, del documento de elementos comunes de mensajería.

6. Términos y vocabulario

- Ingesta: Cada una de las 6 posibles tomas (Desayuno, Almuerzo, Comida, Merienda, Cena, Resopón) en las que un centro distribuye comidas. No todos los centros disponen de tantos turnos de distribución.
- Suplemento: Un añadido alimenticio a alguna de las tomas diarias.
- Acompañante: es posible que un paciente tenga un acompañante al que sea necesario servir comida.
- Intolerancia Alimentaria: una alergia específica de un paciente a un tipo de alimentación.
-

Guía de mensajería para la gestión de tratamientos farmacéuticos

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

Versión 1.2.2 ¹ 18/02/2010

¹ Este documento está pendiente de validación y puede contener diferencias importantes respecto a su implantación final

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES.....	6
4. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.....	6
4.1. CASO DE USO.	6
4.2. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	12
5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	17
5.1. MENSAJE OMP^O09 (PHARMACY/TREATMENT ORDER)	17
5.2. MENSAJE ORP^O10 (PHARMACY/TREATMENT ORDER ACKNOWLEDGMENT).....	28
5.3. MENSAJE RDE^O11 (PHARMACY/TREATMENT ENCODED ORDER)	30
5.4. MENSAJE RRE^O12 (PHARMACY/TREATMENT ENCODED ORDER ACKNOWLEDGMENT).	39
5.5. MENSAJE RDS^O13 (PHARMACY/TREATMENT DISPENSE MESSAGE	40
5.6. MENSAJE RDD^O14 (PHARMACY/TREATMENT DISPENSE ACKNOWLEDGEMENT MESSAGE).	45
5.7. MENSAJE RGV^O15 (PHARMACY/TREATMENT GIVE MESSAGE)	47
5.8. MENSAJE RRG^O16 (PHARMACY/TREATMENT GIVE ACKNOWLEDGMENT MESSAGE).	53
5.9. MENSAJE RAS^O17 (PHARMACY/TREATMENT ADMINISTRATION MESSAGE).....	55
5.10. MENSAJE RRA^O18 (PHARMACY/TREATMENT ADMINISTRATION ACKNOWLEDGMENT MESSAGE).	60
5.11. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).....	61
5.12. MENSAJE MFN^ZPH (MASTER FILE NOTIFICATION).....	61
5.13. MENSAJE MFK^M14 (MASTER FILE APP ACKNOWLEDGMENT).	64
6. ELEMENTOS COMUNES.	66
6.1. SEGMENTOS.....	66
6.1. TABLAS COMUNES.....	77

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la administración de tratamientos farmacéuticos 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, de una relación de las tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los segmentos que conforman los mensajes.

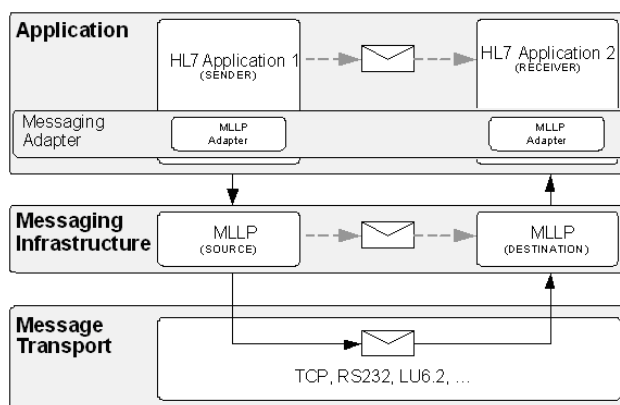
Esta guía de mensajería abarca única y exclusivamente, la gestión de los mensajes seleccionados por SACYL para el tratamiento del intercambio de información referida a la prescripción, dispensación y administración de tratamientos fármaco-terapéuticos, formando parte de los criterios y requisitos necesarios que deberá cumplir cualquier aplicación que se encuentre o deba incorporarse en un sistema de información dentro de SACYL. Sin embargo, no será el único conjunto de requisitos a tener en cuenta: para la completa integración de un sistema de farmacia o de cuidados, será necesario el uso de otros rangos de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

Así mismo, este documento puede ser motivo de modificación por parte de SACYL siempre y cuando sea considerado necesario por parte de la Dirección de Sistemas de Información de esta entidad

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.

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con gestión de tratamientos fármaco-terapéuticos en el SACYL.

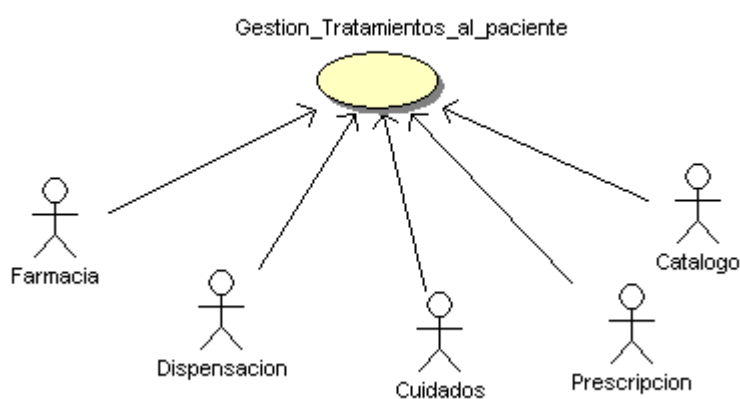
4. Definición del perfil de mensajería.

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

4.1. Caso de uso.

El propósito de los mensajes aquí definidos es posibilitar a los sistemas involucrados en la gestión de tratamientos fármaco-terapéuticos de un protocolo para intercambio de información clínica relativa a este ámbito.

Junto a este perfil, es previsible que se deban utilizar otros el de gestión de pacientes (ADT) o el de gestión de órdenes de dietas.



4.1.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA PRESCRIPTOR /ESTACIÓN CLÍNICA (PRESCRIPCIÓN)	Sistema de información donde un profesional sanitario realiza las prescripciones a un paciente. Habitualmente este sistema está integrado en una estación clínica, donde se ofrecerá la posibilidad de realizar un proceso de prescripción asistido, lo que incluye la posibilidad de mostrar las características de los productos, las condiciones de prescripción, utilización y administración de los mismos, así como la disponibilidad del historial fármaco-terapéutico y resultados analíticos
SISTEMA GESTIÓN DE FARMACIA (FARMACIA)	Sistema de información del Servicio de Farmacia de un centro hospitalario, responsable de validar las órdenes médicas de tratamientos farmacológicos, así como coordinar la distribución de fármacos ya sea en forma de SDMDU², mediante botiquines, o de sistemas automáticos de dispensación.
SISTEMA DE CONTROL DE DISPENSACIÓN ES (DISPENSACIÓN)	Dispositivos de dispensación que permiten controlar las unidades dispensadas y/o limitar su dispensación en función del paciente y profesional. Son dispositivos situados en las plantas de hospitalización donde se acude directamente para recuperar los productos a administrar. No están presentes en todos los centros.
SISTEMA DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y CUIDADOS AL PACIENTE (CUIDADOS)	Sistema de información que entre otras tareas permite gestionar la administración de cuidados a un paciente. Habitualmente es la aplicación de enfermería.
SISTEMA DE CATÁLOGO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS (CATÁLOGO)	Sistema que mantiene un registro de todos los productos farmacéuticos usados en el centro, así como información general (envase, vías de administración, forma farmacéutica, etc.) como clínica (contraindicaciones, relaciones, etc.). Este sistema también es el responsable del mantenimiento de todas las tablas maestras relacionadas con la actividad farmacéutica (unidades de medida, vías de administración, principios activos, etc.) Normalmente coincide con el sistema de FARMACIA.

² SDMDU: Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias:

4.1.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMP^O09	Nueva orden de prescripción	PRESCRIPCIÓN	FARMACIA
	Modificación orden de prescripción	PRESCRIPCIÓN	FARMACIA
	Revisión de orden de prescripción	FARMACIA	PRESCRIPCIÓN
ORP^O10	Imposible asumir prescripción	FARMACIA DISPENSACIÓN CUIDADOS	PRESCRIPCIÓN
RDE^O11	Orden de tratamiento validada.	FARMACIA	PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN , CUIDADOS
RRE^O12	Imposible asumir orden de tratamiento validada.	PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN , CUIDADOS	FARMACIA
RDS^O13	Notificación de Dispensación	DISPENSACIÓN	FARMACIA
RRD^O14	Imposible procesar Notificación de Dispensación	FARMACIA	DISPENSACIÓN
RGV^O15	Orden de administración (administración)	FARMACIA	CUIDADOS
RRG^O16	Imposible asumir orden de administración	CUIDADOS	FARMACIA
RAS^O17	Notificación Administración Tratamiento	CUIDADOS	FARMACIA PRESCRIPCIÓN
RRR^O18	Imposible procesar Notificación de Administración de Tratamiento	FARMACIA PRESCRIPCIÓN	CUIDADOS
MFM^ZPH	Actualización de productos en el catálogo	CATALOGO	PRESCRIPCIÓN FARMACIA DISPENSACIÓN
MFK^M14	Imposible procesar una actualización de catálogo	PRESCRIPCIÓN FARMACIA DISPENSACIÓN	CATALOGO

No siempre los tratamientos ordenados son exclusivamente farmacológicos. En concreto, es habitual que junto a estos, un prescriptor pueda incluir:

- Cuidados de enfermería. Estos tratamientos se enviarán directamente a la aplicación de CUIDADOS, sin necesidad de pasar por FARMACIA. En este caso, sólo se enviará la orden (OMP^O09) sin intervenir el resto de mensajes.
- Indicaciones de dietas. Es habitual que junto a un tratamiento, sea necesario realizar una indicación de dieta. Este caso está contemplado en la guía de mensajería de dietas y no se rige por los mensajes ni flujos definidos en ésta.

4.1.3. Modelo de datos.

Orden Médica no Validada

Una orden médica constituye una orden de tratamiento relativa a un paciente para un periodo determinado. La orden se refiere a un único elemento y a un único paciente.

Esta orden contiene los siguientes datos:

- Identificador único de la orden.
- Datos de identificación del médico responsable de la prescripción (así como el centro donde está prescrita).
- Paciente al que va destinada, junto con los identificadores principales de éste en el centro.
- Fecha y hora del acto médico.
- Elemento del tratamiento:
 - o Si se trata de una prescripción de un producto comercial o de un preparado del catálogo del centro, el código y la descripción en dicho catálogo.
 - o Si se trata de una mezcla o infusión, la descripción completa de los componentes (principios activos) que intervienen y sus dosis.
 - o Si se trata de una Fórmula Magistral, es necesario también indicar sus componentes y participación. Si bien en este caso no siempre podrán codificarse las partes,
 - o Si se trata de un cuidado de enfermería, la descripción del mismo.
- Posología (dosis, secuencia y periodicidad).
- En caso de ciertas vías de administración (ej. Intravenosa, intraarterial) será necesario indicar datos adicionales como la la velocidad y tiempo de perfusión, y si es continua o no.
- Vía de administración.
- Duración del tratamiento (fecha hasta que es válido).
- En caso que sea necesario, datos del paciente (peso, superficie corporal, etc.)
- En caso que sea necesario, alertas del paciente, así como cualquier reacción adversa previa.

- Comentarios o indicaciones sobre el medicamento.

Orden Validada

Una orden validada es una orden médica validada por un farmacéutico del Servicio de Farmacia. Esta validación siempre se realizará desde el sistema FARMACIA. Además de la orden médica original, contendrá:

- Identificador único de la orden validada.
- Datos de identificación del facultativo responsable de la validación (o de las condiciones en las que se ha validado).
- Fecha de la validación.

Orden de Administración

Se trata de las instrucciones concretas de administración de una única administración para un paciente.

Tipos de prescripción

Desde el punto de vista de modelo de datos, las prescripciones se pueden agrupar en los siguientes grupos:

- Prescripción de productos de catálogo

Se refiere a un producto farmacéutico definido en el catálogo de productos del centro. Se trata de productos como medicamentos, fórmulas tipificadas, productos sanitarios, preparados oficiales, ciertas mezclas, etc.

En este tipo de prescripciones, basta el código en el catálogo del centro para describir totalmente el producto.

- Prescripción de Combinaciones de Productos

Son aquellas prescripciones de productos que no tienen un código de catálogo, sino que resultan de la combinación de otros como puede ser las fórmulas magistrales, las disoluciones de fármacos en suero, las mezclas, etc.

Dado que no existe un código que describa totalmente el elemento prescrito, se debe hacer constar la información de cada uno de los componentes que lo componen, así como la relación en la que participan.

En base a la definición de catálogo usado en los centros de Sacyl, estas órdenes se agrupan en distintas categorías:

- o Prescripciones tipo complejas: Se trata de la disolución de un único principio activo en un suero. Tanto el medicamento como el suero están codificados y tienen su ficha correspondiente en el maestro de medicamentos o catálogo.
En general, la administración será intravenosa directa, intramuscular, subcutánea (para sueros de pequeño volumen), o infusión continua o intermitente si el volumen es significativo.
- o Mezclas. La prescripción trata de la disolución de dos principios activos o más en un disolvente.
Las mezclas están estandarizadas en un protocolo, pudiendo el prescriptor variar la dosis y el volumen dentro de un rango permitido o eliminar algún componente de la mezcla.
Por ejemplo, un preparado por vía intratecal en oncohematología (3 medicamentos en la misma inyección),
- o Nutrición parenteral. Se trata de mezclas complejas con varios productos en sueros de gran volumen.
- Fórmula Magistral (FM) Se refiere a un preparado con una composición específica detallada para un paciente concreto. Como en el resto de “combinaciones de productos”, es necesario informar de la composición detallada de cada sustancia de la mezcla. Sin embargo, en este caso particular no todo los componentes podrán codificarse (pues en muchos casos son componentes químicos), y en ese caso se enviará únicamente su descripción.

En el caso que la mezcla se haya basado en una guía o protocolo de Sacyl, independientemente de que después el prescriptor haya modificado los datos de composición, en la orden médica se deberá indicar el protocolo en el que se basa.

- Prescripciones de oncología.

Los tratamientos oncológicos son prescripciones complejas que pueden incluir tanto mezclas como tratamientos tipo complejo en un determinado orden de administración (por ejemplo, una infusión inmediatamente después de otra, una hora después, a la vez, etc.) y con unas periodicidades muy particulares (una pauta los lunes, otra los jueves, etc.)

En estos tipos de prescripciones es necesario tener en cuenta datos adicionales del paciente como la superficie corporal, toxicidad de ciclos previos, etc..

- Cuidados de Enfermería (CE).

Se refiere a un tratamiento no farmacéutico a ejecutar a un paciente por los profesionales de enfermería. Este tipo de instrucciones no necesariamente tienen que enviarse al sistema de FARMACIA en todas las ocasiones, pero sí a la aplicación de CUIDADOS.

- Dietas

Se refiere a indicaciones sobre las dietas del paciente. Este tipo de tratamientos además de a la aplicación de FARMACIA es necesario que sea transmitida a la aplicación de gestión de dietética, a través de los mensajes de gestión de órdenes dietéticas definidos en la guía

- Texto Libre

En ocasiones, las órdenes pueden estar referidas por un texto no estructurado ni codificado. En estos casos, desde el sistema de FARMACIA deberá realizarse esta codificación.

Es posible utilizar esta opción en el caso en que se esté solicitando un medicamento que no esté incluido en la Guía Farmacoterapéutica del centro y por tanto no esté disponible en el catálogo de medicamentos, y que el prescriptor solicita su adquisición.

Catálogos usados

En el acto de prescripción, el catálogo utilizado será exclusivamente el **maestro de medicamentos** incluido en el sistema de información de Farmacia.

Las codificaciones del medicamento, principio activo, unidad de medida, forma farmacéutica... serán las mismas que las correspondientes al catálogo centralizado de Sacyl: **REMEDIOS-H**, donde se encuentran homogeneizadas estas codificaciones.

El sistema REMEDIOS-H, mantenido y gestionado desde la Dirección Técnica de Farmacia se nutre, por una parte, del **Nomenclátor** del Ministerio de Sanidad, manteniendo el código nacional en los productos que lo contemplen, el código ATC de principio activo y otra serie de parámetros y, por otra parte, de la información que se genera en la Dirección Técnica de Farmacia de aquellos productos no incluidos o no actualizados en el Nomenclátor. De esta manera se contemplan todos los productos y medicamentos prescribibles en Atención Especializada en todos los hospitales de Sacyl.

4.2. Definición dinámica.

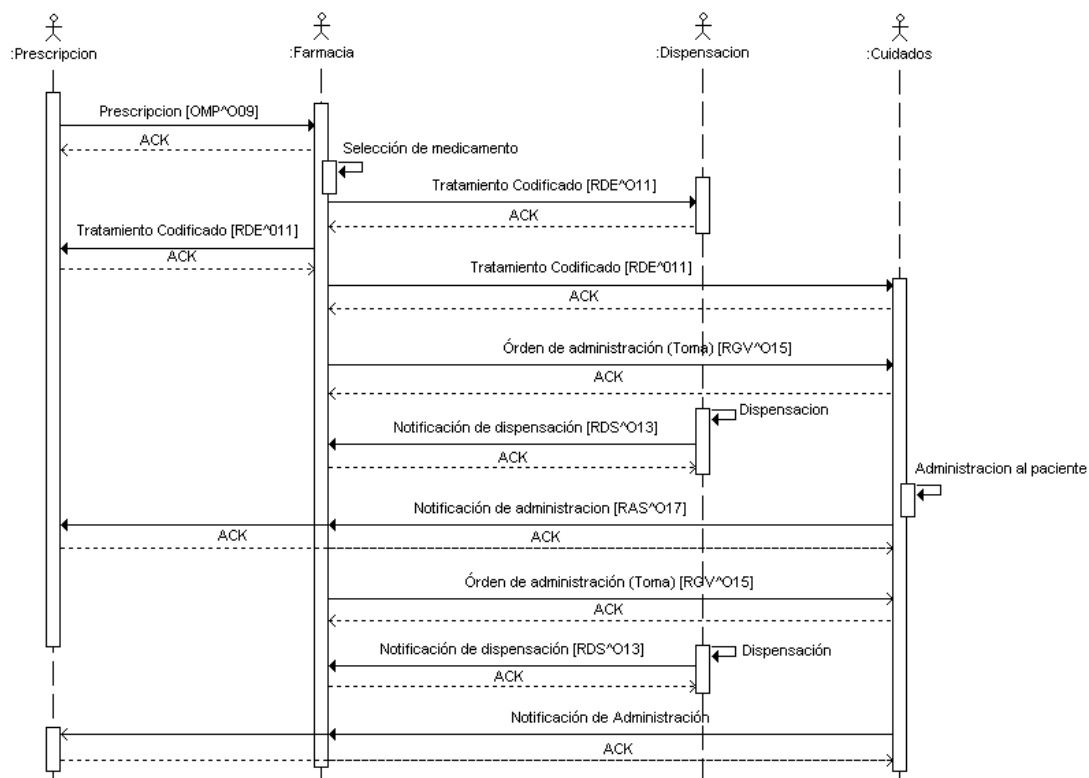
4.2.1. Diagrama de interacción.

- **Circuito de de prescripción/dispensación para pacientes ingresados**

Este escenario se refiere a aquellas plantas que tienen un sistema de SDMDU (Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria) o armarios automatizados de dispensación.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal esperado de una prescripción:

- 1) Desde una estación clínica, un profesional realiza una prescripción a un paciente. Dicha prescripción se envía al sistema de farmacia en un OMP^O09
- 2) En el sistema de FARMACIA, se valida el tratamiento (o se completa su especificación, si la orden se envía en texto) y se envía un mensaje con el tratamiento completo al sistema de DISPENSACIÓN (si existe), de CUIDADOS en un mensaje RDE^O11.
- 3) De forma periódica, el sistema de farmacia calcula las unidades de cada medicamento (administraciones) requeridas para ese periodo –en base a los tratamientos- y genera las diferentes órdenes de administración para cada paciente, enviando mensajes RGV^O15..
 - Junto a este envío, en el sistema SDMDU se generan las diferentes órdenes de llenado de carros con la medicación de cada paciente.
 - Si existe sistema de DISPENSACIÓN específico (armarios automatizados) para algunas unidades clínicas, éste prepara el pedido
- 4) En función de las órdenes de administración recibidas (RGV^O15), el personal responsable de la administración (habitualmente enfermería) recoge el fármaco del sistema de dispensación (bien una estación de dispensación o del carro de planta).
- 5) Una vez recogido el fármaco, aplica el tratamiento e informa sobre la administración en el sistema de CUIDADOS. Es entonces cuando éste sistema notifica la administración a la ESTACIÓN PRESCRIPTORA y al sistema de FARMACIA.
- 6) Si se están utilizando armarios de dispensación, el dispositivo habrá informado al sistema de FARMACIA con el producto recogido a través de un mensaje RDS^O13. El armario también informará de cualquier reposición que se haga a través del mismo mensaje.

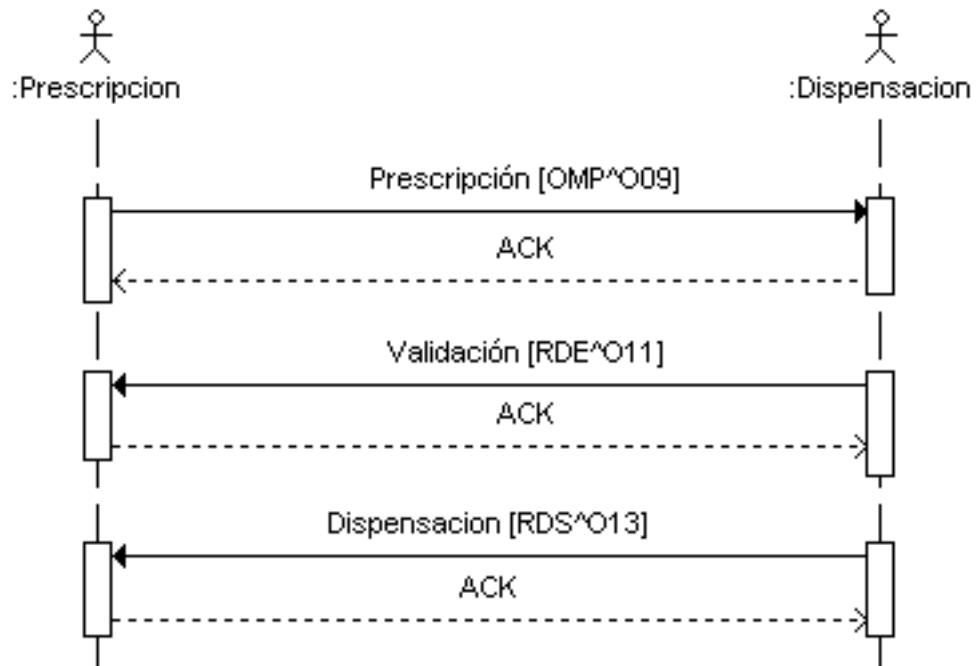


- **Circuito de prescripción y dispensación a pacientes externos**

Se consideran pacientes externos aquellos que no generan estancia y reciben medicamentos en el Servicio de Farmacia sin que les sean administrados en el propio hospital.

Este escenario cubre las situaciones de prescripción de medicamentos a un paciente no ingresado, que por sus características especiales son dispensados en el Servicio de Farmacia Hospitalario).

- 1) La prescripción se realiza en una consulta de médico especialista a un paciente que no está ingresado, o al alta de un ingreso. Esta prescripción se transmite al sistema de FARMACIA en una orden OMP^O09.
- 2) El paciente acude al Servicio de Farmacia para recoger la medicación. En el sistema de FARMACIA se valida la prescripción, y si se puede proceder a la dispensación, se realiza ésta, informando al sistema de PRESCRIPCIÓN con un mensaje RDS^O13.



- **Circuito de de prescripción/dispensación de medicamentos para pacientes ambulatorios.**

Se consideran pacientes ambulatorios a aquéllos que no generan estancia pero a los que se administran medicamentos en el propio hospital

Este escenario cubre las situaciones de prescripción de medicamentos a estos pacientes (hospital de día, hemodiálisis, etc.). Entre ellos se encuentran los tratamientos oncológicos.

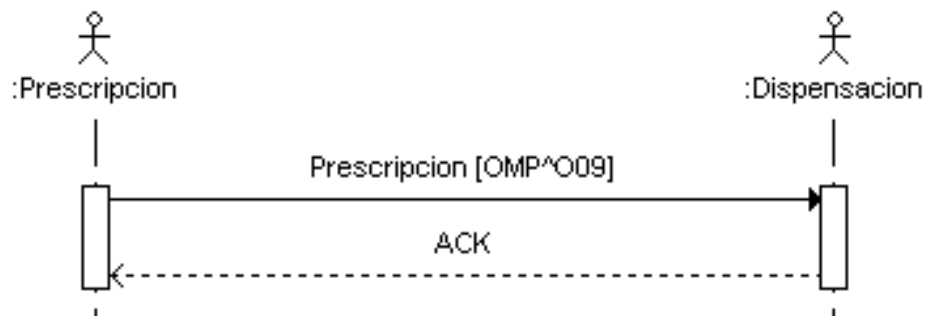
- 1) La prescripción se realiza en una consulta de un médico especialista a un paciente que no está ingresado. Esta prescripción se transmite al Servicio de Farmacia en una orden OMP^O09.
- 2) En el sistema FARMACIA se valida la prescripción y se realiza la preparación de estos medicamentos, generalmente intravenosos.
- 3) El paciente acude al centro en las fechas indicadas para su tratamiento, donde permanece hasta la dispensación y administración de su medicación.

La información de administración (hora y fecha de administración, posibles incidencias o si el paciente no ha acudido) se envía a los sistemas interesados a través de un mensaje RGV^O15).

- **Circuito de prescripción y administración de medicamentos por sistema de BOTIQUINES**

Este escenario cubre las situaciones de prescripción y administración a pacientes en situaciones de urgencia. Se determinarán estos casos en cada hospital y se establecerá un proceso de validación automática, si es necesario, en el sistema FARMACIA.

- 1) A un paciente se le realiza una prescripción, que es administrada obteniendo el producto de un botiquín específico del ámbito de atención. La prescripción se envía al sistema de FARMACIA en un mensaje OMP^O09.



- **Escenarios complementarios.**

Aparte de posibles errores por fallos de sincronismo (medicamentos fuera de catálogo, pacientes sin dar de alta, etc.) notificados con los NACK de aplicación correspondientes, se contemplan las siguientes variaciones al escenarios ideal descrito anteriormente:

- Prescripciones manuscritas. En algunos casos la orden médica no procederá del sistema de prescripción, sino que será introducida desde el sistema de farmacia transcribiéndola de una prescripción en papel. Una vez validada, el sistema de prescripción recuperará esa información.
- Prescripciones urgentes. Algunas prescripciones por su carácter de urgente son prescritas y administradas en el momento sin pasar el circuito normal de prescripción - validación – dispensación – administración y son informadas posteriormente.
- Revisión de órdenes. Es posible que al validar una orden, desde el Servicio de Farmacia, se quiera plantear una rectificación al prescriptor. En este caso, no se generará un mensaje RDE, sino que desde el sistema FARMACIA se enviará un OMP al sistema prescriptor, con las rectificaciones planteadas. El prescriptor las revisará y emitirá un nuevo mensaje OMP con la prescripción modificada (y posibles razones o justificaciones), que deberá ser validado.

Todos los mensajes OMP de esta secuencia compartirán el mismo identificador de prescripción. Los comentarios generados por cada usuario se indicarán en los segmentos NTE que acompañan al RXO.

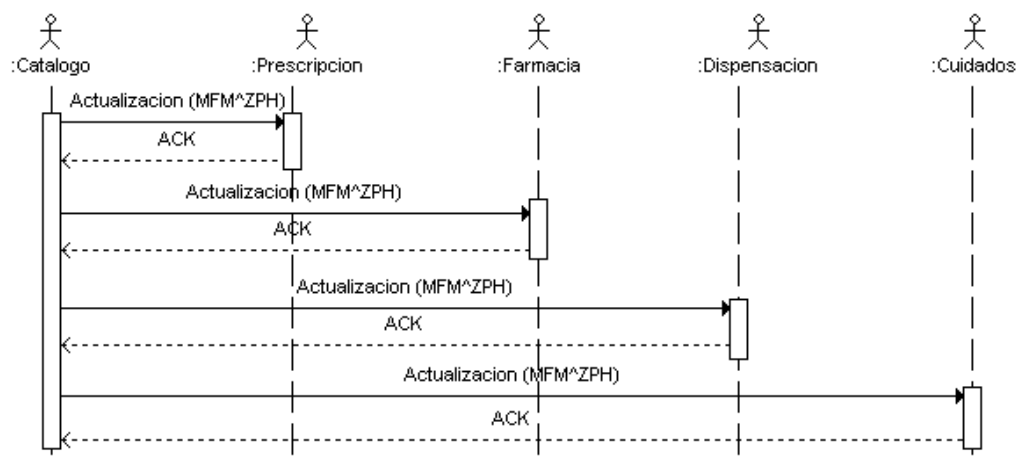
- Modificación de una orden: En el caso que un prescriptor realice una modificación a una orden validada, dicha modificación deberá ser también validada por el servicio de Farmacia. En ese caso el sistema de prescripción enviará un OMP al sistema FARMACIA, con el mismo identificador de prescripción marcándolo como modificación.
- Imposibilidad de realizar una administración: si desde enfermería, tras recoger la dispensación, no es posible realizar la administración, el fármaco se retornará a farmacia y el mensaje RAS deberá notificar el motivo del impedimento. Los

procedimientos de devolución física de los productos farmacéuticos no son motivo de esta guía.

- Reacciones a la medicación: si tras administrar un fármaco se detecta alguna incidencia, desde CUIDADOS se notificará de la situación a FARMACIA y a la estación PRESCRIPTORA, indicando la incidencia detectada.

- **Modificación de catálogo.**

En el caso que desde el sistema de catálogo se produzca una actualización, se envía la información actualizada a todos los sistemas:



4.2.2. ACK.

El comportamiento de las aplicaciones con respecto a los ACK se define en el documento de elementos comunes.

5. Definición estática de mensajes.

A continuación se define la estructura mínima exigida para los mensajes intercambiados. En base a las reglas de procesado de mensajes de HL7, un mensaje podrá contener más información que la que aquí se especifica sin violar el protocolo. Los sistemas, al recibir un mensaje sólo deberán procesar los datos que conozcan, ignorando el resto.

5.1. Mensaje OMP^O09 (Pharmacy/Treatment Order)

Mensaje utilizado para informar sobre una orden médica. En este escenario se entiende que una orden médica se refiere únicamente a un producto/compuesto/dieta/cuidado. En el caso que varias órdenes médicas deban ser identificadas en conjunto (como puede ocurrir en algunos tratamientos oncológicos), se utilizará el identificador de grupo para ello.

5.1.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva orden médica, por parte de la estación de prescripción.
- Solicitud de cambio (modificación/cancelación) de una prescripción ya existente.

5.1.2. Estructura.

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

<u>OMP^009^OMP_009</u>	<u>Pharmacy/treatment Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit		
	--- PATIENT_VISIT end		
[{ AL1 }]	Allergy Information	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
[{	--- TIMING begin	RE	[1..n]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
[{ TQ2 }]	Timing/Quantity Order Sequence	C	[0..n]
}]	--- TIMING end		
RX0	Pharmacy/Treatment Order	R	[1..1]
{[NTE]}	Notes and Comments (for RX0)		
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
[{	--- COMPONENT begin	C	[0..n]
RXC	Pharmacy/Treatment Component	R	[1..1]
}]	--- COMPONENT end		
[{	--- OBSERVATION begin	RE	[0..n]
OBX	Observation/Result	R	[1..1]
}]	--- OBSERVATION end		
}	--- ORDER 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, la ubicación en la que está, nº episodio asociado, etc.,
- Alertas [**AL1**]. Listado de las distintas alergias e intolerancias relativas a fármacos del paciente. Son especialmente interesantes las directamente basadas a principios activos al poder ser utilizadas por los sistemas de información para establecer niveles de actuación en función de éstas. El resto de alertas sólo podrán darse como

información al prescriptor/farmacéutico durante la fase de prescripción/revisión.

- Órdenes médicas. Cada orden se indica en un grupo ORDER. Cada uno de estos grupos contiene la siguiente información
 - Datos de la orden [ORC], con información sobre el identificador de la orden, y el estado de ésta.
 - Descripción del tratamiento y de su administración, en el segmento [RXO],
 - Comentarios y/o revisiones, en el segmento RXO.
 - Inicio y fin del tratamiento, periodicidad y repeticiones de cada administración, etc en el segmento [TQ1].
 - Coordinación con otras órdenes (si esta administración se debe realizar antes, durante o después de otra), en [TQ2].
 - Vía de administración en un segmento [RXR].
 - Si es necesario, la lista de componentes en un grupo COMPONENT, donde cada componente se expresa en un segmento [RXC].
 - Si es necesario indicar algún dato del paciente (peso, superficie corporal, etc.) cada uno se indica en un segmento [OBX].

5.1.2.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMP^O09^OMP_O09.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "ER" respectivamente.

5.1.2.2. Datos del paciente [PID].

El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes "Datos simplificados de paciente [PID]" indicado en el documento elementos comunes.

5.1.2.3. Datos de la estancia del paciente [PV1].

El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes "Información de la visita del paciente [PV1]" indicados en el apartado de segmentos comunes.

5.1.2.4. Alergias e intolerancias del paciente [AL1].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Alergias e intolerancias del paciente [AL1]", en la sección de segmentos comunes.

5.1.2.5. Petición [ORC].

El segmento ORC representa los datos principales de la orden médica, y contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Tipo de mensaje de orden
2		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema que prescribe
2.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema de PRESCRIPCIÓN
3		EI	R	[1..1]		Filler Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema de farmacia
3.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema de farmacia
4		EI	RE	[0..1]		Placer Group Number	
4.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de grupo de orden
4.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema de PRESCRIPCIÓN
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la orden
10		XCN	C	[0..1]		Entered By	Profesional que insertó la orden en el sistema
12		XCN	R	[1..1]		Ordering Provider	Profesional que realiza la prescripción
16		CE	RE	[0..1]		Order Control Code Reason	
16.2	100	ST	R	[1..1]		Text	Motivo de la orden médica
17		CE	C	[0..1]		Entering Organization	
17.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del servicio que prescribe
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del servicio que prescribe
17.3	20	ID	R	[1..1]	99SVC	Name Coding System	
17.4	20	ST	R	[1..1]		Alternate Identifier	Código del sub-servicio que prescribe
17.5	199	ST	R	[1..1]		Alternate Text	Descripción del sub-servicio que prescribe
17.6	20	ID	R	[1..1]	99SVC_ CODIG OCENT RO	Alternate Name Coding System	
21		XON	C	[0..1]		Ordering Facility Name	
21.1	50	ST	R	[1..1]		Organization Name	Nombre del centro que prescribe
21.10	10	ST	R	[1..1]	0362	Organization identifier	Código del centro que prescribe

- *Control de orden [ORC.1]:* Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:

ORC.1	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW	Nueva Orden Médica	La petición se ha generado.	PRESCRIPCIÓN → FARMACIA
RP	Ampliación de una Orden Médica	Se ha ampliado la información, pero no se ha modificado en ningún caso datos sobre el tratamiento (producto, posología, fechas). No necesita por tanto ser validada de nuevo en el sistema FARMACIA.	PRESCRIPCIÓN → FARMACIA
XO	Cambio en una Orden Médica	Se ha producido un cambio significativo en la orden médica. La orden debe ser validada de nuevo en el sistema de FARMACIA.	PRESCRIPCIÓN → FARMACIA
CA	Cancelación	Cancela la orden médica, así como todas las administraciones pendientes.	PRESCRIPCIÓN → FARMACIA
DC	Bloqueo	Desde el sistema de farmacia se bloquea una orden por una disconformidad o duda	FARMACIA → PRESCRIPCIÓN

- *Identificador único de la orden en el sistema que prescribe [ORC.2]:* El código de la prescripción por parte del sistema que ha lanzado la orden médica. Estará formado por dos campos:
 - o Identificador único [ORC.2.1] en el sistema que prescribe.
 - o Identificador único del sistema que prescribe [ORC.2.2].
- *Identificador único de la orden en el sistema de FARMACIA [ORC.3]:* El código de la prescripción por parte del sistema de FARMACIA. Estará formado por dos campos:
 - o Identificador único [ORC.3.1] en el sistema de FARMACIA.
 - o Identificador único del sistema de FARMACIA [ORC.3.2].
- *Identificador único del grupo de orden en el sistema que prescribe [ORC.4]:* En caso que sea necesario agrupar varias prescripciones, se utiliza un código único asignado por el sistema prescriptor para el conjunto de prescripciones.
 - o Identificador único [ORC.4.1] en el sistema que prescribe.

- o Identificador único del sistema que prescribe [ORC.4.2].
- *Fecha de la programación* [ORC.9]: Fecha en la que se ha realizado la orden.
- *Profesional que insertó la orden en el sistema* [ORC.10]: Datos del profesional que físicamente insertó la orden en el sistema. Este dato sólo es interesante por cuestiones de auditoría, y sólo se enviará si el sistema de programación dispone de la información. El formato en el que se indica es XCN.
- *Profesional que realiza la prescripción* [ORC.12]: Datos del médico que solicitó la orden (código, nombre, apellidos). El formato en el que se indica es XCN.
- *Motivo del cambio de orden* [ORC.16]: Razón del cambio de orden. Al no estar codificada, se envía en el campo CE.2. Este campo permite indicar:
 - o El motivo general (si existe) cuando un prescriptor cambia una orden.
 - o Cuando desde dispensación se rechaza o discontinúa una orden, este campo permitirá indicar el motivo principal (el detalle se enviará en el segmento NTE)

Este campo no se enviará si la orden es nueva (ORC.1='NW').

- *Servicio que prescribe* [ORC.17]: Este campo contiene la información del servicio al que pertenece el profesional responsable de la prescripción. Tanto el "maestro de servicio" identificado por la tabla de SACYL 99SVC (componentes 1 - 3), así como la definición local del centro (99SVCCODIGO_CENTRO), en los componentes 4 a 6.
- *Centro al que pertenece el profesional que prescribe* [ORC.21]. Este campo identifica el centro donde se ha realizado la prescripción. En el caso de complejos hospitalarios multi-centro permite identificar el ámbito de la prescripción.
 - o *Nombre del centro*: [ORC.21.1].
 - o *Código del centro* [ORC.21.10], en base a la tabla de centros codificada de SACYL, 0362.

5.1.2.6. Orden Médica [RXO].

Este segmento recoge la información del producto o servicio a aplicar al paciente, así como los detalles de cada una de las administraciones.

Nota: El campo RXO.24 es repetible, y el significado de cada repetición depende del valor del tercer componente.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	CE	R	[1..1]	99REMEDIOSH	Requested Give Code	Producto o servicio prescrito
1.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código del producto o servicio
1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Nombre del producto o servicio
1.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación
2	20	NM	R	[1..1]		Requested Give Amount - Minimum	Cantidad a dar en la administración
4	CE		R	[1..1]		Requested Give Units	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de unidades de RXO.2
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción unidades RXO.2
4.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
5	CE		C	[0..1]		Requested Dosage Form	
5.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de forma farmacéutica
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de forma farmacéutica
5.3	20	ID	R	[1..1]	99RDHCU	Name Coding System	
6	CE		C	[0..n]		Provider's Pharmacy/Treatment Instructions	
6.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Instrucciones a farmacia
7	CE		C	[0..n]		Provider's Administration Instructions	
7.2	199	ST	R	[1..1]	0136	Text	Instrucciones de administración
16	1	ID	R	[1..1]		Needs Human Review	Indicador de atención especial
20	CE		RE	[0..n]		Indication	
20.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	Código diagnóstico
20.2	199	ST	R	[1..1]	I9C	Text	Descripción diagnóstico
20.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	Sistema de codificación
21	6	ST	C	[0..1]		Requested Give Rate Amount	Tasa de administración
22	CE		C	[0..1]		Requested Give Rate Units	
22.1	20	ST	R	[1..1]	ISO+	Identifier	Código de unidades de RXO.21
22.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción unidades RXO.21
22.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
24[1]	CE		R	[1..1]		Supplementary Code	
24.1	20	ST	C	[0..1]	99RDHPA	Identifier	Código de principio activo
24.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción principio activo
24.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
24[2]	CE		C	[0..1]		Supplementary Code	
24.1	20	ST	R	[1..1]	99PRTOFA_CODIG OCENTRO	Identifier	Código de protocolo
24.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción protocolo
24.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
27	10	ID	R	[1..1]	0480		Tipo de orden de farmacia

Datos generales de la orden:

- *Código del sistema o servicio prescrito* [RXO.1] Indica el producto a aplicar, y en función de si está codificado o no se informará de los siguientes componentes:
 - o CE.1 Código del producto (si es posible codificarlo). La única codificación admitida es REMEDIOS-H.
 - o CE.2 Descripción del producto. En caso que el producto no vaya codificado se utiliza este campo para describir todo su contenido.
 - o CE.3 Catálogo usado para codificar el producto. Será "99REMEDIOSH".

En caso que se trate de una mezcla o disolución para la que no exista una codificación en su conjunto, el campo CE.2 contendrá el código 'COMPUESTO' y CE.1 y CE.2 no se codificarán (la definición de los componentes y sus proporciones se hará en los segmentos RXC del mensaje).

- *Forma farmacéutica* [RXO.5], Si la orden se trata de un fármaco, es obligatorio indicar la forma farmacéutica del contenido, codificada a través del catálogos de formas expresado como "99RDHCU".
- *Instrucciones a FARMACIA* [RXO.6], Instrucciones adicionales destinadas al servicio de Farmacia. Al no existir ninguna codificación, estas instrucciones se envían en el campo CE.2. El campo es repetible, por lo que puede aparecer tantas veces como instrucciones distintas se quieran expresar. En el caso que esta instrucción sea importante se aconseja marcar el campo RXO-16 para reflejar este hecho.
- *Indicador de atención especial* [RXO.16], Este campo permite informar si el campo RXO-6 lleva datos de especial interés. Se codifica como "Y/N" en la tabla 0136.

Tabla HL7 0136 Tabla Sí/No simple

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Y	Existe información en el campo RXO-6
N	No hay información de especial interés (valor por defecto)

- *Diagnósticos asociados* [RXO.20] Descripción de los diagnósticos asociados a la orden (cada diagnóstico se describe en un campo RXO.20) En función de si el diagnóstico está codificado –en CIE9MC-, se expresa en los campos CE.1, CE.2 y CE.3 (CE.3 con valor 'I9C'). En caso que no esté codificado, sólo se envía la descripción en el CE.2.
- *Tipo de orden farmacéutica* [RXO.27] Indica el tipo de orden, descrito en la tabla HL7 0480. La tabla está descrita en la sección de elementos comunes del documento.
- *Principio Activo* [RXO.24]) En el caso que tenga sentido (si no es un cuidado de enfermería), el principio activo codificado a través del catálogo de principios activos de Remedios-H. En el caso que dicho principio no exista como tal en el catálogo (por ejemplo, por referirse a una mezcla), se indicará la descripción en el campo RXO.24.2,

dejando vacío el 1º componente del tipo de dato (RXO.24.1).

El campo RXO.24 permite especificar otra información. La repetición del campo RXO.24 que informe sobre el principio activo deberá indicar en su 3º componente que está usando el catálogo de principios activos “99RDHPA”.

- *Protocolo [RXO.24]*. En caso que el tratamiento esté basado en un protocolo, una repetición del campo RXO.24 tendrá su tercer componente indicando la tabla de protocolos del centro (“99PRTOFA_CODIGOCENTRO”) y el primer y segundo componente indicarán el código y la descripción de dicho protocolo.

Descripción del tratamiento. Los campos relativos a los detalles de cada administración son:

- *Instrucciones de administración [RXO.7]*, Instrucciones adicionales para su administración, destinadas al paciente o al servicio de Enfermería. Al no existir ninguna codificación, estas instrucciones se envían en el campo CE.2. El campo es repetible, por lo que puede aparecer tantas veces como instrucciones distintas se quieran expresar.
- *Cantidad a administrar [RXO.2] y [RXO.4]*) La cantidad prescrita en cada dosis será la expresada en [RXO.2], [RXO.4]: La cantidad numérica se indica en el RXO.2 y la las unidades en las que está expresada esta cantidad en el RXO.4.

Este campo no es una duplicación del segmento TQ1 (Timing/Quantity). La cantidad reflejada en el TQ1 describe la cuantía que debe ser distribuida en cada servicio. Un valor de 1 en el TQ1 siempre se refiere a 1 administración de la cantidad especificada en el RXO.2.

- La cantidad numérica se define en el campo RXO.2
- Las unidades en las que están descritas, en el RXO.4.
Estas unidades (sobres, capsulas, inyectables, etc.) se codifican a través de Unidades de Dosificación del catálogo REMEDIOSH (CE.3=99RDHCU).
En caso de necesitar expresarse estas unidades como masa o volumen (mg, ml, etc.), se codificarán usando ISO+.

Existen algunas matizaciones en función del elemento prescrito:

- *En caso que se trate de una fórmula*. En el caso de ser un producto compuesto, la información de la composición del mismo estará definida en los segmentos RXC del mensaje. Sin embargo, la cantidad a administrar en cada aplicación del tratamiento se deberá indicar también (la cantidad en RXO.2 y las unidades en ISO+ en RXO.4).
- *Si la vía de administración es de tipo perfusión*, la cantidad será la mínima administrada durante la duración del tratamiento (E:j si son 10 mg/min y la duración mínima es 1 hora RXO.2 tendrá valor 60 y RXO.4 “mg”).

En este caso, además los campos RXO.21 y RXO.22 indicarán la velocidad de

perfusión.

- *En el caso de un Cuidado de Enfermería:* RXO.2 indicará “1” y RXO.4.2 indicará “APLICACIÓN” estando RXO.4.1 y RXO.4.3 vacíos.
- *Tasa de administración [RXO.21] y [RXO.22]* En caso que el tratamiento a administrar sea por vía de perfusión, estos campos permiten indicar la velocidad de perfusión en cada administración (Ejemplo: 15 ml/segundo).
 - La cantidad numérica se indica en RXO.21.
 - Las unidades se expresan en RXO.22, a través de la tabla ISO+.

Ejemplos

- Orden en text:

“Paracetamol, 500 mg con cada comida”	<pre> <RXO> <RXO.1 LongName="Requested Give Code"> <CE.2>Paracetamol, 500 mg con cada comida</CE.2> </RXO.1> <RXO.16 LongName="Needs Human Review">N</RXO.16> </RXO> </pre>

- Orden completamente codificada:

“Paracetamol, 500 mg con cada comida”	<pre> <RXO> <RXO.1 LongName="Requested Give Code"> <CE.1>669812</CE.1> <CE.2>ESPIDIFEN 600MG/SOBRE 20 SOBRES GRANULADO</CE.2> <CE.3>99REMEDIOS</CE.3> </RXO.1> <RXO.2 LongName="Requested Give Amount - Minimum">1</RXO.2> <RXO.16 LongName="Needs Human Review">N</RXO.16> <!-- Medicación genérica --> <RXO.27 LongName="Pharmacy Order Type">M</RXO.27> </RXO> </pre>

- Orden intravenosa (codificada totalmente):

“solución de glucosa al 5% 10 ml/seg”	<pre> <RXO> <RXO.1 LongName="Requested Give Code"> <CE.1>681049</CE.1> <CE.2>GLUCOSA 5% BIOMENDI 250ML SOLUCION</CE.2> <CE.3>99REMEDIOS</CE.3> </RXO.1> <RXO.16 LongName="Needs Human Review">N</RXO.16> <RXO.21 LongName="Requested Give Rate Amount">10</RXO.21> <RXO.22 LongName="Requested Give Rate Units"> <CE.1>ml/s</CE.1><CE.2>ml/s</CE.2><CE.3>ISO+</CE.3> </RXO.22> <RXO.27 LongName="Pharmacy Order Type">S</RXO.27> </RXO> </pre>

5.1.2.7. Comentarios a la Orden Médica [NTE].

Este segmento recoge las posibles observaciones y comentarios asociados a la orden médica. Permite recoger las posibles revisiones de una orden médica desde el departamento de

Farmacia. Se describe en el apartado de segmentos comunes.

5.1.2.8. Vía de administración [RXR].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Vía de administración RXR”.

5.1.2.9. Descripción de componente [RXC].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Descripción de componente [RXC]”.

5.1.2.10. Observaciones [OBX].

Contiene un dato clínico relevante para la prestación que se ha solicitado. El tipo de dato estará codificado acorde al catálogo de datos clínicos de la Comunidad.

Debido a la distinta naturaleza de los resultados (numéricos, tabulados, etc.) el tipo de dato dependerá de lo que se esté indicando, y vendrá indicado en el campo OBX.2.

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]		Value Type	Tipo de dato a enviar
3		CE	R	[1..1]		Observation Identifier	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de observación
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de observación.
3.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del tipo de observación
5	Depende OBX.2		R	[1..1]		Observation Value	Valor de la observación
11	1	ID	R	[1..1]	F	Observation Result Status	Estado de la observación

- 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 [OBX.2] Indica el tipo de dato del campo OBX.5. “NM” para los numéricos, “CE” para los tabulados, etc.
- Tipo de resultado enviado [OBX.3] Dato que se está enviando, codificado en la tabla de datos clínicos.

Debe corresponder al catálogo de datos clínicos usado por el SACYL.

Para este escenario se han definido los siguientes datos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE DATO EN OBX.5
272102008	Superficie corporal (cm ²)	OBX.2="NM" Indica la superficie corporal en cm ²
248328003	Peso (en Kg)	OBX.2="NM" Indica el peso en Kg.
717-9	Niveles de Hemoglobina (Hb) en sangre	OBX.2="CNE" Tabla (Si/No extendida)
42399005	Indicador de Insuficiencia renal	OBX.2="CNE" Tabla (Si/No extendida)
2160-0	Creatinina sérica	OBX.2="NM" Resultado
33558-8	Aclaramiento de Creatinina	OBX.2="NM" Resultado
570	Indicador de Insuficiencia hepática	OBX.2="CNE" Tabla (Si/No extendida)
289908002	Indicador de Embarazo	OBX.2="CNE" Tabla (Si/No extendida)
	Indicador de Lactancia	OBX.2="CNE" Tabla (Si/No extendida)

- Valor del dato [OBX.5] Contendrá el valor del dato clínico enviado, en el formato que indique el campo OBX.2
- Valor del dato [OBX.11] Estado de la observación. Su valor será "F"

5.1.2.11. Posología [TQ1].

El uso de este segmento es idéntico al definido en el apartado de segmentos comunes.

5.1.2.12. Coordinación [TQ2].

El uso de este segmento es idéntico al definido en el apartado de segmentos comunes.

5.2. Mensaje ORP^O10 (Pharmacy/Treatment Order Acknowledgment).

Este mensaje es enviado desde el sistema de FARMACIA, en el caso que sea imposible

procesar una petición indicada en un mensaje OMP^O09.

5.2.1. Evento disparador.

Si desde FARMACIA se detecta una incompatibilidad en la programación.

5.2.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>ORP^O10^ORP_O10</u>	<u>Description</u>	<u>Status</u>	<u>Chapter</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER end		
	--- RESPONSE end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original. En principio se omiten los segmentos específicos de farmacia (RXO, etc.) ya que es la petición completa la que se rechaza.

Los segmentos PID y ORC serán copia de los enviados en la petición original.

5.2.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ORP^O10^ORP_O10.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "NE" respectivamente.

5.2.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes.

5.2.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “UA” (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser “CA” (Petición cancelada)

5.2.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Detalles de aceptación [MSA]”, en el documento de elementos comunes de la mensajería HL7 de Sacyl.

5.2.2.5. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Descripción del Error [ERR]”, en el documento de elementos comunes de la mensajería HL7 de Sacyl..

5.3. *Mensaje RDE^O11 (Pharmacy/Treatment Encoded Order)*

Mensaje utilizado para comunicar un tratamiento farmacéutico completamente codificado y definido.

5.3.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de un nuevo tratamiento, por parte de la oficina de farmacia.
- Notificación de un cambio (modificación/cancelación) de un tratamiento ya existente.

5.3.2. Estructura.

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

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, la ubicación en la que está, nº episodio asociado, etc.,
- Alertas [AL1]. Listado de las distintas alergias e intolerancias relativas a fármacos del paciente. Son especialmente interesantes las directamente basadas a principios activos.

- Órdenes médicas Validadas. Cada orden de prescripción codificada de un paciente se indica en un grupo ORDER. Cada uno de estos grupos contiene la siguiente información
 - Datos de la orden [ORC], con información sobre la orden: sus identificadores, validadores, estado, etc. Permite vincular la orden validada con la orden médica original.
 - Descripción del tratamiento y de su administración., en el segmento [RXE],
 - Inicio y fin del tratamiento, periodicidad y repeticiones cada administración, etc. en [TQ1].
 - Coordinación con otras órdenes (si esta administración se debe realizar antes, durante o después de otra), en [TQ2].
 - Vía de administración en un segmento [RXR].
 - Si es necesario, la lista de componentes en una serie de segmentos [RXC].
 - Si es necesario indicar algún dato del paciente (peso, superficie corporal, etc.) cada uno se indica en un segmento [OBX].

<u>RDE^O11^RDE_011</u>	<u>Pharmacy/Treatment Encoded Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT begin	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT_VISIT end		
[{ AL1 }]	Allergy Information	RE	[0..n]
	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
RXE	Pharmacy/Treatment Encoded Order	R	[1..1]
{	--- TIMING_ENCODED begin	R	[1..n]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
[{ TQ2 }]	Timing/Quantity Order Sequence	C	[0..n]
}	--- TIMING_ENCODED end		
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
[{ RXC }]	Pharmacy/Treatment Component (for RXE)	C	[0..n]
[{	--- OBSERVATION begin	RE	[0..n]
OBX	Observation/Result	R	[1..1]
}]	--- OBSERVATION end		
}	--- ORDER end		

5.3.2.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RDE^O11^RDE_011.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

5.3.2.2. Datos del paciente [PID].

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

5.3.2.3. Datos de la estancia del paciente [PV1].

El uso del segmento PV1 es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Información de la visita del paciente [PV1]” indicados en el apartado de segmentos comunes.

5.3.2.4. Alergias e intolerancias del paciente [AL1].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Alergias e intolerancias del paciente [AL1]”, en la sección de segmentos comunes.

5.3.2.5. Petición [ORC].

El segmento ORC representa los datos principales de la orden médica. Contiene los siguientes campos:

- *Control de orden* [ORC.1]: Se *usan* los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:

ORC.1	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW	Nueva Orden Médica Validada	Se ha generado una orden médica validada sin que exista una orden médica electrónica previa (por ejemplo, cuando se transcribe una)	FARMACIA → PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN CUDADOS,
RE	Orden médica validada.	Se ha generado una orden médica validada a partir de una orden médica electrónica previa (OMP^O09)	FARMACIA → PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN CUDADOS,
RP	Ampliación de una Orden Médica	Se ha ampliado la información del tratamiento (sin afectar al tratamiento). (Debido a una decisión en FARMACIA o a la solicitud desde el sistema de PRESCRIPCIÓN)	FARMACIA → PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN CUDADOS,
XO	Cambio en una Orden Médica	Se ha producido un cambio significativo en la orden médica. (Debido a una decisión en FARMACIA o a la solicitud desde el sistema de PRESCRIPCIÓN)	FARMACIA → PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN CUDADOS,
CA	Cancelación	Se debe cancelar la programación de tratamiento asociada a la orden. (Debido a una decisión en FARMACIA o a la solicitud desde el sistema de PRESCRIPCIÓN)	FARMACIA → PRESCRIPCIÓN, DISPENSACIÓN CUDADOS,

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Order Control
2		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema que prescribe
2.2	20	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema que prescribe
3		EI	R	[1..1]		Filler Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema de farmacia
3.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema de farmacia
4		EI	R	[1..1]		Placer Group Number	
4.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema de farmacia
4.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema de farmacia
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la petición
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la petición
10		XCN	C	[0..1]		Entered By	Profesional que insertó la orden en el sistema
11		XCN	C	[0..1]		Verified By	Profesional que verificó la orden
12		XCN	R	[1..1]		Ordering Provider	Profesional que realiza la prescripción
16		CE	RE	[0..1]		Order Control Code Reason	
16.2	100	ST	R	[1..1]		Text	Motivo de la orden médica
17		CE	C	[0..1]	99SVC	Entering Organization	
17.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del servicio que prescribe
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del servicio que prescribe
17.3	20	ID	R	[1..1]	99SVC	Name Coding System	Sistema de codificación de los servicios
21		XON	C	[0..1]		Ordering Facility Name	
21.1	50	ST	R	[1..1]		Organization Name	Nombre del centro que prescribe
21.10	10	ST	R	[1..1]	0362	Organization identifier	Código del centro que prescribe

- *Identificador único de la orden en el sistema que prescribe [ORC.2]:* En caso que exista, el código de la prescripción electrónica por parte del sistema PRESCRIPCIÓN (que ha lanzado la orden médica). Estará formado por dos campos:

- o Identificador único [ORC.2.1] en el sistema que prescribe.
 - o Identificador único del sistema que prescribe [ORC.2.2].
- *Identificador único de la orden en el sistema de farmacia* [ORC.3]: Contendrá el código de la programación por parte del sistema de farmacia. Estará formado por dos campos:
 - o Identificador único [ORC.3.1] en el sistema de farmacia.
 - o Identificador único del sistema de farmacia [ORC.3.2].
- *Identificador único de grupo* [ORC.4]: En el caso que la prescripción corresponda a un grupo de prescripciones, el sistema PRESCRIPCIÓN puede utilizar este campo para agruparlas:
 - o Identificador único [ORC.4.1] en el sistema PRESCRIPCIÓN.
 - o Identificador único del sistema PRESCRIPCIÓN [ORC.4.2].
- *Fecha de la programación* [ORC.9]: Fecha en la que se ha realizado la orden validada (no la orden médica origina).
- *Profesional que insertó la orden validada en el sistema* [ORC.10]: Datos del profesional que físicamente insertó la orden en el sistema. Este dato sólo es interesante por cuestiones de auditoría, y sólo se enviará si el sistema de programación dispone de la información. El formato en el que se indica es XCN.
- *Profesional que verificó la orden* [ORC.11] En caso que se haya producido, se envía en este campo los datos del profesional que ha validado la programación.
- *Profesional que realiza la prescripción* [ORC.12]: Datos del médico que solicitó la orden (código, nombre y apellidos). El formato en el que se indica es XCN.
- *Motivo de la orden* [ORC.16]: Razón de la solicitud. Al no estar codificada, se envía en el campo CE.2. Este campo informa del motivo de cancelación (en el caso que ORC.1 indique una cancelación o solicitud de cancelación).
- *Servicio que prescribe* [ORC.17]: Este campo contendrá la información del servicio al que pertenece el profesional responsable de la prescripción, identificado por la tabla de SACYL 99SVC (componentes 1 - 3), así como por la tabla local del centro (99SVCCODIGO_CENTRO), en los componentes 4 a 6. .
- *Centro al que pertenece el profesional que prescribe* [ORC.21]. En los complejos hospitalarios multi-centro permitirá identificar el centro al que está asociada la prescripción:
 - o *Nombre del centro:* [ORC.21.1].
 - o *Código del centro* [ORC.21.10], en base a la tabla de centros de SACYL, 0362.

5.3.2.6. Orden Médica Validada [RXE].

El segmento RXE es el núcleo de información del mensaje. Contiene la Orden médica validada y completamente codificada, de forma que pueda ser entendida tanto por un sistema de dispensación automática como por uno de cuidados.

Es prácticamente idéntico al segmento RXO.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
2	250	CE	R	[1..1]	99REMEDIOSH	Give Code	Código del producto o servicio a administrar Descripción del producto o servicio a administrar Sistema de codificación Cantidad en cada administración Código unidades RXE.3 Descripción unidades RXE.3 Sistema de codificación
2.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
2.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
3	20	NM	R	[1..1]		Give Amount - Minimum	
5	CE		R	[1..1]		Give Units	
5.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
5.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	
6	CWE		C	[0..n]	ISO+ 00321	Give Dosage Form	Código de forma Descripción de forma Instrucciones a CUIDADOS Identificador único de la prescripción desde el sistema de farmacia Necesita atención especial Instrucciones a DISPENSACIÓN
6.1	20	ST	C	[0..1]	99RDHCU	Identifier	
6.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
6.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	
7	CE		RE	[0..n]		Provider's Administration Instructions	
7.1	199	ST	R	[1..1]	0136	Text	
15	20	ST	R			Prescription Number	
20	1	ID	R	[1..1]		Needs Human Review	
21	CE		R			Pharmacy/Treatment Supplier's Special Dispensing Instructions	
21.1	199	ST	R	[1..1]		Text	
22	20	ST	C	[0..1]		Give Per (Time Unit)	
23	6	ST	C	[0..1]		Give Rate Amount	
24	250	CE	C	[0..1]		Give Rate Units	
24.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
24.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
24.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Código del producto o servicio a administrar Descripción del producto o servicio a administrar Sistema de codificación
27	CE		C	[0..n]		Give Indication	

SEQ	LEN	DT	OPT	RPI/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
27.1	199	ST	R	[1..1]		Text	Instrucciones a CUIDADOS
31		CE	R	[1..1]		Supplementary Code	
31.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	Código principio activo
31.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción principio activo
31.3	20	ID	R	[1..1]	99RDHPA	Name Coding System	
31[2]		CE	R	[1..1]		Supplementary Code	
31.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	Código protocolo
31.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción protocolo
31.3	20	ID	R	[1..1]	99PRTOFA_CODIG OCENTRO	Name Coding System	
44	1	ID	R	[1..1]	0480	Pharmacy Order Type	Tipo orden

Datos generales de la orden:

- o CE.1 Código del producto (si es posible codificarlo). La única codificación admitida es REMEDIOS-H.
- o CE.2 Descripción del producto. En caso que el producto no vaya codificado se utiliza este campo para describir todo su contenido.
- o CE.3 Catálogo usado para codificación: "99REMEDIOSH".

En caso que se trate de una mezcla o disolución para la que no exista una codificación en su conjunto, el campo CE.2 contendrá el código 'COMPUESTO' y CE.1 y CE.2 no se codificarán (la definición de los componentes y sus proporciones se hará en los segmentos RXC del mensaje).

- *Forma farmacéutica [RXE.6]*, Indica la forma farmacéutica del contenido. Este campo sólo tiene sentido cuando se esté prescribiendo un fármaco (y no una atención de cuidados). Se utiliza la tabla la tabla específica de REMEDIOS-H expresado como "99RDHCU".
- *Instrucciones a FARMACIA [RXE.7]*, Instrucciones adicionales destinadas al servicio de Farmacia. Al no existir ninguna codificación, estas instrucciones se envían en el campo CE.2. El campo es repetible, por lo que puede aparecer tantas veces como instrucciones distintas se quieran expresar. En el caso que esta instrucción sea importante se aconseja marcar el campo RXE.20 para reflejar este hecho.
- *Identificador único de prescripción [RXE.15]*, Identificador único de la prescripción por el sistema FARMACIA. Debe ser idéntico al ORC.3.1.
- *Indicador de atención especial [RXE.20]*, Este campo permite informar si el campo RXE.7 lleva datos de especial interés. Se codifica como "Y/N" en la tabla 0136.

Tabla HL7 0136Tipo de Sustituciones permitidas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Y	Existe información relevante en el campo RXE.7
N	No hay información de especial interés (valor por defecto)

- *Instrucciones a DISPENSACIÓN [RXE.21]*, Instrucciones adicionales destinadas al sistema de DISPENSACIÓN, o a tener en cuenta por CUIDADOS al recoger la medicación. Al no existir ninguna codificación, estas instrucciones se envían en el campo CE.2. El campo es repetible, por lo que puede aparecer tantas veces como instrucciones distintas se quieran expresar
- *Diagnósticos asociados [RXE.27]* Descripción de los diagnósticos asociados a la orden (cada diagnóstico se describe en un campo RXE.27. En función de si el diagnóstico está codificado –en CIE9MC–, se expresa en los campos CE.1, CE.2 y CE.3 (CE.3 con valor 'I9C'). En caso que no esté codificado, sólo se envía la descripción en el CE.2.
- *Principio Activo [RXE.31]* En el caso que tenga sentido (si no es un cuidado de enfermería), el principio activo codificado a través del catálogo de principios activos de Remedios-H. En el caso que dicho principio no exista como tal en el catálogo (por ejemplo, por referirse a una fórmula), se indicará la descripción en el 2º campo, dejando vacío el 1º componente del tipo de dato. El valor del 3º componente debe enviarse siempre.

Este elemento, es el equivalente al RXO.24 en el caso que exista orden médica electrónica previa.

- *Protocolo [RXE.31]*. En caso que el tratamiento esté basado en un protocolo, una repetición del campo RXO.31 tendrá su tercer componente indicando la tabla de protocolos del centro ("99PRTOFA_CODIGOCENTRO") y el primer y segundo componente indicará el código y la descripción de dicho protocolo. Este elemento, es el equivalente al RXO.24 en el caso que exista orden médica electrónica previa.
- *Tipo de orden farmacéutica [RXE.44]* Indica el tipo de orden, descrito en la tabla HL7 0480. La tabla se describe en la sección de elementos comunes del documento. Si existe orden médica electrónica, este campo es copia del RXO.27.

Descripción del tratamiento. Los campos relativos a los detalles de cada administración son:

- *Instrucciones de administración [RXE.7]*, Instrucciones adicionales para su administración, destinadas al paciente o al servicio de Enfermería. Al no existir ninguna codificación, estas instrucciones se envían en el campo CE.2. El campo es repetible, por lo que puede aparecer tantas veces como instrucciones distintas se quieran expresar.

En el caso que esta instrucción sea importante se aconseja marcar el campo RXE.20 para reflejar este hecho.

- *Cantidad a administrar [RXE.3] y [RXE.5]* La cantidad numérica en cada dosis se indica en [RXE.5], mientras que las unidades en [RXE.6]:

Este campo no es una duplicación del segmento TQ1 (Timing/Quantity). La cantidad reflejada en el TQ1 describe la cuantía que debe ser distribuida en cada servicio. Un

valor de 1 en el TQ1 siempre se refiere a 1 administración de la cantidad especificada en el RXE.5.

- La cantidad numérica se define en el campo RXE.3
- Las unidades en las que están descritas, en el RXE.5.

En el caso que la forma de administración no sea una unidad del S.I, sino que se refiera a la forma farmacéutica (sobres, capsulas, inyectables, etc.) se expresará a través de Unidades de REMEDIOSH (CE.3=99RDHCU).

En caso de necesitar expresarse estas unidades como masa o volumen (mg, ml, etc.), se codificarán usando ISO+.

En función del tipo de prescripción existe alguna indicación adicional:

- *En caso que se trate de una fórmula:* al tratarse de un producto compuesto, la información de la composición del mismo estará definida en los segmentos RXC del mensaje. Sin embargo, la cantidad a administrar en cada aplicación del tratamiento se deberá indicar también (la cantidad en RXE.3 y las unidades en ISO+ en RXO.5).
 - *Si se trata de una infusión* por vía intravenosa/arterial, la cantidad será la mínima administrada durante la duración del tratamiento (Ej: si son 10 mg/min y la duración mínima es 1 hora RXE.3 tendrá valor 60 y RXE.5 “mg”). Además la velocidad de perfusión se indicará en los campos RXE.23 y RXE.24.
 - *En el caso de un Cuidado de Enfermería:* RXE.3 indicará “1” y RXE.5.2 indicará “APLICACIÓN” estando RXE.5.1 y RXE.5.3 vacíos.
- o *Tasa de administración [RXE.23] y [RXE.24]* En caso que el tratamiento a administrar sea por vía infusión intravenosa/arterial, estos campos permiten indicar la tasa de administración en cada administración (Ejemplo: 15 ml/segundo).
- La cantidad numérica se indica en RXE.23.
 - Las unidades se expresan en RXE.24, a través de la tabla ISO+.

5.3.2.7. Vía de administración [RXR].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Vía de administración RXR”.

5.3.2.8. Descripción de componente [RXC].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Descripción de componente [RXC]”.

5.3.2.9. Observaciones [OBX].

Contiene un dato clínico relevante para la prestación que se ha solicitado. El tipo de dato estará codificado acorde al catálogo de datos clínicos de la Comunidad.

El segmento está descrito en el mensaje OMP^O09.

5.3.2.10. Posología [TQ1].

El uso de este segmento es idéntico al definido en el apartado de segmentos comunes.

5.3.2.11. Coordinación [TQ2].

El uso de este segmento es idéntico al definido en el apartado de segmentos comunes.

5.4. Mensaje RRE^O12 (Pharmacy/Treatment Encoded Order Acknowledgment).

Este mensaje es enviado desde el sistema de CUIDADOS o DISPENSACIÓN, en el caso que sea imposible procesar una petición indicada en un mensaje RDE^O11.

5.4.1. Evento disparador.

Si desde CUIDADOS o DISPENSACIÓN se detecta una incompatibilidad en la programación, se envía este mensaje.

5.4.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

--- RESPONSE end

<u>RRE^O12^RRE_012</u>	<u>Pharmacy/Treatment Encoded Order Acknowledgment Message</u>	<u>Status</u>	<u>Chapter</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER end		
	--- RESPONSE end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original. En principio se omiten los segmentos específicos de farmacia (RXO, etc.) ya que es la petición completa la que se rechaza.

Los segmentos PID y ORC serán copia de los enviados en la petición original.

5.4.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RRE^O12^RRE_O12.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "NE" respectivamente.

5.4.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes "Datos simplificados de paciente".

5.4.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser "UA" (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser "CA" (Petición cancelada)

5.4.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Detalles de aceptación [MSA]", en la sección de segmentos comunes.

5.4.2.5. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Descripción del Error[ERR]", en la sección de segmentos comunes.,

5.5. *Mensaje RDS^O13 (Pharmacy/Treatment Dispense Message*

Mensaje utilizado para notificar la dispensación de una cantidad de fármacos desde un sistema dispensador

5.5.1. Evento disparador.

Este mensaje se genera al cabo de una dispensación.

5.5.2. Estructura.

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

<u>RDS^013^RDS_013</u>	<u>Pharmacy/Treatment Dispense Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Card</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
[	--- PATIENT begin	RE	[0..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
[	--- PATIENT_VISIT begin	RE	[0..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
]	--- PATIENT_VISIT end		
]	--- PATIENT end		
{	--- ORDER begin	R	[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
RXD	Pharmacy/Treatment Dispense	R	[1..1]
[{ RXC }]	Pharmacy/Treatment Component	C	[0..n]
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
[FT1]	Financial Transaction segment	R	[1..1]
}	--- ORDER end	R	[0..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 paciente (si se conoce) en el segmento **[PID]**, y del episodio al que está asociada la dispensación en el segmento **[PV1]**.
- Datos de prioridad **[TQ1]**, indicará cuándo debe comenzar la programación.
- Datos de la dispensación. Los datos relativos a cada dispensación se indicarán en un grupo ORDER. Este grupo contendrá la siguiente información:
 - a. Datos de la solicitud **[ORC]**, con información sobre el identificador de la orden original, así como su estado.
 - b. Datos de la dispensación. Se indican en el segmento **[RXD]**.
 - c. Datos de la vía de administración En el segmento **[RXR]**.
 - d. Si la dispensación es de un compuesto y se han dispensado los componentes individuales, se informa de ellos a través de una serie de elementos **[RXC]**.
 - e. Los detalles de gestión, si procede, se describen en el segmento **[FT1]**.

5.5.2.1. Cabecera del mensaje **[MSH]**.

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMD^O03^OMD_O03.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

5.5.2.2. Datos del paciente [PID].

Si el sistema dispensador tiene esta información, enviará en este segmento la información del paciente, tal y como se indica en el apartado de segmentos comunes.

5.5.2.3. Datos de la visita [PV1].

Si el sistema dispensador tiene esta información, enviará en este segmento el tipo de paciente (ingresado o externo) y los datos del episodio bajo el que se ha realizado la dispensación.

5.5.2.4. Petición [ORC].

El segmento ORC representa los datos principales de la orden médica, y contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	RE	Order Control	Control de orden
2	199	EI	R	[1..1]		Placer Order Number	Identificador único de la orden para el sistema que prescribe
2.1		ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
2.2		IS	R			Namespace ID	
3	199	EI	R	[1..1]		Placer Order Number	Identificador único de la orden para el sistema de farmacia
3.1		ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
3.2		IS	R			Namespace ID	
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la orden de dispensación
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la orden

- *Control de orden [ORC.1]:* Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Para las DISPENSACIÓN es el estado es “RE”:
- *Identificador único de la orden en el sistema que prescribe [ORC.2]:* El código de la programación por parte del sistema que ha lanzado la orden médica. Estará formado por dos campos:
 - o Identificador único [ORC.2.1] en el sistema que prescribe.
 - o Identificador único del sistema que prescribe [ORC.2.2].
- *Estado de la orden de dispensación [ORC.5]* Indica el estado de la orden desde el punto de vista del sistema de dispensación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
IP	Orden en progreso
CM	Orden completada
CA	Orden cancelada

- *Fecha de la programación [ORC.9]:* Fecha en la que se ha realizado la orden.

5.5.2.5. Dispensación [RXD].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card.	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	4	NM	R	[1..1]	0292	Dispense Sub-ID Counter	Código del producto administrado
2		CE	R	[1..1]		Dispense/Give Code	
2.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
2.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	
3	26	TS	R	[1..1]		Date/Time Dispensed	
4	20	NM	R	[1..1]		Actual Dispense Amount	
5		CE	R	[1..1]		Actual Dispense Units	
5.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
5.3	20	ID	R	[1..1]	99RDHCU	Name Coding System	Descripción unidades RXD.4
7	20	ST	R	[1..1]	0321	Prescription Number	
10		XCN	RE	[0..1]		Dispensing Provider	
18	20	ST	RE	[0...n]		Substance Lot Number	
24	2	ID	R	[1..1]		Dispense Package Method	
27		CE	RE	[0..1]		Packaging/Assembly Location	
27.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	
27.2	199	ST	R	[1..1]		Text	
27.3	20	ID	R	[1..1]	99FARMDIS P_CODCENT RO	Name Coding System	

- *Número de dispensación* [RXD.1] Contador de la dispensación. Comienza en 1, y por cada dispensación se incrementa.
- *Producto dispensado* [RXD.2]. Indica el producto que se ha dispensado (al ser un identificador de dispensación sólo puede ser un producto). El producto estará codificado bajo el código de REMEDIOS.
- *Fecha de dispensación* [RXD.3] Fecha y hora en la que el producto fue dispensado.
- *Cantidad dispensada* [RXD.4], [RXD.5] Indica la cantidad dispensada.
 - o La cantidad numérica se indica en RXD.4.
 - o Las unidades en las que está expresada la cantidad se indican [RXD.5]. Si se tratan de las unidades por defecto del envase (cápsulas, etc.) se codifica a través de la tabla 99RDHCU (CE.2=UNIDADES) A través de esta tabla también se puede codificar la dispensación de un envase completo (CE.2=ENVASE) Sin embargo, si la cantidad dispensada debe expresarse en unidades de masa o volumen (mg, ml, etc.), se codificarán usando ISO+.
- *Identificador de prescripción* [RXD.7] Identifica la prescripción sobre la que se ha dispensado. Es copia del campo ORC.3.1.
- *Nº de lote de la dispensación* [RXD.8] Indica el nº de lote dispensado.
- *Profesional que realiza la dispensación* [RXD.10] En caso que se conozca, se indica el profesional que realiza la dispensación. En caso que ésta se haya realizado en un sistema automático, se indica en este campo la persona que se ha identificado para recuperar los productos.
- *Nº de lote* [RXD.18]. Permite indicar el nº de lote y nº de serie del producto dispensado. La primera instancia del campo corresponde al nº de lote. La segunda, al nº de serie, y las posteriores a identificadores específicos de cada producto.
- *Método de dispensación* [RXD.24]. Permite indicar el método usado en la dispensación:

Tabla 0321 Métodos de dispensación

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
TR	Tradicional
UD	Dosis unitarias (unidosis)
F	Stock de planta
AD	Sistema automático de dispensación

- *Unidad de dispensación* [RXD.27]. Permite indicar dónde se ha producido la dispensación, especialmente interesante cuando ésta es automática y se produce en un armario robotizado.

5.5.2.6. Descripción de componente [RXC].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Descripción de componente [RXC]”.

Sin embargo, en este caso, las cantidades de los componentes RXC corresponderán a las dispensadas, no a las del producto.

5.5.2.7. Detalles de gestión [FT1].

El segmento FT1 representa los datos principales relativos a la gestión económica de la dispensación.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
4	26	DR	R	[1..1]	0017	Transaction Date	Fecha de transacción
4.1		TS				Range Start Date/Time	
6		IS				Transaction Type	
7	20	CE	R	[1..1]	0132	Transaction Code	Tipo de transacción (en función del tipo de gestión del producto)
7.1		ST				Identifier	
7.2		ST				Text	
7.3		ID				Name Coding System	
					99CDG_CODIG OCENTRO		

- Fecha de transacción [FT.1]. Corresponde a la fecha de dispensación.
- Tipo de transacción [FT1.6] En función del tipo de gestión del producto, se admiten los siguientes valores para este campo:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Gestión normal. EL material has ido comprado por el hospital
DEPOSITO	EL material está en depósito en el hospital hasta su uso

- Centro de gasto [FT.7]. Permite indicar el código sobre el centro de gasto al que se carga la transacción:
 - o FT1.7.1 Indica el código del cdg.
 - o FT1.7.2 Describe el código del cdg.
 - o FT1.7.3 Describirá el catálogo usado (99CDG_CODIGOCENTRO), siendo CODIGOCENTRO el identificador de ámbito del centro.

5.6. Mensaje RDD^O14 (Pharmacy/Treatment Dispense Acknowledgement Message).

Este mensaje es enviado desde el sistema de PRESCRIPCIÓN , en el caso que sea imposible

procesar una notificación indicada en un mensaje RDS^O13.

5.6.1. Evento disparador.

Si desde el sistema de PRESCRIPCIÓN se detecta una incompatibilidad en una notificación de dispensación., se envía este mensaje.

5.6.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

--- RESPONSE end

<u>RRD^O14^RRD_O14</u>	<u>Pharmacy/Treatment Dispense Acknowledgment Message</u>	<u>Status</u>	<u>Chapter</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ORDER end		
	--- DISPENSE begin	R	[1..1]
RXD	Pharmacy/Treatment Dispense	R	[1..1]
	--- DISPENSE end		
	--- RESPONSE end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original.

El segmentos RXD serán copia de los enviados en la petición original.

5.6.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RRD^O14^RRD_O14.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

5.6.2.2. Datos del paciente [PID].

Si el sistema dispensador tiene esta información, enviará en este segmento la información del paciente, tal y como se indica en el apartado de segmentos comunes “Datos simplificados de paciente”.

5.6.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser "UA" (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser "CA" (Petición cancelada)

5.6.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Detalles de aceptación [MSA]", en la sección de segmentos comunes.

5.6.2.5. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Descripción del Error[ERR]", en la sección de segmentos comunes.,

5.6.2.6. Dispensación [RXD].

Los datos de éste segmento se envían en el mensaje original.

5.7. Mensaje RGV^O15 (Pharmacy/Treatment Give Message)

Mensaje utilizado para notificar que es necesario realizar la administración de un tratamiento. Evento disparador.

Este mensaje se genera de forma periódica, con todas las administraciones a realizar en un periodo

5.7.1. Estructura.

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

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 la orden médica en la que está inscrita la administración. En un segmento [ORC].
- Datos de la administración. Los datos relativos a cada administración se indicarán en un grupo GIVE. Este grupo contendrá la siguiente información:
 - a. Datos de la administración. Se indican en el segmento [RXG]. Este segmento sólo contiene información relativa a la administración concreta, no del tratamiento.
 - b. Datos de la vía de administración En el segmento [RXR].
 - c. Datos de la administración: momento y duración [TQ1]

- d. Coordinación con otras órdenes (si esta administración se debe realizar antes, durante o después de otra), en [TQ2].
- e. Datos de componentes. En caso que se trate de una mezcla específica que haya que realizar en enfermería (no venga ya hecha), se envían varios segmentos [RXC] con la composición relativa (la 'receta').

<u>RGV^015^RGV_015</u>	<u>Pharmacy/Treatment Give</u>	<u>Status</u>	<u>Chapter</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end	R	[1..1]
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
{	--- GIVE begin	R	[1..n]
RXG	Pharmacy/Treatment Give	R	[1..1]
	--- TIMING_GIVE begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
[{ TQ2 }]	Timing/Quantity Order Sequence	R	[0..n]
	--- TIMING_GIVE end	R	[1..1]
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
[{ RXC }]	Pharmacy/Treatment Component	R	[0..1]
}	--- GIVE end	R	[1..1]
	--- ORDER end	R	[1..1]

5.7.1.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMD^O03^OMD_O03.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "ER" respectivamente.

5.7.1.2. Datos del paciente [PID].

Si el sistema dispensador tiene esta información, enviará en este segmento la información del paciente, tal y como se indica en el apartado de segmentos comunes "Datos simplificados de paciente".

5.7.1.3. Petición [ORC].

El segmento ORC representa los datos principales de la orden médica, y contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	RE	Order Control	Order Control
2	199	EI	R	[1..1]		Placer Order Number	Identificador único de la orden para el sistema que prescribe
2.1		ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
2.2		IS	R			Namespace ID	
3		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema de farmacia
3.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema de farmacia
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la orden de dispensación
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la orden

- *Control de orden [ORC.1]:* Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Para las DISPENSACIÓN es el estado es "RE".
- *Identificador único de la orden en el sistema que prescribe [ORC.2]:* El código de la programación por parte del sistema que ha lanzado la orden médica. Estará formado por dos campos:
 - o Identificador único [ORC.2.1] en el sistema que prescribe.
 - o Identificador único del sistema que prescribe [ORC.2.2].
- *Estado de la orden de dispensación [ORC.5]* Indica el estado de la orden desde el punto de vista del sistema de dispensación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
IP	Orden en progreso
CM	Orden completada
CA	Orden cancelada

- *Fecha de la programación [ORC.9]:* Fecha en la que se ha realizado la orden.

5.7.1.4. Orden de administración [RXG].

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	4	NM	R	[1..1]		Give Sub-ID Counter	Contador de orden de administración
4		CE	R	[1..1]		Give Code	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del producto a administrar
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del producto a administrar
4.3	20	ID	R	[1..1]	99REMEDIOS	Name Coding System	
5	20	NM	R	[1..1]		Give Amount - Minimum	Cantidad a administrar
7		CE	R	[1..1]		Give Units	
7.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código unidades RXG.5
7.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción unidades RXG.5
7.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Name Coding System	Sistema de codificación
10	1	ID	R	[1..1]	0167	Substitution Status	Sustituciones realizadas
12	1	ID	R	[1..1]	0136	Needs Human Review	Atención especial requerida
13		CE	RE	[0..n]		Pharmacy/Treatment Supplier's Special Administration Instructions	
13.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Instrucciones administración
15	6	ST	C	[0..1]		Give Rate Amount	Tasa de administración
16	250	CE	C	[0..1]		Give Rate Units	
16.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del producto a administrar
16.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del producto a administrar
16.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Name Coding System	
19	20	ST	C	[0..n]		Substance Lot Number	Nº lote a administrar
22		CE	RE	[0..n]		Indication	
22.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código diagnóstico
22.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción descripción diagnóstico
22.3	20	ID	C	[0..1]	I9C	Name Coding System	
25		CWE	C	[0..1]		Give Barcode Identifier	
25.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Código de barras a administrar
26	1	ID	O		0480	Pharmacy Order Type	Tipo de orden

Datos generales de la orden:

- *Número de orden de administración* [RXG.1] Contador de orden de administración. Código secuencial de las órdenes de administración. Comienza en 1, y por cada orden se incrementa.
- *Producto a administrar* [RXG.4]. Indica el servicio a administrar. Si es un producto estará codificado bajo el código de REMEDIOS.
- *Sustituciones realizadas* [RXG.10], Este campo permite informar el tipo de sustitución sobre el producto indicado inicialmente:

Tabla HL7 0167 Tipo de Sustituciones permitidas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	No se ha producido sustitución
G	Medicamento genérico usado
T	Sustitución terapéutica
0	No product selection indicated
1	La prescripción no permitía sustituciones
2	Sustitución por el medicamento preferido del paciente
3	Sustitución por decisión de farmacia
4	No se ha podido usar medicamento genérico por falta de stock
8	No se ha podido usar medicamento genérico por que no existe

- *Números de lote asignados* [RXG.19] Listado de los números de lote a administrar.
- *Diagnósticos asociados* [RXG.22] Descripción de los diagnósticos asociados a la orden (cada diagnóstico se describe en un campo RXG.22 En función de si el diagnóstico está codificado –en CIE9MC-, se expresa en los campos CE.1, CE.2 y CE.3 (CE.3 con valor 'I9C'). En caso que no esté codificado, sólo se envía la descripción en el CE.2.
- *Código de barras a administrar* [RXG.25] Identificador del código de barras del producto a dispensar. Se codifica en el 2º componente del campo.
- *Tipo de orden farmacéutica* [RXG.26] Indica el tipo de orden, descrito en la tabla HL7 0480 (descrita en la sección de elementos comunes).

Descripción del tratamiento. Los campos relativos a los detalles de cada administración son:

- *Indicador de atención especial* [RXG.12], Este campo permite informar si el campo RXG.13 lleva datos de especial interés. Se codifica como "Y/N" en la tabla 0136.

Tabla HL7 0136 Tipo de Sustituciones permitidas

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Y	Revisar cuidadosamente las indicaciones del campo RXE.7
N	No hay información de especial interés (valor por defecto)

- *Instrucciones a CUIDADOS [RXG.13]*, Instrucciones adicionales destinadas al servicio de Enfermería. Al no existir ninguna codificación, estas instrucciones se envían en el campo CE.2. El campo es repetible, por lo que puede aparecer tantas veces como instrucciones distintas se quieran expresar. En el caso que esta instrucción sea importante se aconseja marcar el campo RXG.12 para reflejar este hecho.
- *Cantidad a administrar [RXG.5] y [RXG.7]* La cantidad numérica se indicará en [RXG.5], , mientras que las unidades en las que está expresada esta cantidad se reflejarán en el RXG.7.

Este campo no es una duplicación del segmento TQ1 (Timing/Quantity). La cantidad reflejada en el TQ1 describe la cuantía que debe ser distribuida en cada servicio. Un valor de 1 en el TQ1 siempre se refiere a 1 administración de la cantidad especificada en el RXG.5.

- La cantidad numérica se define en el campo RXG.5
- Las unidades en las que están descritas, en el RXG.7.

En el caso que las unidades se refieran a la unidad de forma del producto(sobres, capsulas, inyectables, etc.) se utilizará la codificación de unidades de REMEDIOS-H (CE.3=99RDHCU). En caso de necesitar expresarse estas unidades como masa o volumen (mg, ml, etc.), se codificarán usando ISO+.

Existen algunas particularidades adicionales en función del tipo de prescripción:

- *En caso que se trate de una “fórmula”* En el caso de ser un producto compuesto, la información de la composición del mismo estará definida en los segmentos RXC del mensaje. Sin embargo, la cantidad a administrar en total durante el tratamiento se deberá indicar también (la cantidad en RGE.5 y las unidades en ISO+ en RXG.7).
 - Si la vía de administración es perfusión, la cantidad será la mínima administrada durante la duración del tratamiento (Ej si son 10 mg/min y la duración mínima es 1 hora RXG.5 tendrá valor 60 y RXG.7 “mg”). En este caso, además, será necesario indicar la velocidad de perfusión en los campos RXG.15 y 16.
 - *En el caso de un Cuidado de Enfermería:* RXE.6 indicará “1” y RXG.7.2 indicará “APLICACIÓN” estando RXG.7.1 y RXG.7.3 vacíos.
- o *Tasa de administración [RXG.15] y [RXG.16]* En caso que el tratamiento a administrar sea vía perfusión, estos campos permiten indicar la tasa de administración en cada administración (Ejemplo: 15 ml/segundo).
- La cantidad numérica se indica en RXG.15.
 - Las unidades se expresan en RXG.16, a través de la tabla ISO+.

5.7.1.5. Vía de administración [RXR].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Vía de administración RXR”.

5.7.1.6. Descripción de componente [RXC].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Descripción de componente [RXC]”.

5.7.1.7. Posología [TQ1].

El uso de este segmento es idéntico al definido en el apartado de segmentos comunes.

5.7.1.8. Coordinación [TQ2].

El uso de este segmento es idéntico al definido en el apartado de segmentos comunes.

5.8. Mensaje RRG^O16 (Pharmacy/Treatment Give Acknowledgment Message).

Este mensaje es enviado desde el sistema de CUIDADOS en el caso que sea imposible procesar una petición indicada en un mensaje RGV^O15.

5.8.1. Evento disparador.

Si desde CUIDADOS se detecta una incompatibilidad en la programación, se envía este mensaje.

5.8.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original.

Los segmentos PID , RXG, TQ1 y RXR serán copia de los enviados en la petición original.

<u>RRG^O16^RRG_O16</u>	<u>Pharmacy/Treatment Give Acknowledgment</u>	<u>Status</u>	<u>Chapter</u>
	<u>Message</u>		
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- GIVE begin	R	[1..1]
RXG	Pharmacy/Treatment Give	R	[1..1]
	--- TIMING_GIVE begin	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
	--- TIMING_GIVE end		
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
	--- GIVE end		
	--- ORDER end		
	--- RESPONSE end		

5.8.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RRG^O16^RRG_O16.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

5.8.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes “Datos simplificados de paciente”.

5.8.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser “UA” (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser “CA” (Petición cancelada)

5.8.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Detalles de aceptación [MSA]”, en la sección de segmentos comunes.

5.8.2.5. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Descripción del Error[ERR]”, en la sección de segmentos comunes.,

5.8.2.6. Datos de la orden [RXG], [TQ1], [RXR].

Estos segmentos deben ser copia de los enviados en la orden original.

5.9. Mensaje *RAS^O17* (Pharmacy/Treatment Administration Message)

Mensaje utilizado para comunicar que se ha completado (o no) la administración de una parte de un tratamiento

5.9.1. Evento disparador.

Este mensaje se envía cuando el sistema de CUIDADOS recoge nueva información acerca de la administración de una parte de un tratamiento (habitualmente solicitado previamente con un mensaje RGV^O15)

5.9.2. Estructura.

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

<u>RAS^O17^RAS_017</u>	<u>Pharmacy/Treatment Administration</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end	R	[1..1]
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ADMINISTRATION begin	R	[1..1]
RXA	Pharmacy/Treatment Administration	R	[1..1]
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
	--- ADMINISTRATION end		
	--- ORDER 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 orden médica original **[ORC]**, junto con el estado de ésta.
- Detalles de la administración, en el segmento **[RXA]**.
- Detalles de la vía de administración, en el segmento **[RXR]**.

5.9.2.1. Cabecera del mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RAS^O17^RAS_O17.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

5.9.2.2. Datos del paciente [PID].

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

5.9.2.3. Petición [ORC].

El segmento ORC representa los datos principales de la orden médica, y contiene los siguientes campos:

- *Control de orden* [ORC.1]: Se *usan* los valores de la tabla HL7 0119. Para las DISPENSACIÓN es el estado es “RE”.
- *Identificador único de la orden en el sistema que prescribe* [ORC.2]: El código de la programación por parte del sistema que ha lanzado la orden médica. Estará formado por dos campos:
 - o Identificador único [ORC.2.1] en el sistema que prescribe.
 - o Identificador único del sistema que prescribe [ORC.2.2].
- Estado de la orden de dispensación [ORC.5] Indica el estado de la orden desde el punto de vista del sistema de dispensación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
IP	Orden en progreso
CM	Orden completada
CA	Orden cancelada

- *Fecha de la programación [ORC.9]:* Fecha en la que se ha realizado la orden.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	RE	Order Control	Order Control
2		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema que prescribe
2.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema que prescribe
3		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la orden para el sistema de farmacia
3.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema de farmacia
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la orden de dispensación
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la orden

5.9.2.4. Datos de la administración [RXA].

Cada segmento RXA transmite los datos de una administración de un tratamiento (una administración en el caso que se trata de un producto farmacéutico).

La información que transmite este segmento es la siguiente:

- *Nº secuencia orden de administración [RXA.1]* Indica el nº de secuencia de la orden de administración correspondiente (RXG.1).
- *Nº secuencia de la administración [RXA.2].* De forma similar al nº de secuencia de la orden de administración, este campo representa un nº de secuencia de la administración del tratamiento. Será idéntico al RXA.1 salvo que no exista una relación 1:1 entre órdenes de administración y administraciones.
- *Momento inicio administración [RXA.3]* Indica el momento de inicio de la administración.
- *Momento fin de administración [RXA.4]* Indica el momento en que la administración del tratamiento finaliza.

- *Producto administrado* [RXA.5] Permite enviar el código en REMEDIOS del producto o servicio aplicado.
- *Cantidad administrada* [RXA.6] y [RXA.7] Permite definir la cantidad administrada:
 - o Si se ha administrado un fármaco:
 - La cantidad numérica se indica en RXA.6
 - Las unidades en las que está expresada se indican en RXA.7
 - o Si se ha administrado un Cuidado de enfermería:
 - RXA.6 contendrá "1" y RXA.7 estará vacío
- *Comentarios de la administración* [RXA.9] Si ha ocurrido cualquier detalle en la administración, este campo repetible permite enviar esta información.
- *Responsable(s) de la administración.* [RXA.10] Cada uno de los profesionales de enfermería que ha participado en la administración del servicio se envía en un campo RXA.10.
- *Nº de lotes de productos usados* [RXA.15] Cada uno de los identificadores del nº lotes consumidos en la administración se envía en un campo RXA.15
- *Razón por la que no se administró el tratamiento* [RXA.18] En caso que el tratamiento no se haya administrado, cada una de las razones se expresa en el 2º componente del campo, repitiendo el campo tantas veces como razones existan.
En caso de la existencia de información en este campo indica que la administración no ha podido completarse.
- *Nivel de realización de la administración* [RXA.20] Este campo indica si se ha podido o no realizar la administración del tratamiento:

Tabla HL7 0322 Nivel de realización de la administración

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
CP	Completa
RE	El paciente rechazó el tratamiento
NA	No ha sido realizado
PA	Administrado solo en parte.

En el caso que el código sea distinto a 'CP' se deberá enviar la razón en uno o varios campos RXA.18

- *Momento de entrada en el sistema* [RXA.22] Momento en que se registra en el sistema la administración
- *Código de barras del producto utilizado* [RXA.25] Si existe, éste campo permite indicar el código de barras del producto administrado.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE	DESCRIPCIÓN		
1	4	NM	R	[1..1]	99REMEDIOS	Give Sub-ID Counter	Nº secuencia orden de administración		
2	4	NM	R	[1..1]		Administration Sub-ID Counter	Nº secuencia de la administración		
3	26	TS	R	[1..1]		Date/Time Start of Administration	Momento inicio administración		
4	26	TS	R	[1..1]		Date/Time End of Administration	Momento fin de administración		
5	250	CE	R	[1..1]		Administered Code	Código del producto administrado		
5.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier			
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text		Descripción del producto a administrado	
5.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Descripción unidades RXA.6		
6	20	NM	R	[1..1]		Administered Amount			
7	250	CE	R	[1..1]		Administered Units		Descripción unidades RXA.6	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Comentarios de la administración		
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text			
4.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System			
9	CE	RE	[0..n]	Administration Notes		0322	Completion Status	Nivel de realización de la administración	
9.2	199	ST	R	[1..1]					Text
10	XCN	R	[1..n]	Administering Provider					
15	20	ST	RE	[0..n]	0323	Substance Lot Number	Momento de entrada en el sistema		
18	CE	C	[0..n]	Substance/Treatment Refusal Reason					
18.2	199	ST	R	[1..1]				Text	
20	2	ID	R	[1..1]	0323	System Entry Date/Time	Código de barras del producto utilizado		
21	2	ID	R					Action Code – RXA	
22	26	TS	R						
25	CWE	RE	[1..1]	[1..1]		Administered Barcode Identifier			
25.2	199	ST						R	Text

5.9.2.5. Vía de administración [RXR].

Este segmento para este mensaje es idéntico al definido en la sección de segmentos comunes de este documento “Vía de administración RXR”.

5.10. Mensaje RRA^O18 (Pharmacy/Treatment Administration Acknowledgment Message).

Este mensaje es enviado desde el sistema de FARMACIA, en el caso que sea imposible procesar una notificación de administración enviada en un mensaje RAS^O17

5.10.1. Evento disparador.

Si desde FARMACIA se detecta una imposibilidad de procesar una notificación de administración.

5.10.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>RRA^O18^RRA_018</u>	<u>Pharmacy/Treatment Administration Acknowledgment Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment	R	[1..1]
	--- RESPONSE begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
	--- ORDER begin	R	[1..1]
ORC	Common Order	R	[1..1]
	--- ADMINISTRATION begin	R	[1..1]
RXA	Pharmacy/Treatment Administration	R	[1..1]
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
	--- ADMINISTRATION end		
	--- ORDER end		
	--- RESPONSE end		

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original.

Los segmentos PID, RXA y RXR serán copia de los enviados en el mensaje RAS.

5.10.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RRA^O18^RRA_018.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

5.10.2.2. Identificación del paciente [PID].

Este segmento es copia del enviado en la petición original, pero sin la necesidad de enviar todos los datos. El uso del segmento PID es el mismo que el descrito en el apartado de segmentos comunes.

5.10.2.3. Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: Deberá ser "UA" (petición imposible de aceptar).
- ORC.5: Deberá ser "CA" (Petición cancelada)

5.10.2.4. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Detalles de aceptación [MSA]", en la sección de segmentos comunes.

5.10.2.5. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Descripción del Error [ERR]", en la sección de segmentos comunes.,

5.10.2.6. Datos de la administración [RAS], [RXR].

Estos segmentos deben ser copia de los enviados en la notificación de administración original.

5.11. Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge).

Este mensaje, así como sus segmentos y tipos de datos específicos se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.12. Mensaje MFN^ZPH (Master File Notification).

Este mensaje es enviado desde el sistema de CATÁLOGO, cuando se detecte un cambio en el sistema de REMEDIOS

5.12.1. Evento disparador.

Tras el alta o modificación de un registro de catálogo en REMEDIOS se envía este mensaje a todos los sistemas que lo utilicen

5.12.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>MFN^MFH^MFN_Z01</u>	<u>Master File Notification - Site Defined</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
{	--- MF_SITE_DEFINED begin	R	
MFE	Master File Entry	R	[1..1]
RXE	Pharmacy/Treatment Encoded Order	R	[1..1]
RXR	Pharmacy/Treatment Route	R	[1..1]
{	--- COMPONENT begin	R	[1..n]
RXC	Pharmacy/Treatment Component		[1..1]
}	--- COMPONENT end		
}	--- MF_SITE_DEFINED end		

El mensaje permite actualizar varios registros de un catálogo:

- El segmento **[MSH]** contine la información habitual sobre origen, destino , fecha dle mensaje, etc.
- EL segmenteo **[MFI]** permite especificar qué catálogo concreto se está actualizando. En este caso corresponde a REMEDIOS.
- Por cada registro a actualizar se envía un grupo MF_SITE_DEFINED que contiene:
 - o El modo de actualización del registro, en un segmento **[MFE]**.
 - o Los datos del nuevo registro en segmentos **[RXE]**, **[RXR]** , y un grupo COMPONENT con segmentos **[RXC]**.

5.12.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento está descrito en el documento de segmentos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFN^MFH^MFN_Z01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

5.12.2.2. Identificación Maestro [MFI].

Este segmento identifica el catálogo sobre el que se está informando (REMEDIOS en este caso) y el tipo de actualización.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ #Ref	NOMBRE ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	CE	R	[1..1]	0175	Master File Identifier	Tipo de actualización Momento de entrada en funcionamiento
1.1	20	ST	R	[1..1]	PHA		
1.2	199	ST	R	[1..1]	REMEDIOS		
1.3	20	IS	R	[1..1]	HI70175		
2	180	HD	R		0361	Master File Application Identifier	
2.1	199	ST	R	[1..1]	REMEDIOS	Namespace ID	
3	3	ID	R	[1..1]	0178	File-Level Event Code	
5	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	
6	2	ID	R	[1..1]	ER	Response Level Code	

La información a especificar es:

- *Tipo de actualización* [MFI.3]. Permite especificar si los registros que se envían son el contenido de la tabla de catálogo, o sólo los registros actualizados. Puede tomar uno de los siguientes valores

Tabla HL7 0178

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
REP	Envío completo del catálogo. Reemplazar el contenido de la tabla en el sistema con el contenido del mensaje
UPD	Se envían sólo la actualización de algunos registros.

- *Momento de entrada en funcionamiento* [MFI.4] Fecha del cambio.
- *Tipo de respuesta esperada* [MFI.6] Copia del MSH.16. "ER".

5.12.2.3. Modificación Registro Maestro [MFE].

Este segmento se envía por cada nuevo registro que cambia

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]	0180	Record-Level Event Code	Acción de registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	Momento del cambio
4		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFE	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código del elemento
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del elemento
4.3	20	IS	R	[1..1]	99REMEDIOS	Name of Coding System	
5	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type	

- *Acción de Registro* [MFE.1] Tipo de acción requerida con el registro. Puede ser:

Tabla HL70180 restringida para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
MAD	Nuevo registro. Añadir al catálogo
MUP	Cambios en el registro. Actualizar
MDC	Desactivar registro.
MAC	Activar registro.

- *Control ID* [MFE.2]. Identificador único del cambio de registro.
- *Momento del cambio* [MFE.3] Momento en que se produjo el cambio.
- *Identificador del elemento* [MFE.4] Este campo envía el código y la descripción del código de REMEDIOS sobre el que se va a informar a continuación.

5.12.2.4. Resto [RXE, RXR, RXC].

Estos segmentos permiten definir los datos principales y la composición del elemento. Dependerá de la estructura de REMEDIOSH y del catálogo de Sacyl, pendiente de cerrar.

5.13. Mensaje MFK^M14 (Master File App Acknowledgment).

Este mensaje es enviado desde alguno de los sistemas que tras recibir un mensaje de actualización de catálogo (MFN^ZPH) haya encontrado un error en su procesado.

5.13.1. Evento disparador.

Si se detecta la imposibilidad de procesar alguna de las actualizaciones de catálogo.

5.13.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en los segmentos MSA Y ERR.

El segmento MFI es copia de la orden original, y los segmentos MFA permiten identificar los registros que no han podido actualizarse.

<u>MFK^M14^MFK_M01</u>	<u>Master File Application Acknowledgment</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
[{ MFA }]	Master File ACK segment	R	[1..1]

5.13.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es idéntico al descrito en el apartado “Cabecera [MSH]” del documento elementos comunes. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será RRA^O18^RRA_O18.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

5.13.2.2. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Detalles de aceptación [MSA]”, en la sección de segmentos comunes.

5.13.2.3. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Descripción del Error [ERR]”, en el documento de elementos comunes,

5.13.2.4. Identificación Maestro [MFI].

Este segmento es copia del enviado en la actualización de catálogo original.

5.13.2.5. Detalles de aceptación de registro [MFA].

Este segmento identifica el problema particular al procesar un registro:

El contenido de los campos de este segment es el siguiente:

- *Acción del registro* [MFA.1] Copia de la acción correspondiente en el segmento MFE.
- *Control ID* [MFA.2] Control ID del semento MFE al que se está contestando.
- *Momento del cambio* [MFA.3] Copia de la información correspondiente en el segmento MFE
- *Estado de error* [MFA.4] Dado que este segmento se envía sólo para errores, este campo permite describir el error. Sus componentes tienen la siguiente información:
 - o CE.1 Fijo a ‘U’ indicando que no se ha podido llevar a cabo la acción.
 - o CE.2, contiene la descripción del error.

o CE.3, 'HL70181'

- *Elemento a actualizar:* [MFA.5] Copia de la información correspondiente en el segmento MFE.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	3	ID	R	[1..1]	0180	Record-Level Event Code	Acción del registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Event Completion Date/Time	Momento del cambio
4	250	CE	R	[1..1]	0181	MFN Record Level Error Return	
5.1	20	ST	R	[1..1]	U	Code	
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del error
5.3	20	IS	R	[1..1]	HL70181	Name of Coding System	
5		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFA	
5.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código del elemento
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del element
5.3	20	IS	R	[1..1]	99REMEDIOS	Name of Coding System	
6	3	ID	R	Y	CE	01320	Primary Key Value Type - MFA

6. Elementos comunes.

6.1. Segmentos.

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

6.1.1. 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	C	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
10	10	IS	R	[1..1]		Hospital Service	Servicio
19		CX	RE	[0..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

Este segmento contiene información sobre los datos asistenciales del paciente, episodio asignado y ubicación en el centro si está ingresado.

La información que se refleja en este segmento esta 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

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En el caso que el paciente esté ingresado, identifica la posición del paciente en un centro hospitalario. Los campos sobre los que informa son los siguientes:
 - o PV1.3.1 Unidad (PointOfCare), Unidad donde se ubica el paciente. El catálogo de ubicaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.2 Habitación donde está ubicado el paciente. El catálogo de habitaciones debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.3.3 Cama donde está ubicado el paciente. El catálogo de camas debe definirse a nivel hospitalario.
 - o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- Servicio [PV1.10] (Hospital Service) En el caso que el evento esté asociado a una estancia o a una visita del paciente, se indica aquí el servicio bajo el que está el paciente. En otro caso, se indicará el servicio de farmacia.
- Episodio asociado [PV1.19] (VisitNumber). En caso que el evento esté asociado a un episodio, éste deberá enviarse en este campo. La definición de este campo se encuentra descrito en el documento de elementos comunes de HL7 de Sacyl.

6.1.2. Notas, comentarios y observaciones [NTE].

Este segmento permite el envío de anotaciones subjetivas sobre un evento o situación

En el contexto de esta guía, permite además el envío de los comentarios y revisiones sobre

órdenes médicas introducidas por los distintos actores del circuito.

Su estructura es la siguiente:

Nota: El segmento que se presenta a continuación añade dos campos adicionales sobre la versión 2.5 del estándar: el NTE.5 y el NTE.6. Esta extensión se considera segura ya que es la recogida en la versión 2.6 del estándar.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - NTE	SetID
2	9	ID	R	[1..1]	0105	Source of Comment	Origen de la nota
3	65536	FT	R	[1..n]		Comment	Texto de la nota
4	CE		R	[1..1]	0364	Comment Type	Tipo de nota
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del tipo de comentario
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción tipo de comentario
4.3	20	ID	R	[1..1]	HL70364	Name Coding System	
5	XCN		R	[1..1]		Entered By	Autor de la nota
6	24	DTM	R	[1..1]		Entered Date/Time	Fecha de comentario

- SetId [NTE.1] , valor secuencial que se incrementa por cada aparición del segmento NTE en el mensaje.
- Origen de la nota [NTE.2]. Indica el sistema donde se ha introducido el texto.

Tabla HL7 0105 Origen de la nota

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
L	(Filler) El origen es el sistema FARMACIA
P	(Placer) El origen es el sistema PRESCRIPCION
C	El origen es el sistema CUIDADOS

- Texto del Comentario [NTE.3]: texto con el contenido del comentario. Se pueden enviar tantos componentes como sea necesario para indicar separación contextual o semántica.
- Tipo de comentario [NTE.4]: Identifica la tipología del comentario introducido.

Tabla de usuario HL7 0364 Tipo de comentario

CÓDIGO NTE.4.1	DESCRIPCIÓN NTE.4.2
RE	Observación sobre el tratamiento

- Autor del comentario [NTE.5] Tipo de campo XCN con los datos del autor (como mínimo nombre y apellidos).
- Fecha del comentario [NTE.6] Se exige precisión de segundos.

6.1.3. Alertas del paciente [AL1].

Cada segmento AL1 informa de una alerta, así como se su nivel de importancia y sus posibles efectos.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/TBL #	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - AL1	SetID
2		CE	R	[1..1]	0127	Allergen Type Code	
2.1	20	ST	R	[1..1]	DA		
2.2	199	ST	R	[1..1]	Alergia Medicame ntosa		
2.3	20	ID	R	[1..1]	HL70127		
3		CE	R	[1..1]		Allergen Code/ Mnemonic/ Description	
3.1	20	ST	R	[0..1]		Identifier	
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Alérgeno
3.3	20	ID	R	[0..1]	99CNMPA	Name Coding System	
4		CE	R	[1..1]	0128	Allergy Severity Code	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de dieta
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la dieta
4.3	20	ID	R	[1..1]	HL70128	Name Coding System	
5	15	ST	RE	[0..n]		Allergy Reaction Code	Reacción alérgica

La información de este segmento es la siguiente:

- SetID [AL1.1] Número de secuencia del segmento en el mensaje.
- Tipo de alergia [AL.2] Dado que es una alergia medicamentosa se codifica como “DA” en la tabla HL7 0127.
- Alérgeno [AL1.3.2] Descripción del elemento al que se produce la alergia. Si no es posible codificarla, sólo se usará el segundo componente (CE.2) con su descripción. Sin embargo, si es posible indicar el principio activo al que es alérgico el paciente, se enviará dicha información codificada a través de la codificación de la ATC extendida por el Nomenclator del SNS (CE.1 el código del PA, CE.2 su nombre, CE.3 ‘99CNMPA’).

- Nivel de severidad [AL1.3.4] Tipo de riesgo para la salud del paciente, codificado en la tabla HL7 0128:

Tabla HL7 0128

CÓDIGO [CE.1]	DESCRIPCIÓN [CE.2]
SV	SEVERA
MO	MODERADA
MI	LEVE
U	DESCONOCIDA

- Reacción [AL1.4] Descripción textual de la posible reacción del paciente. Cada tipo de reacción se indica en un campo AL1.4.

6.1.4. Vía de administración [RXR]

Este segmento recoge la información específica de cómo y dónde administrar un tratamiento a un paciente.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1		CE	R	[1..1]	0162	Route	
1.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código vía administración
1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción vía administración
1.3	20	ID	C	[0..1]	HL70162	Name of Cod Sys	
2		CWE	C	[0..1]	0550	Administration Site	
2.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código lugar adm.
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción lugar adm.
2.3	20	ID	C	[0..1]	HL70550	Name of Cod Sys	
3		CE	C	[0..1]	0164	Administration Device	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código tipo repetición
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción tipo repetición
3.3	20	ID	R	[1..1]	HL70164	Name of Cod Sys	
5		CE	C	[0..1]		Routing Instruction	
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción tipo repetición

- Vía de administración* [RXR.1] Indica la vía de administración del medicamento. Si está codificado, lo estará en la tabla HL7 0162 (CE.3='HL70162'), y el 1º componente (CE.1)

indicará el código y el 2º (CE.2) la descripción.

En caso de no estar codificado, sólo se transmitirá el 2º componente con la descripción completa.

- *Lugar de administración* [RXR.2] y [RXR.6] Indica la parte del cuerpo donde debe ser administrado el tratamiento. Puede utilizarse en combinación con el campo RXR.6, indicando modificadores que especifiquen aún más el lugar (por ejemplo, RXR.2 puede indicar el brazo y RXR.6 si es derecho o izquierdo).
 - o En caso de estar codificado, se utiliza la tabla HL7 0550 (Partes del cuerpo) descrita en los apéndices. En ese caso el 1º componente (CE.1) indicará el código y el 2º (CE.2) la descripción, fijando CE.3 a 'HL70550).
 - o En caso de no estar codificado, sólo se enviará el 2º componente con la descripción textual (en ese caso, además, el campo RXR.6 estará vacío).

En caso de estar RXR.2 codificado, y necesitar transmitirse información adicional, se usa para ello el campo RXR.6. Éste campo puede estar codificado (en cuyo caso los tres componentes deben informarse en función de la tabla 0495 descrita en los anexos) o no, en cuyo caso sólo tendrá valor el campo RXR.6.2

- *Instrumento de administración* [RXR.3]. Indicará el instrumento o dispositivo necesario para la administración del tratamiento, en el caso que se precise un dispositivo mecánico utilizado para ayudar en la administración.

El valor de este campo debe estar contenido en la tabla HL7 0164 (descrita en la sección de elementos comunes).

- *Instrucciones de vía* [RXR.5.2] Permite especificar instrucciones o detallar la vía de administración cuando ésta no ha quedado suficientemente clara con el valor del campo RXR.1 (por ejemplo, cuando sea necesario especificar una de las vías intravenosas de las múltiples que pueden llegar a existir en el paciente). No están codificadas por lo que se transmiten en texto libre en el campo RXR.5.2
Este campo sólo debe usarse cuando RXR.1 esté codificado. En caso contrario, estas instrucciones se añadirían al campo RXR.1.2

6.1.5. Descripción de componente [RXC]

El segmento RXC es utilizado para identificar los diferentes componentes que forman parte de un tratamiento compuesto en los siguientes casos:

- Fórmulas Magistrales (FM) ya que siempre es obligatorio detallar su composición.
- Descripción compleja de mezclas, cuya composición no se describa por el código en RXO.1 o RXE.1
- Para Cuidados de Enfermería (CE) cuya descripción no se describa por el código en RXO.1 o RXE.2

Cada uno de los componentes se describirá en un segmento RXC. Cada segmento RXC describe bien un componente que puede ser bien base, bien aditivo (marcado por el caso RC.1). Siempre se informará primero los componentes base (RXC.1='B') y posteriormente de los aditivos tipo (RXR='A').

El conjunto de segmentos RXC definen una fórmula o receta, por lo que las cantidades expresadas en el segmento (campos RXC.3 y RXC.4) se refieren a las cantidades tal y como aparecerían en una receta, y deberían ser proporcionadas para generar la cantidad a producir (indicadas por los segmentos RXO o RXE). Las cantidades definidas en estos segmentos, son por tanto, relativas entre ellas.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	ELEMENT NAME
1	1	ID	R		0166	RX Component Type	
2		CE	R	[1..1]		Component Code	
2.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código componente
2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción componente
2.3	20	ID	R	[1..1]	99REME DIOSH	Name of Cod Sys	
3	20	NM	R			Component Amount	
4		CE	R	[1..1]		Component Units	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código tipo unidades RXC.3
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción unidades RXC.3
4.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Name of Cod Sys	

- Tipo de componente [RXC.1] Indica si el componente es Base o Aditivo.

Tabla HL7 0166 para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
B	Base (Diluyente)
A	Aditivo

- Componente [RXC.2] Define el producto usado como componente. Codificado a través de REMEDIOSH (CE.3='99REMEDIOSH') estando completos sus tres componentes (CE1.,CE2, CE.3). En caso de no estar codificado se enviará vacío el primer componente, enviando la descripción en el componente CE.2 (RXC.2.2).
- Cantidad del componente [RXC.3] y [RXC.4]. La cantidad de componente:
 - La cantidad numérica se indica en el campo RXC.3
 - Las unidades, se describen en RXC.4 usando la tabla ISO+.

6.1.6. Posología [TQ1].

Este segmento permite especificar los datos relativos al inicio/fin del tratamiento, así como de la periodicidad de cada aplicación.

El segmento es repetible, por lo que se pueden definir pautas complejas en base a la repet

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID – TQ1	Set ID
2		CQ	R	[1..1]		Quantity	
2.1	16	NM	R	[1..1]		Quantity	Cantidad en la administración
2.2		CE	R	[1..1]		Units	
2.2.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de unidades de administración
2.2.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de unidades de administración
2.2.3	20	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	Codificación de unidades de administración
3		RPT	R	[1..n]	HL70335	Repeta pattern	
3.1.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código tipo repetición
3.1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción tipo repetición
3.1.3	20	ID	R	[1..1]	HL70335	Name of Coding System	
7	14	TS	R	[1..1]		Start date/time	Inicio tratamiento
8	14	TS	RE	[0..1]		End date/time	Fin tratamiento
10	14	TX	RE	[0..1]		Condition text	Condiciones adicionales

- *SetID* [TQ1.1] Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje.
- *Cantidad en la administración* [TQ1.2] Indica la cantidad (numérica) de producto a dar en la administración. La cantidad numérica se define en el componente TQ1.2.1

Las unidades a las que se refiere esa cantidad se describen en el componente TQ1.2.2.

- Si se refiere a sobres, capsulas, inyectables, etc., se codifican a través de Unidades de Dosificación del catálogo REMEDIOSH (CE.3=99RDHCU).
- En caso de necesitar expresarse estas unidades como masa o volumen (mg, ml, etc.), se codificarán usando ISO+.
- *Tipo de repetición* [TQ.3] Este campo permite expresar la repetición del tratamiento a lo largo del periodo (como 'antes de las comidas', los jueves y los viernes, etc.) Cada una de las repeticiones de este campo debe interpretarse como un "AND", de forma que si se

envían “QJ1 (cada jueves) BID (2 veces al día)” debe interpretarse como ‘sólo los jueves, dos veces al día’.

Tabla HL7 0335 Tipo de Repetición

CÓDIGO CWE.1	DESCRIPCIÓN CWE.2	COMENTARIOS
Q<integer>S	Cada <integer> segundos	
Q<integer>M	Cada <integer> minutes	
Q<integer>H	Cada <integer> horas	
Q<integer>D	Cada <integer> días	
Q<integer>W	Cada <integer> semanas	
Q<integer>L	Cada <integer>mes	
Q<integer>J<day#>	Se repite un día en particular de la semana. Siendo: <integer> indica el n° de orden y J : el día 1-Lunes 7 Domingo,	Q1J 4 o QJ4 Cada Jueves Q2J 4 Cada 2º Jueves
BID	Dos veces al día. (En función del horario de centro)	Ej:, 9:00 -16:00
TID	Tres veces al día. (En función del horario de centro)	Ej: 9:00, 16:00, 21:00
QID	Cuatro veces al día. (En función del horario de centro)	Ej: 9:00, 11:00, 16:00, 21:00
xID	X veces al día. (En función del horario de centro)	Ej:
QAM	Por la mañana En función del horario de centro)	
QHS	Antes de acostarse	
QPM	Por la tarde	
C	De forma continua	Es para la medicación intravenosa
PRN	Cuando sea necesario	
PRNxxx	Si es necesario con la frecuencia XXX (Siendo XXX otro código de esta tabla)	(e.g., PRNQ6H); si lo necesita cada 6 horas
<timing>C<meal>	Donde Timing es: A (antes) P (después) I (Entre) Y <meal> es: 1 Desayuno 2 Almuerzo 3 Comida 4 Merienda 5 Cena 6 Resopon	Ej: AC2 Antes del almuerzo IC13 Entre la comida y la cena
A	Antes	
P	Después	
I	Inter	Entre dos eventos
M	Desayuno	
D	Almuerzo	
V	Cena	

El campo TQ1.10 permite expresar condiciones adicionales (por ejemplo, 'si hay dolor', si se detectan pérdidas, etc.)

- *Inicio del tratamiento* [TQ1.7] Momento a partir del cual debe aplicarse lo indicado en la orden.
- *Fin de la programación* [TQ1.8] Momento a partir del cual debe dejar de aplicarse lo indicado en la orden médica. En caso de no enviarse se asume que es "hasta nueva notificación".
- *Condiciones adicionales* [TQ1.10] Campo de texto libre que permite expresar condiciones adicionales como 'si hay dolor' o 'si la presión sube de 10'.

6.1.7. Coordinación [TQ2].

El segmento permite coordinar la actual orden con otras, de forma que se pueda expresar si ésta va inmediatamente antes, después o durante otras.

También permite definir conjuntos de órdenes cíclicas. Una orden cíclica son aquellas que se repiten de forma rotativa (el campo TQ2.7 indicará qué orden es la primera o la última del ciclo).

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/!	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
2	1	ID	O		0503	Sequence/Results Flag	Tipo de secuencia
4	22	EI	R	Y		Related Filler Number	
4.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	
4.2	20	IS	R			Namespace ID	
6	2	ID	R		0504	Sequence Condition Code	Identificador del sistema de farmacia
7	1	ID	C		0505	Cyclic Entry/Exit Indicator	
8	20	CQ	C			Sequence Condition Time Interval	
81.	20	NM	R			Quantity	
8.2.1	20	ST	R		min	Identifier	Cantidad de minutos de intervalo
8.2.2	199	ST	R		min	Text	
8.2.3	20	ID	R		ISO+	Name of coding system	
9	10	NM	C			Cyclic Group Maximum Number of Repeats	
10	1	ID	C		0506	Special Service Request Relationship	

- Tipo de secuencia [TQ2.2] Tipo de secuencia. Permite distinguir entre un orden secuencial o uno cíclico.

Tabla HL7 0503 para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
S	Relación secuencia.
C	La relación entre las órdenes es cíclica.

- Identificador de la orden a la que se refiere [TQ2.4] Identificador de la orden a la que se refiere la coordinación. Es copia de los componentes del campo ORC.3 de dicha orden.
- Tipo de coordinación [TQ2.6] Indica si la orden es anterior, posterior o al mismo tiempo que la referida en TQ2.4 Se indica a través de un código de la tabla HL7 0504.

Tabla HL7 0504 para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
EE	La actual orden debe terminar al terminar la relacionada
ES	La actual orden debe terminar al iniciar la relacionada
SS	La actual orden debe comenzar al mismo tiempo que la relacionada
SE	La actual orden debe comenzar al terminar la relacionada

- Tipo de orden en el ciclo [TQ2.7] Si la orden es cíclica, indica si es la primera o última dentro del ciclo:

- Tabla HL7 0505 para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
*	La actual orden es la primera del ciclo
#	La actual orden es la última del ciclo

- *Minutos de diferencia con la orden de referencia* [TQ2.8] Cuando la orden se produzca antes o después de otra, se puede indicar aquí el tiempo a esperar –en minutos- entre ambas.
- Número máximo de repeticiones del ciclo [TQ2.9] Indica el máximo número de repeticiones del ciclo. Se aplica únicamente a órdenes cíclicas.
- Condición especial [TQ2.10] Permite expresar una relación especial entre la orden de referencia y ésta. Se indica a través de un código de la tabla HL7 0506.

Tabla HL7 0506 para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	A la discrección de Enfermería Ésta orden o las relacionadas deben ser administradas en función del criterio de las responsables de enfermería.
C	Compuesto Esta orden y la relacionada forman un compuesto común
E	Exclusiva Similar a 'N' solo que este caso sólo es posible administrar uno de los tratamientos y sólo uno.
S	Simultánea. Las dos órdenes deben ocurrir de forma simultánea

6.1. Tablas Comunes.

6.1.1. Tipos de prescripción [0480 Tipos de prescripción]

Tabla HL7 0480 ampliada para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DETALLES
M	Medicación por vías genéricas	Productos administrados por vías como tabletas, polvos, gotas, etc.
S	Infusiones de gran volumen	Productos en los cuales es necesario indicar velocidad de perfusión.
Y	Inyecciones	Productos administrados por vías subcutáneas, intradérmicas o intramusculares
CE	Tratamiento de enfermería	

Instrumentos de aplicación [HL70164]

Tabla HL7 0164 para el escenario

CÓDIGO CE.1	DESCRIPCIÓN CE.2
AP	Applicador
BT	Buretrol
HL	Cerradura de Heparina
IPPB	Ventilación Mecánica con Presión Positiva Intermitente
IVP	Bomba Intravenosa
IVS	Dosificador Intravenoso Soluset
MI	Inhalador de Dosis Fija
NEB	Nebulizador
PCA	Bomba de Analgésico Controlado por el Paciente

Guía de mensajería para gestión de stocks

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

Versión 0.8 25/02/2010

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES PARA GESTIÓN DE MATERIALES SANITARIO.....	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO (Y MODELO).....	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	11
3.4. MENSAJE OMS^O05 (STOCK REQUISITION ORDER).....	12
3.5. MENSAJE ORS^O06 (STOCK REQUISITION ORDER ACKNOWLEDGMENT).....	23
3.6. MENSAJE MFN^M15 (MASTER FILE NOTIFICATION).....	25
3.7. MENSAJE MFN^Z16 (INVENTORY NOTIFICATION).....	31
3.8. MENSAJE MFK^M15 (MASTER FILE APP ACKNOWLEDGMENT).	35
3.9. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).....	38
3.10. MENSAJE QBP^Z01 DE CONSULTA DE INVENTARIO.	38
3.11. MENSAJE RESPUESTA DE CONSULTA DE INVENTARIO RSP^Z02^RSP_Z02	41

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la gestión de materiales sanitarios 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.

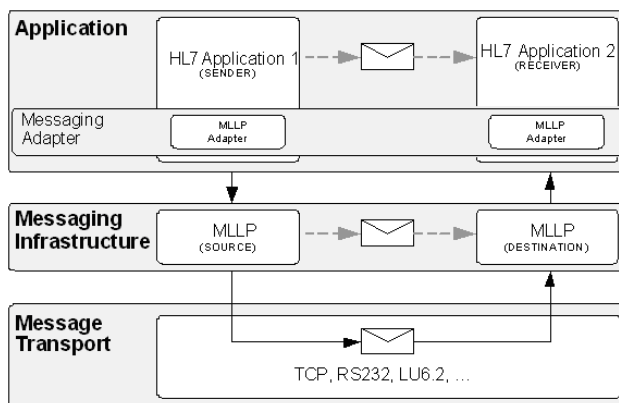
Se acompaña al catálogo de mensajes, una relación de las tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los segmentos que conforman los mensajes.

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 la gestión material sanitario entre almacenes, formando parte de los criterios y requisitos necesarios que deberá cumplir cualquier aplicación que se encuentre en SACYL y gestione datos de este ámbito..

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 Sistemas de Información de esta entidad.

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 Gestión de Materiales Sanitario.

Este perfil, detalla la mensajería para todos las transacciones que tengan que ver con materiales sanitarios (carga, dispensación, consumo, almacenaje, etc.)

3.1. Definición del perfil de mensajería.

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

3.2. Caso de uso (y modelo).

Este permite mantener sincronizados distintos sistemas de almacenaje y dispensación respecto al sistema central de gestión del hospital.

El perfil permite al sistema central de gestión tener información actualizada respecto al nivel de stocks en los distintos sistemas que operen con materiales (como los carruseles automáticos o los sistemas de dispensación automática).

Descripción del modelo

Catálogo de productos

Los sistemas de almacén comparten un catálogo único, que es gestionado por el sistema de gestión de almacenes del centro.

Este catálogo agrupa toda la información de un tipo de producto, así como las unidades de distribución como de almacenamiento (y la relación entre ambas). Junto a esta información, es posible configurar la cantidad mínima del producto en función del almacén (de forma que cuando el stock esté por debajo de esa cantidad se produzca un reaprovisionamiento automático), y la máxima del centro.

Los productos tendrán asociado un código de catálogo que les clasificará y en determinados casos (como por ejemplo las prótesis), tendrán asimismo un identificador único asociado a cada unidad de producto que les identificará del resto.

Eventos

La mensajería HL7 definida en estas guías permite expresar los siguientes movimientos:

- Orden de movimiento de material. Se refiere la petición de mover un material entre dos elementos.

La misma orden será recibida por todos los elementos involucrados (si es que pueden recibirla) e indicará el origen y destino del material. Así, una orden de movimiento de material cuyo origen sea un almacén y su destino otro será interpretada como una orden de salida por el almacén origen y una orden de entrada de material por el almacén destino.

No todos los elementos de la orden pueden tener asociado un sistema de gestión. Por ejemplo, una orden de movimiento entre un proveedor externo y un almacén sólo será recibida por el almacén (que la tratará como una orden de entrada de un proveedor externo). O una orden de movimiento entre un almacén y un GFH sólo la recibirá el almacén, que la interpretará como una orden de salida (un consumo) al GFH destino.

- Notificación de entradas a un elemento. Un sistema de gestión notifica que ha recibido una cantidad de material. El evento puede estar asociado a una orden previa o no (en este último caso a este movimiento se le llama “regularización”).
- Notificación de salidas a un elemento. Un sistema de gestión notifica que ha dado salida a una cantidad de material. El evento puede estar asociado a una orden previa o no (en este último caso a este movimiento se le llama “regularización”).
- Actualización de catálogo. Cuando se añade un nuevo elemento al catálogo del centro o se cambia algún dato de la definición del mismo, se notifica del cambio a todos los sistemas del centro.
- Notificación de inventario. Se trata de la notificación de la cantidad de material que un sistema tiene de un artículo. Se diferencia de la regularización en que mientras en la regularización ambos sistemas deben estar coordinados (se envían diferencias), en una notificación el sistema destino debe desechar la información que tiene y guardar la que recibe.

Almacenes, Proveedores y Grupos Funcionales Homogéneos

Un centro hospitalario, de cara a la gestión de stocks opera con los siguientes elementos definidos en su sistema de gestión (HP-Gestión):

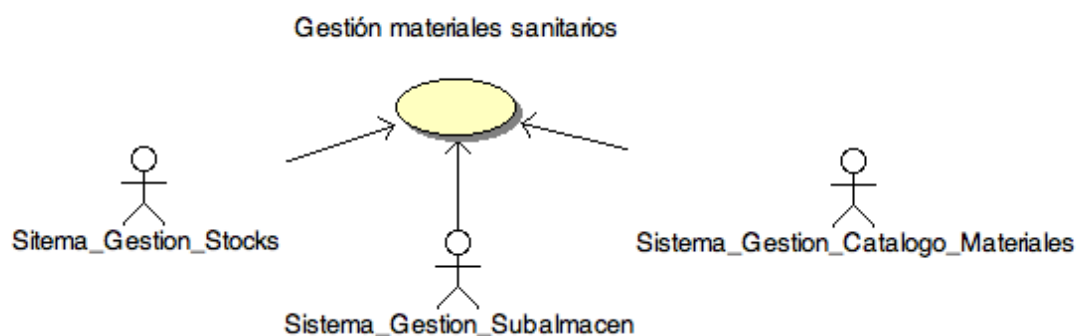
- **Almacenes:** son depósitos que almacenan ciertas cantidades de material. Como mínimo debe existir uno en un hospital. Estos almacenes suelen estar mecanizados (a través de carruseles), o robotizados, por lo que tendrán un sistema de gestión informatizado del mismo.
- **Grupos Funcionales Homogéneos (GFH).** Son grupos de consumo (un servicio o planta). Normalmente no tienen sistemas de gestión informatizados, pero hay algunos que sí (Como los sistemas de doble cajón o armarios de dispensación:
- **Proveedores.** Se refiere a cada uno de los proveedores de materiales de un centro.

Se trata de conceptos definidos en el sistema de gestión del centro (habitualmente el HIS-Gestión), y dependen por tanto del modelado de cada centro. Por ejemplo, un sistema de doble cajón puede ser modelado como un almacén o como un GFH, sin embargo para la mensajería definida es indiferente (serán sistemas definidos en una tabla u otra, soportan unas interacciones u otras).

Sistemas mecanizados de gestión

Existen distintos sistemas de gestión de materiales distribuidos en los centros hospitalarios, con distintos “perfiles de aplicación”.

- Sistemas de gestión de almacén mecanizado o robotizado. Son sistemas que gestionan un almacén concreto. EN el SGM deben estar configurados como “almacén” y deben soportar como mínimo toda la gama de mensajes OMS^O05, así como los MFM^M15 de actualización de catálogo.
- Sistemas de dispensación. Por ejemplo, armarios de dispensación. Estos sistemas se pueden configurar como GFH o como almacenes. Las interacciones soportadas deberán negociarse en función de las posibilidades de cada proveedor.
- Sistemas de alerta de material, como los sistemas de “doble cajón”. Estos sistemas se pueden configurar como GFH o como almacenes. Las interacciones soportadas deberán negociarse en función de las posibilidades de cada proveedor.



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE INVENTARIO (SGM)	Sistema que controla el stock de los distintos almacenes, los consumos y devoluciones por los grupos funcionales, así como los ingresos y devoluciones a los proveedores. En los hospitales de SACYL este papel es realizado por el HIS-GESTIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE SUBALMACÉN (SGS)	Sistema de información que gestiona los materiales almacenados en una sección de un centro. Es el caso de los carruseles automatizados o los sistemas de dispensación de planta.
Sistema de Gestión de Catálogo SGC	Sistema que mantiene el catálogo de los tipos de materiales sanitarios. Aunque en los hospitales de SACYL este papel es realizado por el HIS-GESTIÓN, por lo que coincide con el SGM, en esta guía se indica como un actor separado.

3.2.2. Mensajes.

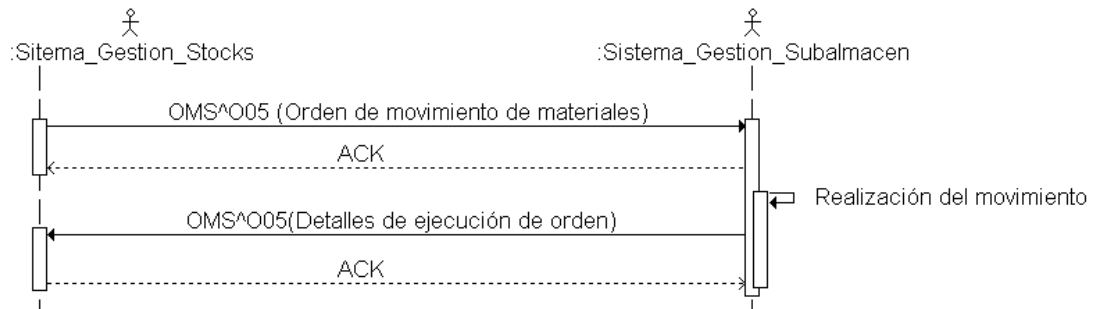
Bajo este modelo, el sistema de gestión central es el que informa a los distintos sistemas de almacenaje de movimientos de materiales (entrada de material proveniente de los almacenes del centro, o salida de material a otro destino).

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
OMS^O05	Orden de movimiento: orden de traslado de material desde un “elemento” a otro. Cada elemento puede ser: • Un almacén o sub-almacén. • Un GFH o centro de consumo. • Un proveedor externo. El tipo de movimiento vendrá definido en función del origen y destino indicados en el mensaje.	SGM	SGS
	Una notificación de un sistema de información de almacén al SGM (HIS-Gestión): • Notificación de ejecución de una orden de movimiento recibida del SGM previamente (sólo desde sistemas configurados como almacén en el SGM). • Notificación de regularización de un producto. Un almacén notifica de un consumo o aprovisionamiento no asociado a una orden previa del SGM (sólo desde sistemas configurados como almacén en el SGM). • Petición de material (cuando el sistema ha detectado que necesita material y envía una solicitud de aprovisionamiento al SGM) (sólo desde sistemas configurados como almacén o GFH en el SGM). El tipo de movimiento vendrá definido en función del origen y destino indicados en el mensaje.	SGS	SGM
ORS^O06	Indicación de error en una orden OMS^O05 recibida.	SGS	SGM
MFN^Z16	Notificación sobre el inventario de un producto al sistema central (Sólo para sistemas configurados como almacén en el SGM).	SGS	SGM
MFN^M15	Actualización de catálogo. Creación de un nuevo producto en el catálogo central,	SGC	SGM,SGS
MFK^M15	Mensaje de error al intentar actualizar el catálogo	SGM,SGS	SGC

3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

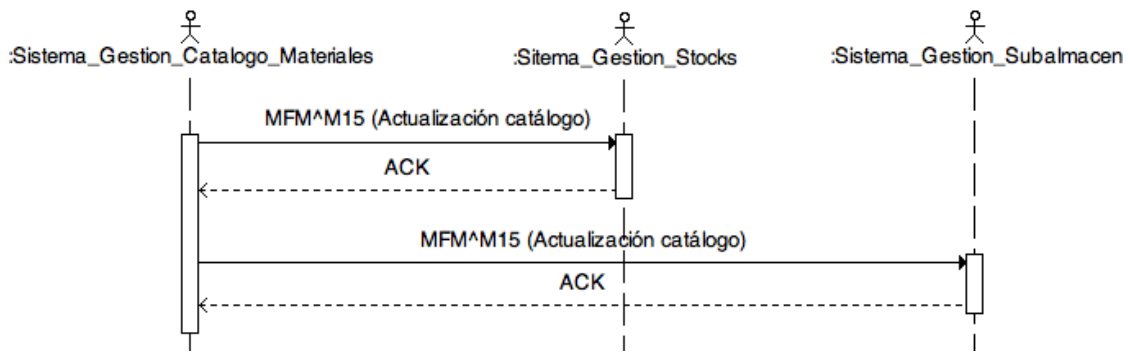
A continuación se muestra un diagrama de interacción para el conjunto de operaciones sobre gestión de materiales:



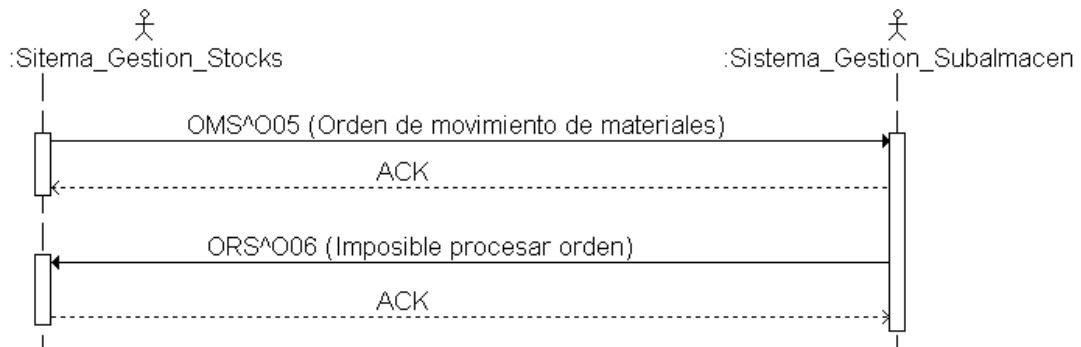
Para la comunicación de STOCK no asociadas a órdenes previas existen 2 opciones:

- “Regularización”. Los sistemas de gestión de almacén envían un mensaje con la diferencia (incremento o decremento) de cantidad respecto a lo que tenían, en un mensaje OMS^O05. Esto es típico de una comprobación de inventario donde manualmente se revisa que la cantidad supuesta no es la que existe en el almacén. En esta situación los sistemas de almacén deben estar previamente sincronizados ya se envían incrementos o decrementos de la cantidad de suministro.
- “Notificación de inventario”. Un sistema de gestión de almacén envía un informe con la cantidad que tiene de cada producto. El mensaje a utilizar entonces es un MFM^Z16. En este caso los sistemas no tienen por qué estar previamente sincronizados, si bien se pierde el control del histórico de inventario.
En este caso, los sistemas deben considerar las órdenes de peticiones como “ejecutadas”, sumando o restando las cantidades involucradas en éstas en la información enviada. Así, por ejemplo, si un sistema tienen pendiente realizar un envío a otro sistema, la cantidad del envío se considera descontada (tanto por SGM como por el SGS). En el caso que esta operación genere cantidades negativas, se enviará dicha cantidad negativa.

En el caso de la actualización de catálogo, el SGC envía una actualización a todos los sistemas:



En caso que un sistema no haya podido realizar las acciones:



3.3.2. ACK.

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

3.4. Mensaje OMS^O05 (Stock requisition order).

Mensaje utilizado para informar sobre un movimiento de material entre elementos de almacenaje. Este mensaje, en función del origen y destinatario, así como el origen y destino definido en los mismos tiene distintas funciones:

- Los mensajes con origen en SGM (HIS-Gestión del centro) son órdenes de movimiento de material. Los distintos elementos que pueden ser origen (ORC.17) o destino (RQD.9) son:
 - o Proveedores. Un movimiento con origen un proveedor indica que se trata de una carga de material recibido desde un proveedor externo. Un movimiento con destino un proveedor, indica que se trata de una orden de devolución del material al proveedor.

- o Almacén. Un movimiento con origen un almacén, indica una orden de salida desde ese almacén. Un movimiento con destino un almacén, indica una orden de aprovisionamiento de ese almacén.
- o Grupo Funcionales Homogéneos. Se refiere a puntos de consumo. Un movimiento con origen un almacén, indica una devolución de dicho GFH. Un movimiento con destino un GFH, indica un consumo por dicho GFH.
- o FUENTE. Se trata de un elemento que sólo puede ser origen de movimiento, y sirve para reflejar movimientos asociados con ajustes de inventario, en los cuales, por ejemplo, se ha localizado una cantidad de material no contabilizada previamente.
- o SUMIDERO. Se trata de un elemento que sólo puede ser destino de movimiento, y sirve para reflejar movimientos asociados con ajustes de inventario, en los cuales, por ejemplo, se ha visto que existe menos material que el contabilizado.

Las órdenes siempre parten desde el sistema de gestión de almacenes del hospital y son completadas manualmente por operadores que deben confirmar los movimientos.

- Los mensajes con origen en SGS (sistemas de gestión de almacenes) son notificaciones o peticiones. Los orígenes o destinos usados en estos mensajes son los mismos a los definidos previamente en las órdenes.
 - o Notificaciones de ejecución de movimientos. Un sistema de gestión de inventario notifica de la ejecución de un movimiento, pedido o no desde el SGM. Las notificaciones sin orden previa asociada se llaman “regularizaciones”. Dichas regularizaciones tienen habitualmente un origen FUENTE y un destino SUMIDERO.
En los centros SACYL estos movimientos sólo se admiten de los sistemas configurados como almacenes.
 - o Peticiones. Un sistema de gestión de inventario lanza una solicitud al SGM de aprovisionamiento o devolución.
En los centros SACYL estos movimientos sólo se admiten de los sistemas configurados como almacenes o como GFH.

La identificación de las distintas funciones se expresa a través del sistema de gestión de órdenes de HL7, detallados en el campo ORC.1 y ORC.5

A continuación se detallan varios movimientos, así como

ACTOR	ORIGEN		DESTINO		ESTADO ORDEN		Observaciones
Movimiento	ORC.17.1	ORC.17.3	RQD.9.1	RQD.9.3	ORC.1	ORC.5	
SGM → SGS Orden traslado de almacén a GFH	ID ALMACÉN	ALMACÉN	ID GFH	GFH	NW	--	
SGS → SGM Notificación realización traslado de almacén a GFH	ID ALMACÉN	ALMACÉN	ID GFH	GFH	SC	CM	
SGS → SGM Regularización: más material en almacén.	FUENTE		ID ALMACÉN	ALMACÉN	RE	CM	Movimiento sin orden previa
SGM → SGS Orden recibir material desde un GFH al almacén	ID GFH	GFH	ID ALMACÉN	ALMACÉN	NW	--	Se trata como una orden siempre independiente de la petición previa
SGS → SGM Notificación realización recepción material desde un GFH al almacén	ID GFH	GFH	ID ALMACÉN	ALMACÉN	SC	CM	
SGS → SGM Regularización: menos material en ALMACÉN	ID ALMACÉN	ALMACÉN	SUMIDERO		RE	CM	Movimiento sin orden previa
SGM → CARRUSEL Orden devolución material a proveedor	ID ALMACÉN	ALMACÉN	ID PROVEEDOR	PROV	NW	--	Se trata como una orden siempre independiente de la petición previa
SGS → SGM Notificación realización devolución material a proveedor	ID ALMACÉN	ALMACÉN	ID PROVEEDOR	PROV	SC	CM	
SGM → SGS Orden carga material desde un proveedor.	ID PROVEEDOR	PROV	ID ALMACÉN	ALMACÉN	NW	--	
SGS → SGM Notificación realización carga material desde un proveedor.	ID PROVEEDOR	PROV	ID ALMACÉN	ALMACÉN	SC	CM	
SGS → SGM Solicitud de material	--	--	ID GFH // ID ALMACEN	GFH // ALMACEN	NW	--	El ORC.2 estará vacío y tendrá valor el ORC.3
SGS → SGM Solicitud devolución material	ID GFH // ID ALMACEN	GFH // ALMACEN	---	----	NW	--	El ORC.2 estará vacío y tendrá valor el ORC.3

En el anterior diagrama el concepto “ALMACEN”, “GFH” y “PROVEEDOR” de los ORC.17.3 y RQD.9.3 se refieren a “99CALM_CODIGOCENTRO”, “99CGFH_CODIGOCENTRO”, y “99CPROV_CODIGOCENTRO” respectivamente, siendo CODIGOCENTRO el código del ámbito del sistema de gestión del centro (SGM), pues dichas tablas son locales a cada centro.

3.4.1. Evento disparador.

Este mensaje debe generarse tras registrarse en el sistema de gestión de almacenes la solicitud de un movimiento de material entre alguno de los almacenes, o si corresponde a una regularización, cuando ésta sea registrada.

3.4.2. Estructura.

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

<u>OMS^005^OMS_005</u>	<u>Stock Requisition Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
{	--- ORDER begin		[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
[	--- TIMING begin	RE	[0..1]
TQ1	Timing/Quantity		[1..1]
]	--- TIMING end		
RQD	Requisition Detail	R	[1..1]
[{	--- OBSERVATION begin	C	[0..n]
OBX	Observation/Result	R	[1..1]
}]	--- OBSERVATION end		
}	--- ORDER end		

Cada uno de estos segmentos contiene los siguientes datos:

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Por cada elemento de material a trasladará, existirá un grupo ORDER, con los siguientes segmentos:
 - Datos de la orden [**ORC**]. Datos generales de la orden (identificador de la petición, origen, estado).
 - Fechas y cantidades en segmento [**TQ1**]. Este segmento sólo es obligatorio en la 1ª repetición del grupo ORDER.

- Datos del material a trasladar, en el segmento **[RQD]**.
- Datos adicionales del material, en varios segmentos **[OBX]**. Sólo necesarios en caso que sea un material en depósito.

3.4.2.1.Datos de la cabecera [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será OMS^O05^OMS_O05.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.4.2.2.Datos de la petición [ORC].

El segmento ORC contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	2	ID	R	[1..1]	0119	Order Control	Order Control
2		EI	R	[1..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Nombre del sistema que genera la petición
5	2	ID	C	[0..1]	0038	Order Status	Estado de la petición
9	26	TS	R	[1..1]		Date/Time of Transaction	Fecha de inicio de la petición
12		XCN	R	[1..1]		Ordering Provider	Solicitante de la petición
16		CE	C	[0..1]		Order Control Code Reason	
16.2	100	ST	R	[1..1]		Text	Motivo de la solicitud
17		CE	C	[0..1]		Entering Organization	
17.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del origen del material
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del origen del material
17.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Sistema de codificación de las ubicaciones de materiales
27	26	TS	RE	[0..1]		Filler's Expected Availability Date/Time	Fecha esperada de realización

- *Control de orden* [ORC.1]: Se usan los valores de la tabla HL7 0119. Los valores posibles en esta transacción serán:
 - o **NW** “Nueva orden”. Se ha generado una nueva solicitud.
 - o **CA** “Solicitud de Cancelación” El peticionario solicita la cancelación de una petición.

- o **OC** “Cancelación” El sistema de almacén indica la no realización de la petición.
 - o **SC** “Cambio de estado”, Se envía cuando la petición ha sido completada.
 - o **RE** “Informe de regularización”. Es un mensaje de un sistema de gestión al sistema central indicando un ajuste en la cantidad del stock de un producto que tiene.
 - o **“RO”** “Modificación de la orden”. El peticionario notifica de un cambio en la orden previa.
- *Código de petición del sistema peticionario* [ORC.2]: El código de la petición por parte del sistema que ha solicitado el movimiento (es decir, el identificador de la petición) .
 - *Estado de la petición* [ORC.5]. cuando ORC.1 tenga el valor “NW”, no tendrá valor, en el resto de los casos alternará entre los siguientes valores:
 - o **CM** “Completada” La petición ha sido realizada.
 - o **CA** “Cancelada”. La petición se ha cancelado.

La combinación de posibles ORC.1//ORC.5 es la siguiente:

ORC.1	ORC.5	EVENTO	DESCRIPCIÓN	SENTIDO DE LA COMUNICACIÓN
NW		Nueva Orden	En el sistema de gestión central (SGM) se ha introducido una orden de movimiento.	SGM → SGS
NW		Nueva Petición	En un sistema de gestión de almacén se ha insertado una petición de material	SGS → SGM
CA	CA	Cancelación de solicitud (por el peticionario)	La petición se ha cancelado desde el sistema peticionario.	SGM → SGS
OC		Cancelación de solicitud (por el peticionario)	La petición se ha cancelado desde el sistema receptor.	SGS → SGM
SC	CM	Movimiento realizado (con una petición previa)	Informe de ejecución de los movimientos asociados a una orden previa.	SGS → SGM
RE	CM	Regularización: movimiento realizado (sin una petición previa)	Informe de ejecución de movimientos no asociados a ninguna orden previa.	SGS → SGM
RO	RP	Cambio en una orden.	En el sistema de gestión central (SGM) se ha introducido una modificación en una orden de movimiento previa.	SGM → SGS

- Fecha de inicio de la petición [ORC.9] Fecha en la que se introdujo la orden en el sistema (que puede ser diferente a la de salida de material).
- *Solicitante de la orden* [ORC.12]: Datos del profesional que solicitó la orden (código, nombre y apellidos). El formato en el que se indica es XCN.
- *Motivo* [ORC.16]: Este campo sólo afecta a las peticiones, y permite expresar el motivo de la misma.
- *Origen del servicio* [ORC.17]: Este campo permite identificar el sistema origen del material. El campo ORC.17.3 permitirá indicar qué tipo de origen tiene:
 - o Si el origen es un proveedor, el campo *ORC.17.3* tendrá valor “99CPROV _CODIGOCENTRO” Los campos *ORC.17.1* y *ORC.17.2* indicarán el código y la descripción del proveedor en la tabla de proveedores del centro.
 - o Si el origen es un GFH, el campo *ORC.17.3* tendrá valor “99CGFH _CODIGOCENTRO” Los campos *ORC.17.1* y *ORC.17.2* indicarán el código y la descripción del proveedor en la tabla de gfh del centro.
 - o Si el origen es un almacén, el campo *ORC.17.3* tendrá valor “99CALM _CODIGOCENTRO” Los campos *ORC.17.1* y *ORC.17.2* indicarán el código y la descripción del proveedor en la tabla de almacenes del centro.
 - o Si se trata de una regularización por incremento de material, no se indicará ORC.17.3 y los campos ORC.17.2 y ORC.17.3 tendrán el valor de “FUENTE”

(Siendo CODIGOCENTRO el identificador del ámbito del centro).
- *Fecha estimada de realización* [ORC.27]: En el caso que se conozca, este campo permite indicar la fecha para la que se estima el fin de movimiento (la recepción de los materiales por todos los sistemas).

3.4.2.3. Tiempos [TQ1].

Este segmento permite especificar datos relativos a los momentos de inicio y fin de la operación y generales del pedido. Los campos que se usan del segmento son:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	HL70485	Set ID – TQ1	Set ID
7	26	TS	RE	[0..1]		Start date/time	Fecha inicio operación (salida material)
8	26	TS	RE	[0..1]		End date/time	Fecha fin operación (llegada material)
9	CWE		RE	[0..1]		Priority	
9.1	20	ST	R	[1..1]		identtifier	
9.2	10	ST	R	[1..1]		Text	
9.3	10	ST	R	[1..1]		Coding System	
14	10	NM	R	[1..1]		Total Occurrences	Nº de "líneas" de la orden

- *SetID* [TQ1.1] Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor
- *Momento de inicio de las operaciones* [TQ1.9]: Fecha de salida de material, si es que el sistema la conoce. Se deberá transmitir con precisión de minutos al menos.
- *Fecha fin de operación* [TQ1.8] Fecha en la que todo el material ha llegado a sus destino (si es que el sistema la conoce). Se deberá transmitir con precisión de minutos al menos.
- *Prioridad* [TQ1.9]: Describe la urgencia de la petición. Si el campo está en blanco, se entenderá que es de prioridad normal. Los valores a utilizar pueden ser los siguientes (extraídos de la tabla

HL7 0485):

CWE.1	CWE.2	DESCRIPCIÓN
R	Normal	Petición rutinaria (por defecto).
S	Urgente	Con la máxima prioridad.

- *Número de operaciones* [TQ1.14] Número total de operaciones (líneas) en la petición.

3.4.2.4.Datos del artículo [RQD].

El segmento RQD contiene los siguientes campos:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	4	SI	RE	[0..1]		Requisition Line Number	Nº de línea en la petición
3		CE	RE	[0..1]		Item Code - Internal	
3.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Identificador del producto (en el HIS)
3.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del producto
3.3	20	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	
5	6	NM	R	[1..1]		Requisition Quantity	Cantidad solicitada
7	30	IS	O		0319	Dept. Cost Center	
8	30	IS	O		0320	Item Natural Account Code	Tipo de gestión del material
9		CE	R	[1..1]		Deliver To ID	
9.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Destino (código)
9.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Destino (descripción)
9.3	20	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	

- *Nº de línea en la petición [RQD.1]* Número de secuencia dentro de la petición.
- *El código de material [RQD.3]* se indica en el catálogo del HIS del centro. El elemento es de tipo CE y su contenido es de la forma:
 - o Identificador [CE.1] (en el catálogo)
 - o Descripción [CE.2]
 - o Catálogo usado [CE.3] que será "99CMAT_CODIGOCENTRO" para RQD.3.3 (siendo CODIGOCENTRO el identificador del ámbito del HIS).
- *Centro de gasto [RQD.7]* Se refiere al centro de gasto al que está asociado el destino del movimiento.
- *Cantidad de material [RQD.5]* En los elementos en depósito será "1".
- *Tipo de gestión del material [RQD.8]:* Permite indicar si el material es del hospital o si está en custodia. Se codifica a través de la tabla 0320

Tabla de usuario 0320

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Gestión normal. EL material has ido comprado por el hospital
DEPOSITO	EL material etá en depósito en el hospital hasta su uso

- *Destino del material [RQD.9]:* Este campo permite identificar el sistema destinatario del material. El campo RQD.9.3 permitirá indicar qué tipo de destino tiene:

- o Si el origen es un proveedor, el campo RQD.9.3 tendrá valor “99CPROV _CODIGOCENTRO” Los campos RQD.9..1 y RQD.9..2 indicarán el código y la descripción del proveedor en la tabla de proveedores del centro.
- o Si el origen es un GFH, el campo RQD.9.3 tendrá valor “99CGFH _CODIGOCENTRO” Los campos RQD.9.1 y RQD.9.2 indicarán el código y la descripción del proveedor en la tabla de gfh del centro.
- o Si el origen es un almacén, el campo RQD.9.3 tendrá valor “99CALM _CODIGOCENTRO” Los campos RQD.9.1 y RQD.9.2 indicarán el código y la descripción del proveedor en la tabla de almacenes del centro.
- o Si se trata de una regularización por decremento de material, no se indicará RQD.9.3 y los campos RQD.9.2 y RQD.9.3 tendrán el valor de “SUMIDERO”

3.4.2.5.Datos adicionales del artículo [OBX].

El segmento OBX permite informar de características específicas sobre el material del que trata la orden.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0125	Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]		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
5	99999	ST/FT/EI	R	[1..1]		Observation Value	Valor del resultado
11	1	ID	R	[1..1]	F	Observation Result Status	Estado 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
ST	Cadena de caracteres
EI	Identificador jerárquico

- 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).
- Adicionalmente el segmento OBX permite enviar información adicional sobre observaciones (en todas ellas, el valor OBX.3.3 será "LN" correspondiente a la tabla LOINC).

DATO OBX.3.2	CÓDIGO OBX.3.1	TIPO DE DATO OBX.2	TIPO DE DATO EN OBX.5
Identificador único del producto	10267-3	EI	OBX.5 será de tipo EI, y contendrá los siguientes datos: • OBX.5.1 (EI.1) El identificador único del producto. • OBX.5.2 (EI.2) El identificador único del sistema de gestión de almacenes que ha asignado ese identificador único.
Nº de serie	43157-7	EI	OBX.5 será de tipo EI, y contendrá los siguientes datos: • OBX.5.1 (EI.1) El número de serie del producto. • OBX.5.2 (EI.2) El identificador único del sistema de gestión de almacenes que ha asignado es número de serie.
Nº de lote	30959-1	EI	OBX.5 será de tipo EI, y contendrá los siguientes datos: • OBX.5.1 (EI.1) El número de lote del producto.. • OBX.5.2 (EI.2) El identificador único del sistema de gestión de almacenes que ha asignado ese número de lote.

- Valor [OBX.5] Este campo contendrá el valor del dato a transmitir.
- Estado del resultado [OBX.11]. Ya que sólo se envían resultados validados, este campo

podrá tener los siguientes valores:

Valor	DESCRIPCIÓN
F	Resultado final

3.5.Mensaje ORS^O06 (Stock requisition order acknowledgment).

Este mensaje es enviado desde un sistema de gestión de material si al intentar procesar una orden recibida (a través de un OMS^O05), descubre que es imposible llevarla a cabo: por ejemplo, por un fallo de catálogo, un fallo de permisos, etc..

3.5.1. Evento disparador.

El mensaje se enviará si el sistema ha aceptado previamente una orden, pero descubre más adelante que le es imposible procesarla.

3.5.2. Estructura.

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

<u>ORS^O06^ORS_006</u>	<u>Stock Requisition Order Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgment		
[ERR]	Error		
{	--- ORDER begin		[1..n]
ORC	Common Order	R	[1..1]
[	--- TIMING begin	RE	[0..1]
TQ1	Timing/Quantity		[1..1]
]	--- TIMING end		
RQD	Requisition Detail	R	[1..1]
[RQ1]	Requisition Detail-1		
}	--- ORDER end		

El segmento MSA indica si la petición se ha podido procesar o no. En caso que haya ocurrido un error, éste se reflejará en el segmento ERR.

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en el segmento MSA, el resto de segmentos son copias de la petición original.

3.5.2.1.Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será ORS^O06^ORS_O06.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

3.5.2.2.Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento debe contener información sobre el estado de ejecución de la petición:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	2	ST	R	[1..1]		Acknowledgment Code	Código de Aceptación
2	20	ST	R	[1..1]		Message Control ID	Identificador del mensaje contestado

- *Código de aceptación* [MSA.1]: Indica si el mensaje ha sido admitido o no por el sistema receptor.
 - o Si todo ha ido bien, será “AA”.
 - o Por el contrario si ha ocurrido un error será “AE”, y el mensaje contendrá un segmento ERR.
- *ID del mensaje* [MSA.2]: Valor del MSH-10 del mensaje al que está respondiendo.

3.5.2.3.Descripción del error [ERR].

En el caso que el mensaje indique un error (MSA.1=“AE”), se deberá enviar este segmento con la descripción del mismo.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
3	CWE		R	[1..1]		HL7 Error code	Código de error
3.1	20	ST	R	[1..1]	600	identifier	
3.2	10	ST	R	[1..1]	ERROR	Text	
3.3	10	ST	R	[1..1]	HL70357	Coding System	
4	1	ID	R	[1..1]		Severity	Severidad
7	200	TX	R	[1..1]		Diagnostic Information	Información de diagnóstico

- *Código de Error* [ERR.3]: Valores fijos:
 - o CWE.1: “600”
 - o CWE.2: “Error”
 - o CWE.3: HL70357

- *Severidad [ERR.4]: Valor fijo a "E" (Error)*
- *Información de diagnóstico [ERR.7]: Descripción textual del problema.*

3.5.2.4.Descripción de la Petición [ORC].

Este segmento es copia del enviado en la petición original. Con la salvedad de los siguientes campos:

- ORC.1: En base a la orden recibida, serán posibles los siguientes códigos:
 - o "UA", en el caso que no se haya podido aceptar una orden. El OMS^O05 recibido tiene un ORC.1="NW" o un ORC.1="RO"
 - o "UC" en caso que movimiento rechazado sea el de cancelación de una orden previa. El OMS^O05 recibido tiene un ORC.1="CA".
- ORC.5: Deberá ser: "CA" (Petición cancelada)

3.5.2.5.Tiempos [TQ1].

Este segmento será copia del enviado en la petición (en el caso que éste se enviara).

3.5.2.6.Datos del artículo [RQD].

Este segmento será copia del enviado en la petición.

3.6. *Mensaje MFN^M15 (Master File Notification).*

Este mensaje es enviado para indicar un nuevo dato en el catálogo de materiales disponibles. En este caso el sistema de gestión de stocks enviará el mensaje al resto de sistemas de gestión de almacenes.

3.6.1. Evento disparador.

El alta o modificación de un registro de catálogo en el sistema central.

3.6.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>MFN^M15^MFN_M15</u>	<u>Master File Notification</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
{	--- MF_INV_ITEM begin	R	[1..n]
MFE	Master File Entry	R	[1..1]
IIM	Inventory Item Master	R	[1..1]
ZIM	Inventory Item Master (Extra)	R	[1..1]
}	--- MF_INV_ITEM end		

El mensaje permite actualizar varios registros de un catálogo:

- El segmento **[MSH]** contine la información habitual sobre origen, destino , fecha dle mensaje, etc.
- EL segmenteo **[MFI]** permite especificar qué catálogo o registro se está actualizando.
- Por cada registro a actualizar se envía un grupo MF_INV_ITEM que contiene:
 - o El modo de actualización del registro, en un segmento **[MFE]**.
 - o Los datos del elemento del inventario en un segmento **[IIM]**.
 - o Los datos específicos del catálogo de SACYL, en un segmento **[ZIM]** (se trata de un segmento Z añadido por el hospital).

3.6.2.1.Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFN^M15^MFN_M15

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.6.2.2.Identificación Maestro [MFI].

Este segmento identifica el catálogo o registro sobre el que se está informando y el tipo de actualización.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ #Ref	NOMBRE ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	CE	R	[1..1]	0175	Master File Identifier	Sistema responsable del registro/catálogo Tipo de actualización Momento de entrada en funcionamiento
1.1	20	ST	R	[1..1]	INV		
1.2	199	ST	R	[1..1]	INVENTARIO		
1.3	20	IS	R	[1..1]	HI70175		
2	180	HD	R	[1..1]	0361	Master File Application Identifier	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Namespace ID	
3	3	ID	R	[1..1]	0178	File-Level Event Code	
5	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	
6	2	ID	R	[1..1]	ER	Response Level Code	

La información a especificar es:

- *Tipo de registro* [MFI.1]. Permite indicar que se está actualizando el sistema de inventario, en base a los valores de la tabla 0175.

Tabla HL7 0175, ampliada para el escenario

SITUACIÓN	CÓDIGO MFI.1.1	DESCRIPCIÓN MFI.1.2
Mensaje de actualización de catálogo de materiales	INV	Inventario

o *MFI.1.3 "HL70175"*

- *Responsable del catálogo* [MFI.2.1]. Permite indicar el sistema responsable del catálogo o registro que se está actualizando. En el caso, identificará la aplicación a la que se dirige la información.
- *Tipo de actualización* [MFI.3]. Permite especificar si los registros que se envían son el contenido de la tabla de catálogo, o sólo los registros actualizados. Puede tomar uno de los siguientes valores

Tabla HL7 0178

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
REP	Envío completo del catálogo. Reemplazar el contenido de la tabla en el sistema con el contenido del mensaje.
UPD	Se envían sólo la actualización de algunos registros.

- *Momento de entrada en funcionamiento* [MFI.4] Fecha del cambio.
- *Tipo de respuesta esperada* [MFI.6] Copia del MSH.16. "ER".

3.6.2.3.Modificación Registro Maestro [MFE].

Este segmento se envía por cada nuevo registro que cambia

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]	0180	Record-Level Event Code	Acción de registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	Momento del cambio
4		CE	R	[1..2]		Primary Key Value – MFE	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código del elemento
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del elemento
4.3	20	IS	R	[1..1]	99CMAT_CODI GOCENTRO	Name of Coding System	Catálogo sobre el que se actúa
5	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type	

- *Acción de Registro* [MFE.1] Tipo de acción requerida con el registro. Puede ser:

Tabla HL70180 restringida para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
MAD	Nuevo registro. Añadir al catálogo
MUP	Cambios en el registro. Actualizar
MDC	Desactivar registro.
MAC	Activar registro.

- *Control ID* [MFE.2]. Identificador único del cambio de registro.
- *Momento del cambio* [MFE.3] Momento en que se produjo el cambio.
- *Identificador del elemento* [MFE.4] Código del elemento en el catálogo de productos.
En caso de actualización de catálogo corresponderá a un elemento nuevo. Para identificar el catálogo usado el valor de (MFE.4.3) será "99CMAT_CODIGOCENTRO" (siendo CODIGOCENTRO el identificador del centro).
En el caso que entre la actualización de catálogo se produzca un cambio de código asociado al producto, este campo contendrá:
 - o En la primera repetición, el código nuevo del producto.
 - o En la segunda repetición, el código asociado anterior. Ese valor también se envía en el campo ZIM.10

- *Tipo de dato del identificador* [MFE.5] Tipo de dato de MFE.4 valor fijo a “CE” en esta especificación.

3.6.2.4. Elemento de Inventario [IIM].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	CWE	R	[1..1]			Primary Key Value - IIM	
1.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código o Identificador del material
1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción
1.3	20	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	
2	CWE	R	[1..1]			Service Item Code	
2.1	20	ST	R	[1..1]	NA	Identifier	Código o Identificador del servicio del material
2.2	199	ST	R	[1..1]	NA	Text	Descripción
2.3	20	ID	R	[1..1]	HL70532	Name of Coding System	
3	250	ST	RE	[0..1]		Inventory Lot Number	Nº de lote
4	26	TS	RE	[0..1]		Inventory Expiration Date	Fecha de caducidad
5	CWE	RE	[0..1]			Inventory Manufacturer Name	
5.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Identificador del proveedor
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del proveedor
5.3	20	ID	R	[1..1]	99CPROV _CODCEN TRO	Name of Coding System	
10	12	MO	RE	[0..1]		Inventory Received Item Cost	
10.1	16	NM	R	[1..1]		Quantity	Precio (cantidad numérica)
10.2	3	ID	R	[1..1]	EUR	Denomination	Precio (moneda en ISO 4217)

- Código del material [IIM.1]. Corresponde al elemento MFE.4
- Tipo de material [IIM.2] Este campo indica el servicio o tipo de prestación para el que está asociado el material. En el actual escenario de Sacyl no aplica se enviará el valor “NA” codificado bajo la tabla HL70532. Es válido también el envío del mismo valor que en IIM.1.
- Nº de lote [IIM.3]
- Fecha de caducidad (si se conoce) [IIM.4]
- Proveedor [IIM.5] El identificador y el nombre en el catálogo de proveedores del centro.
- Precio por unidad [IIM.10]. Se indica la cantidad en IIM.10.1 y la moneda en IIM.10.2 en base a las ISO 4217 (EUR para euros).

3.6.2.5.Datos adicionales de Inventario [ZIM].

Se trata de un segmento Z, extensión específica de Sacyl.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	ST	RE			Nº de serie	Nº de serie
2	12	NM	RE			Cantidad mínima	Cantidad (minima)
3	12	NM	RE			Cantidad máxima	Cantidad (máxima)
4	40	ST	RE			Unidades de medida	Unidades de medida
5	40	ST	RE			Unidades de despacho	Unidades de despacho
6	12	NM	RE			Relación unidades	Relación uniades de medida/despacho
7	20	ST	RE		0320	Sistema de gestión	Sistema de gestión
9		EI	RE				
9.1	199	ST	R			Entity Identifier	Identificador único del material
9.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema que ha asignado el valor 9.1
10		CE	C			Old Primary Key Value	Código previo asociado

- *Nº de serie (si se conoce) [ZIM.1]*
- *Cantidad (mínima) [ZIM.2]*
- *Cantidad (máxima) [ZIM.3].*
- *Unidades de medida [ZIM.4].*
- *Unidades de despacho [ZIM.5].*
- *Relación entre unidades [ZIM.6]* Relación de unidades de medida por cada unidad de despacho.
- *Tipo de gestión del material [ZIM.7]* Permite indicar si el material es de depósito o no, en uno de los valores de la siguiente tabla:

Tabla de usuario 0320

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Gestión normal. EL material has ido comprado por el hospital
DEPOSITO	EL material etá en depósito en el hospital hasta su uso

- *Identificador único del material [ZIM.9].* Indica el identificador único del material, para situaciones en que sea necesario identificar únicamente cada instancia del material.
 - o ZIM.9.1 contiene el identificador del material.
 - o ZIM.9.2 contiene el identificador del sistema que ha asignado el valor ZIM.9.1.
 De esta manera ZIM.9.1 y ZIM9.2 forman un identificador universal.
 En caso de utilizar este campo, el identificador de cantidad (IIM.12) será "1".

- *Código previo asociado [ZIM.10].* En el caso que la actualización de datos incluya el cambio de código de catálogo, este campo incluirá la información del código anterior,

3.7. Mensaje MFN^Z16 (Inventory Notification).

Este mensaje es enviado para indicar los datos de inventario de un sistema almacén al sistema de gestión. No puede ser usado por un sistema configurado como GFH.

Estos mensajes se diferencian de los de regularización en que no es necesario que los sistemas estén previamente sincronizados, pues se envía la cantidad total de un artículo, no su incremento o decremento. Por tanto, deberán usarse en situaciones de carga inicial o de desajuste. Su uso continuado en un escenario normal se aconseja pues se pierde el registro de cargas y consumos.

3.7.1. Evento disparador.

Corresponde al envío del inventario de productos desde los sistemas de almacén al sistema de gestión centralizada.

Puede ser un evento periódico o a través de una orden introducida por un operador.

3.7.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>MFN^Z16^MFN_M15</u>	<u>Master File Notification</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
{	--- MF_INV_ITEM begin	R	[1..n]
MFE	Master File Entry	R	[1..1]
IIM	Inventory Item Master	R	[1..1]
ZIM	Inventory Item Master (Extra)	R	[1..1]
}	--- MF_INV_ITEM end		

El mensaje permite actualizar la información del stock de materiales en un depósito:

- El segmento **[MSH]** contiene la información habitual sobre origen, destino, fecha de mensaje, etc.
- El segmento **[MFI]** permite especificar qué catálogo o registro se está actualizando.

- Por cada registro a actualizar se envía un grupo MF_INV_ITEM que contiene:
 - o El modo de actualización del registro, en un segmento [MFE].
 - o Los datos del elemento del inventario en un segmento [IIM].
 - o Los datos específicos del catálogo de SACYL, en un segmento [ZIM]

3.7.2.1.Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFN^Z16^MFN_M15.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

3.7.2.2.Identificación Maestro [MFI].

Este segmento identifica el catálogo o registro sobre el que se está informando y el tipo de actualización.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ #Ref	NOMBRE ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	CE	R	[1..1]	0175	Master File Identifier	Sistema responsable del registro/catálogo Tipo de actualización Momento del cambio.
1.1	20	ST	R	[1..1]	STK		
1.2	199	ST	R	[1..1]	STOCK		
1.3	20	IS	R	[1..1]	HI70175		
2	180	HD	R	[1..1]	0361	Master File Application Identifier	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Namespace ID	
3	3	ID	R	[1..1]	0178	File-Level Event Code	
5	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	
6	2	ID	R	[1..1]	ER	Response Level Code	

La información a especificar es:

- *Tipo de registro* [MFI.1]. Permite indicar que se está actualizando el sistema de inventario, en base a los valores de la tabla 0175.

Tabla HL7 0175, ampliada para el escenario

SITUACIÓN	CÓDIGO MFI.1.1	DESCRIPCIÓN MFI.1.2
Mensaje de actualización del stock de un material	STK	Stock

o MFI.1.3 “HL70175”

- *Responsable del catálogo* [MFI.2.1]. Permite indicar el sistema responsable del catálogo o registro. En este caso contendrá el identificador del sistema o a aplicación que lo ha generado.
- *Tipo de actualización* [MFI.3]. Valor fijo a “UPD”.

Tabla HL7 0178

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
UPD	Se envían sólo la actualización de algunos registros.

- *Momento del cambio* [MFI.4] Fecha del cambio.
- *Tipo de respuesta esperada* [MFI.6] Copia del MSH.16. “ER”.

3.7.2.1.Modificación Registro Maestro [MFE].

Este segmento se envía por cada nuevo registro que cambia

SEQ	LEN	DT	OPT	RPI#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]	0180	Record-Level Event Code	Acción de registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	Momento del cambio
4		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFE	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código del elemento
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del elemento
4.3	20	IS	R	[1..1]	99CMAT_CODIG OCENTRO	Name of Coding System	Catálogo sobre el que se actúa
5	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type	

- *Acción de Registro* [MFE.1] Tipo de acción requerida con el registro.

Tabla HL70180 restringida para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
MUP	Cambios en el registro. Actualizar

- *Control ID* [MFE.2]. Identificador único del cambio de registro.
- *Momento del cambio* [MFE.5] Momento en que se produjo el cambio.
- *Identificador del elemento* [MFE.4] Código del elemento en el catálogo de productos. El campo (MFE.4.3) identificará el catálogo local del centro, "99CMAT_CODIGOCENTRO" (siendo CODIGOCENTRO el identificador del centro).
- *Tipo de dato del identificador* [MFE.5] Tipo de dato de MFE.4 valor fijo a "CE" en esta especificación.

3.7.2.2. Elemento de Inventario [IIM].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	CWE	R	[1..1]			Primary Key Value - IIM	
1.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código o Identificador del tipo de material
1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción
1.3	20	ID	R	[1..1]		Name of Coding System	
2	CWE	R	[1..1]			Service Item Code	
2.1	20	ST	R	[1..1]	NA	Identifier	Código o Identificador del servicio
2.2	199	ST	R	[1..1]	NA	Text	Descripción
2.3	20	ID	R	[1..1]	HL70532	Name of Coding System	
3	250	ST	RE	[0..1]		Inventory Lot Number	Nº de lote
12	12	NM	R	[1..1]		Inventory On Hand Quantity	Cantidad

- *Código del material* [IIM.1]. Idéntico al elemento MFE.4.
- *Tipo de material* [IIM.2] Este campo indica el servicio o tipo de prestación para el que está asociado el material. En el actual escenario de Sacyl no aplica se enviará el valor "NA" codificado bajo la tabla HL70532.
- *Nº de lote* [IIM.3].
- *Cantidad* [IIM.12]

3.7.2.3.Datos adicionales de Inventario [ZIM].

Este segmento permite informar de datos específicos de la gestión de materiales en Sacyl. Es el mismo usado en el mensaje MFM^M15.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	ST	RE			Nº de serie	Nº de serie
7	20	ST	RE		0320	Sistema de gestión	Sistema de gestión
8	XCN		R			User	Usuario
9		EI	RE				
9.1	199	ST	R			Entity Identifier	Identificador único del material
9.2	20	IS	R			Namespace ID	Identificador del sistema que ha asignado el valor 9.1

- *Nº de serie (si se conoce) [ZIM.1]*
- *Tipo de gestión [ZIM.7].* Permite indicar si el material está en depósito o no. Toma un valor de la siguiente tabla:

Tabla de usuario 0320

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Gestión normal. EL material has ido comprado por el hospital
DEPOSITO	EL material etá en depósito en el hospital hasta su uso

- *Usuario [ZIM.8].* Usuario que ha activado el envío del dato
- *Identificador único del material [ZIM.9].* Indica el identificador único del material, para situaciones en que sea necesario identificar únicamente cada instancia del material.
 - o ZIM.9.1 contiene el identificador del material.
 - o ZIM.9.2 contiene el identificador del sistema que ha asignado el valor ZIM.9.1.De esta manera ZIM.9.1 y ZIM9.2 forman un identificador universal.
En caso de utilizar este campo, el identificador de cantidad (IIM.12) será "1".

3.8. Mensaje MFK^M15 (Master File App Acknowledgment).

Este mensaje es enviado desde alguno de los sistemas que tras recibir un mensaje de actualización de catálogo (MFN^M15 o MFN^Z16) haya encontrado un error en su procesado.

A la hora de considerar las cantidades inventariadas los sistemas deben incluir en éstas todas las involucradas en las órdenes de movimientos pendientes. Así, por ejemplo, si un sistema

tiene pendiente realizar una salida de material, la cantidad del envío se descontará automáticamente (tanto por SGM como por el SGS) En el caso que esto genere una cantidad negativa, se enviará dicha cantidad negativa.

3.8.1. Evento disparador.

Si se detecta la imposibilidad de procesar alguna de las actualizaciones de catálogo.

3.8.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>MFK^M15^MFK_M01</u>	<u>Master File Application Acknowledgment</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
[{ MFA }]	Master File ACK segment	R	[1..1]

La razón por la que nos se ha podido procesar la petición se indica en los segmentos MSA Y ERR.

El segmento MFI es copia de la orden original, y los segmentos MFA permiten identificar los registros que no han podido actualizarse.

3.8.2.1.Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFK^M15^MFK_M01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "NE" respectivamente.

3.8.2.2.Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado "Detalles de aceptación [MSA]", en la sección de segmentos comunes.

3.8.2.3.Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Descripción del Error [ERR]”, en la sección de segmentos comunes.,

3.8.2.4.Identificación Maestro [MFI].

Este segmento es copia del enviado en la actualización de catálogo original.

3.8.2.5.Detalles de aceptación de registro [MFA].

Este segmento identifica el problema particular al procesar un registro:

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	3	ID	R	[1..1]	0180	Record-Level Event Code	Acción del registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Event Completion Date/Time	Momento del cambio
4	250	CE	R	[1..1]	0181	MFN Record Level Error Return	
5.1	20	ST	R	[1..1]	U	Code	
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del error
5.3	20	IS	R	[1..1]	HL70181	Name of Coding System	
5		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFA	
5.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código del elemento
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del element
5.3	20	IS	R	[1..1]	99REMEDIOS	Name of Coding System	
6	3	ID	R	[1..1]	CE	01320	Primary Key Value Type - MFA

El contenido de los campos de este segment es el siguiente:

- *Acción del registro* [MFA.1] Copia de la acción correspondiente en el segmento MFE.
- *Control ID* [MFA.2] Control ID del semento MFE al que se está contestando.
- *Momento del cambio* [MFA.3] Copia de la información correspondiente en el segmento MFE
- *Estado de error* [MFA.4] Dado que este segmento se envía sólo para errores, este campo permite describir el error. Sus componentes tienen la siguiente información:
 - o CE.1 Fijo a 'U' indicando que no se ha podido llevar a cabo la acción.
 - o CE.2, contiene la descripción del error.
 - o CE.3, 'HL70181'
- *Elemento a actualizar:* [MFA.5] Copia de la información correspondiente en el segmento MFE.

3.9. Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge).

Este mensaje, así como sus segmentos y tipos de datos específicos se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

3.10. Mensaje QBP^Z01 de consulta de inventario.

Este mensaje permite realizar consultas a un sistema sobre la cantidad de stock que tiene de un producto.

A la hora de considerar las cantidades inventariadas los sistemas deben incluir en éstas todas las involucradas en las órdenes de movimientos pendientes. Así, por ejemplo, si un sistema tiene pendiente realizar una salida de material, la cantidad del envío se descontará automáticamente (tanto por SGM como por el SGS) En el caso que esto genere una cantidad negativa, se enviará dicha cantidad negativa.

3.10.1. Evento disparador.

Esta consulta será iniciada por cualquier sistema que necesite conocer los datos de inventario en el SGM.

3.10.2. Estructura.

La estructura abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>QBP^Q22 QBP Q21</u>	<u>Q22 Find Candidates</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
QPD	Query Parameter Definition Segment	R	[1..1]
RCP	Response Control Parameters	R	[1..1]

El mensaje solicita una lista de elementos y su inventario que coincida con los criterios establecidos en el segmento QPD.

El mensaje, se organiza de la siguiente manera:

- **Cabecera** (segmento MSH). Detalles de envío y recepción propios de la capa de transmisión (emisor, receptor, codificación, versión, id del mensaje, etc.).
- **Consulta** (segmento QPD). Datos con los que ejecutar la consulta.
- **Tratamiento de la consulta** (segmento RCP). Datos relativos a cómo debe ser atendida la consulta (Ej.: prioridad). Para el escenario presentado, no son relevantes.

Los parámetros de la consulta (definidos en el segmento QPD) son los siguientes:

Field Name	Key/ Search	Sort	LEN	TYPE	Opt	Rep	Match Op	ElementName
MasterFileIdentifier				CE	R	N		
PrimaryKey				CE	C	Y		

Y se especifican de la siguiente manera:

Input Parameter	Comp. Name	DT	Description
MasterFileIdentifier [QPD.3]	CE		Components: <identifier (ST)> ^ <text (ST)> ^ <name of coding system (IS)> ^ <alternate identifier (ST)> ^ <alternate text (ST)> ^ <name of alternate coding system (IS)>
	Identifier	ST	Valor posible dentro de los valores habilitados para esta consulta (ej: "STK").
	Text	ST	Valor posible dentro de los valores habilitados para esta consulta (ej: "Materiales almacenables").
	Name of cod syst.	IS	Valor fijo a "HL70175"
PrimaryKey [QPD.4]	CWE		Components: <identifier (ST)> ^ <text (ST)> ^ <name of coding system (IS)> ^ <alternate identifier (ST)> ^ <alternate text (ST)> ^ <name of alternate coding system (IS)>
	Identifier	ST	Código del elemento a consultar
	Text	ST	Descripción del elemento a consultar.
	Name of cod syst.	IS	Tabla en la que esté definido el elemento a consultar. Para consultas de inventario sobre materiales almacenables el valor será: "99CMAT_CODIGOCENTRO" (Siendo CODIGOCENTRO el código del centro)

El campo QPD.4 permite definir el conjunto de materiales por los que preguntar. En caso que la consulta se refiera a todos los materiales, entonces no se enviará ningún QPD.4.

3.10.3. Segmentos

3.10.3.1.Segmento MSH.

Este segmento se ajusta a las reglas definidas en el apartado de segmentos comunes.

La única particularidad es que en este caso el valor del tipo de mensaje será "QBP^Q22_QBP_Q21".

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

3.10.3.2.Segmento QPD.

El segmento QPD corresponde al método "Consulta por parámetro". La estructura del segmento para la consulta de inventario se define de la siguiente manera:

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	CE		R	[1..1]	0471	Message Query Name	Código de conformance bajo el que está definida la consulta
1.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	
1.3	20	ST	R	[1..1]		Text	
1.3	7	ID	C	[0..1]	HL70471	Name of Coding System	
2	199	ST	R	[1..1]		Query Tag	Identificador único de la consulta
3	CE		R	[1..1]		MasterFileIdentifier	Tipo de maestro de consulta
3.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	
3.2	20	ST	R	[1..1]		Text	
3.3	7	ID	C	[0..1]	HL70175	Name of Coding System	
4	CE		R	[0..n]	PrimaryKey		ID del elemento a consultar
4.1	3	ST	RE	[0..1]		Identifier	
4.2	20	ST	R	[1..1]		Text	
4.3	7	ID	C	[0..1]		Name of Coding System	
							Catálogo donde está descrito el elemento a consultar

Los elementos se definen de la siguiente manera:

- *Conformance de la Consulta* [QPB.1]: Su valor queda fijado por el estándar HL7, al ser una consulta definida. Los valores de sus campos son:
 - o *Consulta de usuarios (QBP^Q22)*
 - *CE-1:"Q22".*
 - *CE-2:"Stock Query".*
 - *CE-3: "HL70471".*
- *Identificador de la Consulta* [QPB.2]: Un identificador alfanumérico único que identifica la consulta. Debe ser nuevo y único para cada interacción.
- *Datos sobre la consulta* [QPB.3]: Tipo de maestro. Los posibles conjuntos de datos por los que se quiera consultar son:

- Tipos de materiales sobre los que se consulta, de la tabla *HL70175*

CONSULTA	QBP.3/CE.1	QBP.3/CE.2
Materiales “almacenable”	STK	Stock

- Elemento a consultar [QPB.4]: Este dato indica el elemento de stock sobre el que se realiza la consulta. Si no se envía QBP.4, se entiende que se está consultando por todo el conjunto de elementos del conjunto definido en QBP.3.

En el caso de consulta de materiales almacenables (QBP.3.1='STK') el tipo de catálogo a usar será 99CMAT_CODIGOCENTRO siendo CÓDIGOCENTRO el código de centro.

3.10.3.3.Segmento RCP.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	ID	2	R	[1..1]		Query Priority	Prioridad de consulta

Todas las consultas realizadas son de la máxima prioridad. Por lo tanto el campo RCP.1 “Prioridad de la consulta” debe tener valor “I” (solicitando respuesta inmediata).

- *Prioridad de la Consulta* [RCP.1^R]: “I”.

3.11.Mensaje respuesta de consulta de inventario

RSP^Z02^RSP_Z02

Este mensaje corresponde al inmediatamente generado como contestación a una consulta de inventario (QBP^Z01).

3.11.1. Evento disparador.

Este mensaje debe enviarse con los resultados de la búsqueda solicitada por el mensaje QBP^Z01.

3.11.2. Estructura.

La definición de estructura abstracta para el mensaje es la siguiente:

RSP^Z02^RSP_Z02

<u>RSP^Z02^RSP Z02</u>	<u>Q02 Respuesta de inventario de productos</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Message Acknowledgement	R	[1..1]
[ERR]	Error	C	[0..1]
QAK	Query Acknowledgement	R	[1..1]
QPD	Query Parameter Definition Segment	R	[1..1]
[	--- QUERY_RESULT_CLUSTER begin	C	[0..1]
MFI	Master File Identification		[1..1]
{[	--- MF_INV_ITEM begin		[0..n]
IIM	Inventory Item Master		[1..1]
}]	--- MF_INV_ITEM end		
	--- QUERY_RESULT_CLUSTER end		

El *payload* del mensaje contiene ninguno o un único grupo QUERY_RESULT_CLUSTER con un segmento MFE, y varios grupos MF_INV_ITEM con los resultados.

En caso de haberse producido un error, se incorpora el segmento ERR con los datos del mismo (en este caso no habrá ningún segmento PID).

Los datos enviados en el mensaje son los siguientes:

- Cabecera (segmento MSH). Detalles de envío y recepción propios de la capa de transmisión (emisor, receptor, codificación, versión, id del mensaje, etc.). Dado que es una respuesta, contendrá datos asociados a la cabecera de la consulta.
- Datos de aceptación (segmento MSA). Datos relativos al procesado del mensaje al que se está contestando, así como de si ha ocurrido algún error.
- Datos de la consulta (segmento QAK). Datos relativos al procesado de la consulta al que se está contestando. Ej: nº de registros retornados.
- Datos de error (segmento ERR). En caso de producirse un error, contendrá el detalle del mismo.
- Consulta (segmento QPD). Repetición del segmento QPD de la pregunta. No es necesario repetir el campo QPD.3, pero no es un error enviarlo.
- Bloque de respuesta: el elemento QUERY_RESULT_CLUSTER agrupa todos los registros de la respuesta.
 - o Datos del inventario sobre que se consulta, en el segmento MFI.
 - o Por cada elemento que cumpla las condiciones de búsqueda, se enviará en un segmento IIM.

3.11.3. Definición de segmentos

3.11.3.1. Segmento MSH.

Este segmento se ajusta a las reglas definidas en el apartado de segmentos comunes.

La única particularidad es que en este caso el valor del tipo de mensaje será "RSP^Z02_RSP_Z02".

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

3.11.3.2. Segmento QPD.

El segmento QPD que se envía en este mensaje es repetición del enviado en el mensaje de consulta original.

3.11.3.3. Segmento MSA

Este segmento se describe en el documento de elementos comunes.

3.11.3.4. Datos de respuesta a la consulta [QAK]

Este segmento se describe en el documento de elementos comunes.

3.11.3.5. Identificación de maestro [MFI].

Este segmento permite identificar el maestro afectado. Su definición es la misma que la del mensaje MFK ^Z16, con la salvedad que el campo MFI.3 debe tener el valor "REP"

3.11.3.6. Elemento de inventario [IIM].

Este segmento permite indicar la cantidad de stock de cada producto. Su definición es la misma que la del mensaje MFK ^Z16,.

3.11.3.7. Datos de error del mensaje [ERR]

Este segmento aparece únicamente cuando ha ocurrido un problema con el mensaje. Su estructura puede encontrarse en el documento de elementos comunes.

Guía de mensajería para gestión de catálogos y maestros

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

Versión 0.4 02/02/2010

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	5
3. PERFIL DE MENSAJES.....	6
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	6
3.2. CASO DE USO.	6
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.....	9
4. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	10
4.1. MENSAJE MFN^Z10 (ACTUALIZACIÓN AGENDA).....	10
4.2. MENSAJE MFN^M05 (ACTUALIZACIÓN MAPA DE UBICACIONES)	17
4.3. MENSAJE MFN^M12 (ACTUALIZACIÓN PRESTACIONES O SERVICIOS).....	20
4.4. MENSAJE MFK^XXX (MASTER FILE APP ACKNOWLEDGMENT).....	23
4.5. ELEMENTOS COMUNES	25

1. Introducción.

El presente documento, se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a la administración de tratamientos farmacéuticos 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.

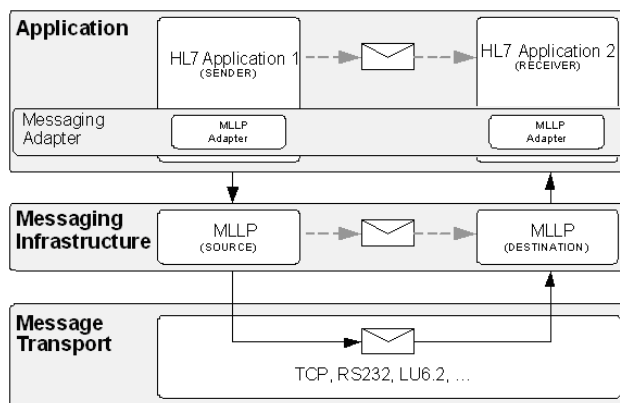
Se acompaña al catálogo de mensajes, una relación de las tablas a las que se hace referencia en las descripciones de los segmentos que conforman los mensajes.

Esta guía de mensajería abarca única y exclusivamente, la gestión de los mensajes seleccionados por SACYL para el mantenimiento de catálogos maestros, 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. Sin embargo, no será el único conjunto de requisitos a tener en cuenta: para la completa integración de un sistema de farmacia o de cuidados, será necesario el uso de otros rangos de mensajes (por ejemplo, de gestión de pacientes), descrito en otros documentos.

Así mismo, este documento puede ser motivo de modificación por parte de SACYL siempre y cuando sea considerado necesario por parte de la Dirección de Sistemas de Información de esta entidad

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.



3. Perfil de Mensajes.

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con información relativa al mantenimiento de catálogos en los sistemas de información sanitarios en SACYL.

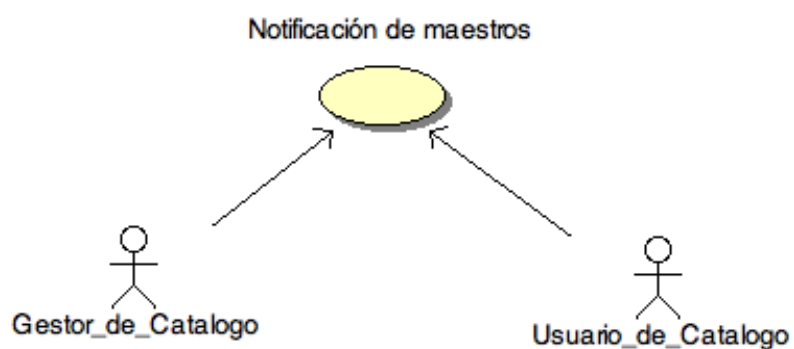
3.1. Definición del perfil de mensajería.

Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESMAS
2	ORNANIZATION 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.

El propósito de los mensajes aquí definidos es posibilitar a un sistema de gestión de un catálogo o de una tabla “maestra”, el informar de cualquier cambio en los mismos a otros sistemas interesados en el uso de dichos datos.

El modelo planteado es el de notificaciones: existe un único sistema responsable de la gestión del catálogo. Dicho sistema emite una notificación por cada cambio ejecutado en el catálogo principal, que se comunica a todos los sistemas interesados en ella.



3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA GESTOR DE CATÁLOGO	Sistema de información que gestiona de forma absoluta la estructura y composición de cada registro en un catálogo.
SISTEMA USUARIO DE CATÁLOGO	Sistema que desea conocer la estructura de una agenda

3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
MFm^Z10	Actualización de un registro asociado a una agenda o a un horario	GESTOR AGENDAS	USUARIO
MFN^Z05	Actualización de datos de una ubicación de un centro asistencial	GESTOR UBICACIONES	USUARIO
MFN^Z15	Actualización de datos de una material (Detallado en la guía de órdenes de material)	GESTOR UBICACIONES	USUARIO
MFK^xxx	Imposible procesar una actualización de catálogo	USUARIO	GESTOR CATÁLOGO

No todos los mensajes están detallados en esta guía, sino en las específicas del ámbito (materiales, productos farmacéuticos, etc.). Sin embargo, todos los mensajes de catálogo siguen la estructura similar detallada en esta guía.

3.2.1. Modelo de datos.

GESTIÓN DE AGENDAS

Agenda

Una agenda permite definir y controlar cuándo un conjunto de recursos (ubicaciones, personas, material, etc.) pueden ser reservados para un acto concreto de una duración determinada y relacionado con un paciente.

Una agenda está identificada de forma única en cada centro, a través de un descriptor alfanumérico llamado "IDAGENDA", . Tiene además una descripción que permite identificar su objetivo. La agenda está asociada a los siguientes elementos:

- Una ubicación (o sala) que es donde se va a realizar la situación. Una sala, sin embargo, puede tener varias agendas.
- Servicios. Un servicio es una prestación (con una duración aproximada) que puede realizarse.
- Profesionales. En función del servicio asociado, existirán unos profesionales disponibles para realizar la gestión.

El sistema gestor de agendas permite coordinar todos los elementos anteriores, de forma que cuando se vaya a reservar un espacio en la agenda, se asegure que la ubicación vaya a estar libre durante ese tiempo y que los profesionales que van a intervenir también lo estén.

Horario

Para organizar la definición de una agenda, en los centros de Sacyl, existe el concepto de "horario".

Un horario permite indicar para un rango horario qué prestaciones (y profesionales asociados) estarán disponibles. Además permitirá especificar qué días de la semana se podrán ejecutar.

Un horario sólo puede estar definido para una agenda y tiene unas fechas de inicio y fin de dicho horario.

GESTIÓN DE UBICACIONES

Las ubicaciones gestionadas por estas guías son:

- Quirófanos, en centros hospitalarios.
- Salas de exámenes, habitualmente para consultas externas.

GESTIÓN DE MATERIALES

La información de gestión de materiales se detalla en la guía específica.

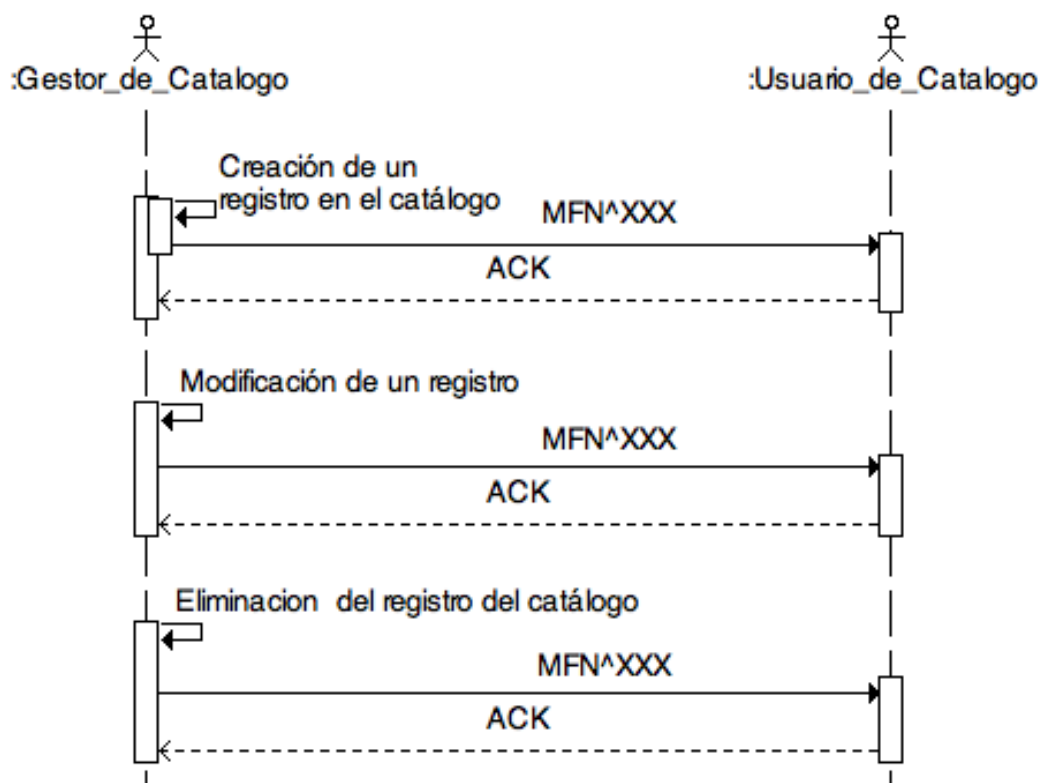
GESTIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

La información de gestión del catálogo de estos elementos se detalla en la guía específica.

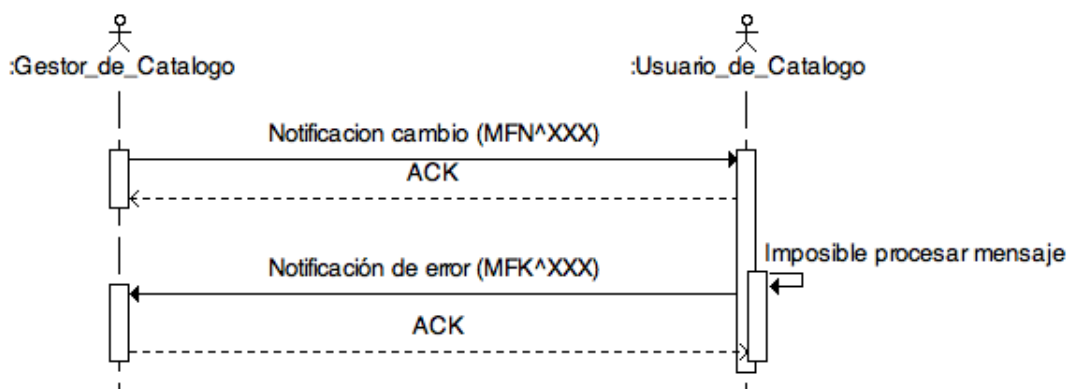
3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el conjunto de notificaciones básicas de gestión de catálogos (creación, actualización de datos, eliminación, activación y desactivación)



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. En caso que el sistema usuario (receptor de los mensajes), sea incapaz de procesar un mensaje previamente aceptado con un ACK de aceptación, debe enviar un ACK de aplicación indicando el problema.



3.3.2. ACK.

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

4. Definición estática de mensajes.

A continuación se define la estructura mínima exigida para los mensajes intercambiados. En base a las reglas de procesado de mensajes de HL7, un mensaje podrá contener más información que la que aquí se especifica sin violar el protocolo. Los sistemas, al recibir un mensaje sólo deberán procesar los datos que conozcan, ignorando el resto.

4.1. Mensaje MFN^Z10 (Actualización agenda)

Mensaje utilizado para informar sobre actualización de una agenda.

4.1.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva agenda.
- Solicitud de cambio (modificación/inhabilitación) de una agenda ya existente.
- Eliminación de una agenda. En ese caso se eliminan los horarios asociados también.

4.1.2. Estructura.

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

<u>MFN^M10^MFN_Z10</u>	<u>Master File Notification</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
{	--- MF_SCH_ITEM begin	R	[1..n]
MFE	Master File Entry	R	[1..1]
ZSI	Elemento de Agenda	R	[1..1]
{[	-- HORARIO_ITEM begin	RE	[0..n]
ZCI	Elemento de Horario	R	[1..1]
TQ1	Timing/Quantity	R	[1..1]
ZPI	Detalle de servicio	R	[1..1]
]}	-- HORARIO_ITEM end		
}	--- MF_SCH_ITEM end		

El mensaje permite actualizar varios registros de un catálogo:

- El segmento **[MSH]** contine la información habitual sobre origen, destino , fecha del mensaje, etc.
- El segmento **[MFI]** permite especificar qué catálogo o registro se está actualizando.
- Por cada registro a actualizar se envía un grupo MF_SCH_ITEM que contiene:
 - o El modo de actualización del registro, en un segmento **[MFE]**.
 - o Un segmento con los elementos adicionales de la agenda.
 - o Un grupo de elementos "HORARIO_ITEM", con la descripción de los elementos de un horario. Cada grupo contiene un segmento ZCI con la descripción principal del horario, un segmento TQ1 con la información del contexto temporal, y tantos segmentos ZPI como servicios o prestaciones asocie el horario a la agenda.

4.1.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFN^Z10^MFN_Z10

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "ER" respectivamente.

4.1.2.2. Identificación Maestro [MFI].

El segmento se describe en el apartado de segmentos comunes. El único valor específico para este segmento es el siguiente:

- *Tipo de registro* [MFI.1]. Permite indicar que se está actualizando el registro de agendas, en base a los valores de la tabla 0175.

Tabla HL7 0175, ampliada para el escenario

SITUACIÓN	CÓDIGO MFI.1.1	DESCRIPCIÓN MFI.1.2
Mensaje de actualización de agenda	SCH	AGENDA

4.1.2.3. Modificación Registro Maestro [MFE].

Este segmento se envía por cada nueva agenda que cambia

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]		Record-Level Event Code	Acción de registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	Momento del cambio
4		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFE	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código de agenda
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la agenda
4.3	20	IS	R	[1..1]	99AGENDAS_ CODIGOCENT RO	Name of Coding System	Catálogo sobre el que se actúa
5	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type	

- *Acción de Registro* [MFE.1] Tipo de acción requerida con el registro. Puede ser:

Tabla HL70180 restringida para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
MAD	Nueva agenda. Añadir al catálogo
MUP	Cambios en la agenda. Actualizar
MDL	Eliminar agenda.
MDC	Desactivar agenda
MAC	Activar Agenda

Cuando se indica activación o desactivación (MDC o MAC), el mensaje puede indicar

cambios adicionales, por lo que el sistema receptor deberá tratarlo como si fuera un MUP O MAD.

- *Control ID* [MFE.2]. Identificador único del cambio de registro.
- *Momento del cambio* [MFE.3] Momento en que se produjo el cambio.
- *Identificador del elemento* [MFE.4] Código del elemento en el catálogo. En caso de actualización de catálogo corresponderá a un elemento nuevo. Para identificar el catálogo usado el valor de (MFE.4.3) será "99AGENDAS_CODIGOCENTRO" (siendo CODIGOCENTRO el identificador del centro).
- *Tipo de dato del identificador* [MFE.5] Tipo de dato de MFE.4 valor fijo a "CE" en esta especificación.

4.1.2.4. Elemento de agenda [ZSI].

Este segmento se envía para describir agenda.

SEQ	LEN	DT	OPT	Card	TBL#	NOMBRE ELEMENTO	DEL	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]				Ámbito de la agenda
2		XCN	R	[1..n]				Profesional responsable de la agenda
3		PL	R	[1..1]				
3.1	20	IS	R	[1..n]		Location Resource ID		Ubicación asociada
3.4.1	20	IS	R	[1..n]	0362	Point of Care Facility/ NamespaceID		Edificio donde está la ubicación.

- El ámbito [ZSI.1] permite identificar el contexto de aplicación de la agenda. Es un valor de la siguiente tabla:

Tabla local

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
RAD	Ámbito de radiología.
CEX	Ámbito de consultas externas.
QUI	Quirófano

- Profesional responsable de la agenda [ZSI.2]. Este campo permite indicar el profesional y servicios hospitalarios a los que está asociada la agenda. La descripción de cómo enviar esos datos en un campo XCN se encuentra en el documento de elementos comunes de la mensajería.
- Ubicación asociada [ZSI.3.1] La sala donde se va a desarrollar la actividad, y el centro donde está ubicada (en la tabla de centros de Sacyl).

4.1.2.5. Elemento de horario [ZCI].

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	CWE		R	[1..1]		Primary Key Value – ZCI	
1.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código o Identificador del elemento de horario
1.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del horario
1.3	20	ID	R	[1..1]	99AHOARIOS_ CODIGOCENT RO	Name of Coding System	
2	3	ID	R	[1..1]	[S][N]		Activo
3	3	ID	R	[1..1]			Acción

- Identificador del horario en el sistema gestor:
 - Código del horario en el sistema gestor [ZCI.1.1].
 - Descripción del horario [ZCI.1.2]
 - Catálogo del sistema gestor. En los centros hospitalarios será “99HORARIOS_CODIGOCENTRO”, siendo CODIGOCENTRO el identificador del centro donde aplica el HIS.
- Estado [ZCI.2]. Permite indicar si el horario está activo y es válido ('S') o no ('N').
- Tipo de acción [ZCI.3] Indica si el horario es nuevo, una modificación o hay que eliminarle.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DETALLE
AD	Nuevo horario.	Es el valor que se envía cuando la agenda es nueva o cuando MFI.3="REP"
UP	Cambios en horario.	Sólo si MFI.3="UPD"
DL	Horario eliminado.	Sólo si MFI.3="UPD"

En caso que se esté notificando la eliminación de un horario, no es necesario enviar ningún grupo ni segmento adicional para describir el mismo (TQ1, ZPI).

4.1.2.6. Contexto temporal [TQ1].

Este segmento se envía para describir los datos relativos a la posición del horario en el tiempo: inicio, fin, así como su repetición.

SEQ	LEN	DT	OPT	Card	TBL#	NOMBRE ELEMENTO	DEL	DESCRIPCIÓN
3		RPT	R	[1..1]		Repeat Pattern Code		
3.1.1	20	ST	R	[1..1]	QJ[1][2][3][4][5][6][7]	Identifier		Código de repetición
3.1.3	20	ID	R	[1..1]	HL70335	Name of Coding System		
6		CQ	R	[1..1]		Service Duration		
6.1	16	NM	R	[1..1]		Quantity		Duración (en minutos) del horario
6.2.1	20	ST	R	[1..1]	Min	Identifier		
6.2.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Name of Coding System		
7	12	TS	R	[1..1]		Start date/time		Momento inicio horario
8	12	TS	R	[1..1]		End date/time		Momento fin horario

- Código de repetición [TQ1.3.1] Los horarios tienen una repetición única diaria, y un ciclo semanal, pero no tienen por qué ejecutarse todos los días. Para reflejar esa repetición se usa la notación QJ[1][2][3][4][5][6][7]. Donde cada número tras la 'J' representa un día de la semana (lunes=1, domingo=7) y su presencia indica que dicho día de la semana el horario es válido. Ej: QJ123 indica que el horario es válido lunes, martes y miércoles.
- Duración de cada repetición del horario (en minutos) El campo TQ.6.1 permite indicar la duración en minutos de cada instancia del horario.
- Momento de inicio del horario [TQ1.7] Debe expresar año, mes, día, hora y minuto. Es el momento a partir del cual el horario comienza a tener validez. La hora y minutos permiten indicar en qué momento del día va a comenzar cada instancia del horario.
- Momento de fin del horario [TQ1.8] Debe expresar al menos año, mes, día, hora y minuto. Indica el momento a partir del cual el horario no es válido. La hora y minutos deben coincidir con el momento diario de finalización de cada repetición del horario.

4.1.2.7. Elemento de prestación o servicio [ZPI].

Este segmento se envía para describir cada uno de los servicios asociados a un horario y sus características.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE ELEMENTO	DEL	DESCRIPCIÓN
1	CWE		R	[1..1]				
1.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier		Código o Identificador de la prestación
1.2	199	ST	RE	[0..1]		Text		Descripción prestación
1.3	20	ID	RE	[0..1]		Name of Coding System		Catálogo usado para describir la prestación.
1.4	20	ST	R	[1..1]		Alternate Identifier		Código o Identificador de la prestación (alternativo)
1.5	199	ST	R	[1..1]		Alternate Text		Descripción prestación (alternativo)
1.6	20	ID	R	[1..1]		Name of Alternate Coding System		Catálogo usado para describir la prestación. (alternativo)
2	CQ		R	[1..1]				Duración estimada (en minutos)
2.1	16	NM	R	[1..1]		Quantity		Duración (en minutos) del horario
2.2.1	20	ST	R	[1..1]	Min	Identifier		
2.2.3	20	ID	R	[1..1]	ISO+	Name of Coding System		

- Servicio a prestar [ZPI.1], identificado con su código, descripción, así como el catálogo utilizado para expresar la codificación. Se envía tanto en el catálogo normalizado de Sacyl (codeSystem LN, SNM3, o 99G2), en los campos 1-3 (CWE.1, CWE.2 y CW.3), como en el catálogo local del hospital (codeSystem 99PRESTA_CODIGOCENTRO), enviado en los componentes 4-6 (CWE.4, CWE.5 y CWE.6).
En caso que no exista aún código normalizado y la prestación sólo pueda ser codificada en el catálogo local del centro, entonces no se enviarán los componentes CWE.1-3, y sólo se enviarán los componentes CWE-4-6.
- Duración del servicio [ZPI.2]. Duración en minutos del servicio en las condiciones que se va a prestar. Este valor puede ser diferente de la duración especificada en el maestro de prestaciones/servicios.

4.2. Mensaje MFN^M05 (Actualización mapa de ubicaciones)

Mensaje utilizado para informar sobre actualización de los datos de una ubicación.

4.2.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva ubicación.
- Solicitud de cambio (modificación/inhabilitación) de una ubicación ya existente.
- Eliminación de una ubicación.

4.2.2. Estructura.

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

<u>MFN^M05^MFN_M05</u>	<u>Master File Notification</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
{	--- MF_LOCATION begin	R	[1..n]
MFE	Master File Entry	R	[1..1]
LOC	Patient Location Master	R	[1..1]
}	--- MF_LOCATION end		

El mensaje permite actualizar varios registros de un catálogo:

- El segmento **[MSH]** contiene la información habitual sobre origen, destino, fecha del mensaje, etc.
- El segmento **[MFI]** permite especificar qué catálogo o registro se está actualizando.
- Por cada registro a actualizar se envía un grupo MF_LOCATION_ITEM que contiene:
 - o El modo de actualización del registro, en un segmento **[MFE]**.
 - o Un segmento con los datos de la ubicación **[LOC]**.

4.2.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFN^M05^MFN_M05

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores "AL" y "ER" respectivamente.

4.2.2.2. Identificación Maestro [MFI].

El segmento se describe en el apartado de segmentos comunes. El único valor específico para este segmento es el siguiente:

- *Tipo de registro* [MFI.1]. Permite indicar que se está actualizando el registro de ubicaciones, en base a los valores de la tabla 0175.

Tabla HL7 0175, ampliada para el escenario

SITUACIÓN	CÓDIGO MFI.1.1	DESCRIPCIÓN MFI.1.2
Mensaje de actualización de ubicaciones	LOC	UBICACIONES

4.2.2.3. Modificación Registro Maestro [MFE].

Este segmento se envía por cada nueva ubicación que cambia

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]		Record-Level Event Code	Acción de registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	Momento del cambio
4		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFE	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código de agenda
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la agenda
4.3	20	IS	R	[1..1]		Name of Coding System	Catálogo sobre el que se actúa
5	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type	

- *Acción de Registro* [MFE.1] Tipo de acción requerida con el registro. Puede ser:

Tabla HL70180 restringida para el escenario

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
MAD	Nueva ubicación. Añadir al mapa
MUP	Cambios en la ubicación. Actualizar
MDL	Eliminar ubicación.
MDC	Desactivar la ubicación.
MAC	Activar ubicación.

Cuando se indica activación o desactivación (MDC o MAC), el mensaje puede indicar cambios adicionales, por lo que el sistema receptor deberá tratarlo como si fuera un MUP o MAD.

- *Control ID* [MFE.2]. Identificador único del cambio de registro.
- *Momento del cambio* [MFE.3] Momento en que se produjo el cambio.
- *Identificador del elemento* [MFE.4] Código de la ubicación. En función del tipo de ubicación, el catálogo donde está dado de alta será distinto:

TIPO UBICACIÓN	VALOR (MFE.4.3)
QUIRÓFANO	"99QUIROFANOS_CODIGOCENTRO"
SALAS PRESTACIONES	"99SALAS_CODIGOCENTRO"

(Siendo CODIGOCENTRO el identificador del centro).

- *Tipo de dato del identificador* [MFE.5] Tipo de dato de MFE.4 valor fijo a "CE" en esta especificación.

4.2.2.4. Identificador de localización [LOC].

Este segmento se envía para describir la ubicación.

SEQ	LEN	DT	OPT	Card	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1		PL	R	[1..1]		Primary Key Value LOC	
1.1	20	IS	R	[1..n]		Point of Care	Identificador de ubicación
1.4.1	20	IS	R	[1..n]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está situada la ubicación.
2	48	ST	R	[1..1]		Locator Description	Descripción de la ubicación
3	2	IS	R	[1..1]		Location Type	Tipo ubicación

- Identificador de la ubicación [LOC.1.1]. Indica el código de la ubicación, y el centro donde está ubicada (en la tabla de centros de Sacyl).
- Descripción textual de la ubicación [LOC.2].
- Tipo de ubicación, en [LOC.3] El valor es uno de la siguiente tabla:
 - Tabla extendida 0260

TIPO UBICACIÓN	CÓDIGO
QUIRÓFANO	Q
SALAS CONSULTAS	E
Procedimientos de Imagen Diagnóstica	RX
Tratamientos Hospital de Día	HDD

4.3. Mensaje MFN^M12 (Actualización prestaciones o servicios)

Mensaje utilizado para informar sobre actualización de los datos de una ubicación.

4.3.1. Evento disparador.

Los eventos para los que se genera este mensaje son:

- Creación de una nueva ubicación.
- Solicitud de cambio (modificación/inhabilitación) de una ubicación ya existente.
- Eliminación de una ubicación.

4.3.2. Estructura.

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

<u>MFN^M12^MFN_M12</u>	<u>Master File Notification</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
{	--- MF_OBS_ATTRIBUTES begin	R	[1..n]
MFE	Master File Entry	R	[1..1]
OM1	Patient Location Master	R	[1..1]
}	--- MF_OBS_ATTRIBUTES end		

El mensaje permite actualizar varios registros de un catálogo:

- El segmento **[MSH]** contiene la información habitual sobre origen, destino, fecha del mensaje, etc.
- El segmento **[MFI]** permite especificar qué catálogo o registro se está actualizando.
- Por cada registro a actualizar se envía un grupo MF_LOCATION_ITEM que contiene:
 - o El modo de actualización del registro, en un segmento **[MFE]**.
 - o Un segmento con los datos de la ubicación **[OM1]**.

4.3.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería, la única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFN^M12^MFN_M12

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.3.2.2. Identificación Maestro [MFI].

El segmento se describe en el apartado de segmentos comunes. El único valor específico para este segmento es el siguiente:

- *Tipo de registro* [MFI.1]. Permite indicar que se está actualizando el registro de ubicaciones, en base a los valores de la tabla 0175.

Tabla HL7 0175, específica para el escenario

SITUACIÓN	CÓDIGO MFI.1.1	DESCRIPCIÓN MFI.1.2
Mensaje de actualización de servicios o prestaciones	OME	SERVICIOS Y PRESTACIONES

4.3.2.3. Modificación Registro Maestro [MFE].

Este segmento se envía por cada nueva prestación que cambia

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	3	ID	R	[1..1]		Record-Level Event Code	Acción de registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Effective Date/Time	Momento del cambio
4		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFE	
4.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código de prestación
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de la prestación
4.3	20	IS	R	[1..1]		Name of Coding System	Catálogo sobre el que se actúa
4.4	20	ST	R	[1..1]		Alternate Identifier	Código o Identificador de la prestación (alternativo)
4.5	199	ST	R	[1..1]		Alternate Text	Descripción prestación (alternativo)
4.6	20	ID	R	[1..1]		Name of Alternate Coding System	Catálogo usado para describir la prestación. (alternativo)
5	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type	

4.3.2.4. Datos generales de prestación [OM1].

Este segmento se envía por cada prestación que cambia.

- *Número de secuencia* [OM1.1] Secuencial que representa el número de veces que aparece el segmento. Su valor comienza en "1" y se incrementa por cada aparición del segmento.
- *Servicio o prestación* [OM1.2], Es copia del valor enviado en MFE.4. identifica la prestación con su código, descripción, así como el catálogo utilizado. Se envía tanto en el catálogo normalizado de Sacyl (codeSystem LN, SNM3, o 99G2), en los campos 1-3 (CWE.1, CWE.2 y CW.3), como en el catálogo local del hospital (codeSystem 99PRESTA_CODIGOCENTRO), enviado en los componentes 4-6 (CWE.4, CWE.5 y

CWE.6).

- En caso que no exista aún código normalizado y la prestación sólo pueda ser codificada en el catálogo local del centro, entonces no se enviarán los componentes CWE.1-3, y sólo se enviarán los componentes CWE-4-6.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ELEMENT NAME	DESCRIPCIÓN
1	4	NM	R			Sequence Number - Test/Observation Master File	Número de secuencia
2	CE		R	[1..1]		Producer's Service/Test/Observation ID	
2.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código o Identificador de la prestación
2.2	199	ST	RE	[0..1]		Text	Descripción prestación
2.3	20	ID	RE	[0..1]		Name of Coding System	Catálogo usado para describir la prestación.
2.4	20	ST	R	[1..1]		Alternate Identifier	Código o Identificador de la prestación (alternativo)
2.5	199	ST	R	[1..1]		Alternate Text	Descripción prestación (alternativo)
2.6	20	ID	R	[1..1]		Name of Alternate Coding System	Catálogo usado para describir la prestación. (alternativo)
16	CE		R	[1..1]		Observation Producing Department/Section	
16.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código de tipo de prestación
16.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción tipo de prestación
16.3	20	ID	R	[1..1]	99CATPR ES	Name of Coding System	
24	20	NM	O			Processing Time	Duración (en minutos)
37	200	TX	O			Patient Preparation	Preparación

- Categoría de prestación [OM1.16], expresada en unos de los valores de la siguiente tabla:

Tabla 99CATPRES (Categoría de prestaciones)

CÓDIGO CE.1	DESCRIPCIÓN CE.2
O	Otro tipo de actividad
P	Primera Consulta
Q	Procedimientos Quirúrgicos (Fuera de quirófano)
R	Pruebas radiológicas
S	Consultas Sucesivas
T	Técnicas diagnósticas y terapéuticas especiales
H	Tratamientos de hospital de Día / Diurnos
E	Actividad de enfermería
G	Gabinetes de diagnósticos

- Duración de la prestación [OM1.24], expresada en minutos.
- Preparación del paciente [OM1.37] texto con la descripción de la posible preparación de paciente para la realización del servicio.

4.4. Mensaje MFK^XXX (Master File App Acknowledgment).

Los mensajes de ACK de aplicación relativos a gestión de catálogo tienen todos la misma estructura, y se diferencian únicamente en el campo MSH.9.2, que tiene el valor del evento del mensaje original (M05 para ubicaciones, Z10 para agendas, etc.)

Este mensaje es enviado desde alguno de los sistemas que tras recibir un mensaje de actualización de catálogo (MFN^XXX) haya encontrado un error en su procesado.

4.4.1. Evento disparador.

Si se detecta la imposibilidad de procesar alguna de las actualizaciones de catálogo.

4.4.2. Estructura.

La definición abstracta del mensaje es la siguiente:

<u>MFK^XXX^MFK_M01</u>	<u>Master File Application Acknowledgment</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
MSA	Acknowledgment	R	[1..1]
ERR	Error	R	[1..1]
MFI	Master File Identification	R	[1..1]
[{ MFA }]	Master File ACK segment	R	[1..n]

La información está estructurada de la siguiente manera:

- Los segmentos **[MSA]** Y **[ERR]** indican el motivo por el que no se ha podido procesar la petición.
- El segmento **[MFI]** es copia de la orden original, y los segmentos **[MFA]** permiten identificar los registros que no han podido actualizarse. Se enviarán tantos como elementos maestros no hayan podido ser procesados.

4.4.2.1. Cabecera del Mensaje [MSH].

Este segmento es casi idéntico al descrito en el documento de elementos comunes de mensajería. La única particularidad es la definición del tipo de mensaje que se está transmitiendo, que en este caso será MFK^XXX^MFK_M01, siendo XXX el evento que se está contestando (M05 en caso de mensajes de ubicación, Z10 en caso de agendas, etc.)

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “NE” respectivamente.

4.4.2.2. Detalles de aceptación [MSA].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Detalles de aceptación [MSA]”, en la sección de segmentos comunes.

4.4.2.3. Descripción del error [ERR].

Este segmento idéntico al descrito en el apartado “Descripción del Error [ERR]”, en la sección de segmentos comunes.,

4.4.2.4. Identificación Maestro [MFI].

Este segmento es copia del enviado en la actualización de catálogo original.

4.4.2.5. Detalles de aceptación de registro [MFA].

Este segmento identifica el problema particular al procesar un registro. En el caso de una actualización de agendas, cada segmento MFA indicará que un grupo “MF_SCH_ITEM” no ha podido procesarse. En caso de mensajes de catálogo se referirá al grupo “MF_LOCATION”.

Este segmento está íntimamente ligado con el segmento MFE del grupo que no ha podido procesarse.

El contenido de los campos de este segmento es el siguiente:

- *Acción del registro* [MFA.1] Copia de la acción correspondiente en el segmento MFE.
- *Control ID* [MFA.2] Control ID del segmento MFE al que se está contestando.
- *Momento del cambio* [MFA.3] Copia de la información correspondiente en el segmento MFE
- *Estado de error* [MFA.4] Dado que este segmento se envía sólo para errores, este campo permite describir el error. Sus componentes tienen la siguiente información:

- o CE.1 Fijo a 'U' indicando que no se ha podido llevar a cabo la acción.
- o CE.2, contiene la descripción del error.
- o CE.3, 'HL70181'
- *Elemento a actualizar:* [MFA.5] Copia de la información correspondiente en el segmento MFE.

SEQ	LEN	DT	OPT	RP/#	TBL#	ITEM#	ELEMENT NAME
1	3	ID	R	[1..1]	0180	Record-Level Event Code	Acción del registro
2	20	ST	R	[1..1]		MFN Control ID	Control ID
3	26	TS	R	[1..1]		Event Completion Date/Time	Momento del cambio
4	250	CE	R	[1..1]	0181	MFN Record Level Error Return	
5.1	20	ST	R	[1..1]	U	Code	
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del error
5.3	20	IS	R	[1..1]	HL70181	Name of Coding System	
5		CE	R	[1..1]		Primary Key Value - MFA	
5.1	20	ST	R	[1..1]		Code	Código del elemento
5.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del elemento
5.3	20	IS	R	[1..1]		Name of Coding System	
6	3	ID	R	[1..1]	CE	Primary Key Value Type - MFA	Tipo de elemento que va en el MFA.5

4.5. Elementos Comunes

4.5.1. Segmentos

4.5.1.1. Identificación Maestro [MFI].

Este segmento identifica el catálogo o registro sobre el que se está informando y el tipo de actualización.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ #Ref	NOMBRE ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
1	250	CE	R	[1..1]	OME SERVICIOS y PRESTACIONES HI70175	Master File Identifier	Sistema responsable del registro/catálogo Tipo de actualización
1.1	20	ST	R	[1..1]			
1.2	199	ST	R	[1..1]			
1.3	20	IS	R	[1..1]			
2	180	HD	R	[1..1]		Master File Application Identifier	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Namespace ID	
3	3	IS	R	[1..1]	ER	File-Level Event Code	Tipo de actualización
6	2	IS	R	[1..1]		Response Level Code	

- *Tipo de registro [MFI.1].* Permite indicar que se está actualizando el registro de ubicaciones, en base a los valores de la tabla 0175.
Su valor está definido en la tabla HL7 0175 y dependerá de qué tipo de catálogo maestro se está actualizando. En cada mensaje se especifica qué tipo de código debe usarse aquí.
- *Responsable del catálogo [MFI.2.1].* Permite indicar el sistema responsable del catálogo o registro que se está actualizando. En estos mensajes contendrán el identificador del HIS que administre el centro.
- *Tipo de actualización [MFI.3].* Permite especificar si los registros que se envían son todo el contenido de la tabla de catálogo, o sólo los registros actualizados.

Tabla HL7 0178

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
REP	Envío completo de la tabla de catálogo. Este modo indica que el mensaje contiene el contenido completo del catálogo maestra. El sistema receptor tendría que desechar sus registros y sustituirlos por éstos. El valor del campo MFE.1 de los registros será MAD/MDC o MAC.
UPD	Modo actualización. Se envían sólo las variaciones. El nivel de cambio de cada registro vendrá indicado por le valor del campo MFE.1.

- *Tipo de respuesta esperada [MFI.6] Copia del MSH.16. "ER".*

Guía de mensajería para la comunicación de observaciones y estados del paciente

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

Versión 1.0 17/07/2009

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.....	4
3. PERFIL DE MENSAJES.....	5
3.1. DEFINICIÓN DEL PERFIL DE MENSAJERÍA.	5
3.2. CASO DE USO.	5
3.3. DEFINICIÓN DINÁMICA.	6
4. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	7
4.1. MENSAJE ORU^R01 (UNSOLICITED OBSERVATION MESSAGE).....	7
4.2. MENSAJE ACK ACEPTACIÓN (ACCEPT ACKNOWLEDGE).	15
5. ELEMENTOS COMUNES.	15
5.1. SEGMENTOS.	15
5.2. TABLAS COMUNES.....	16

1. Introducción.

El presente documento se ha elaborado con la finalidad de establecer la estructura que deben seguir los mensajes relativos a datos clínicos relativos a 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 la comunicación de datos de un paciente no relacionado con pruebas analíticas, 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. Sin embargo, no presenta el único conjunto de requisitos a tener en cuenta: para la completa integración de un sistema. Por ejemplo, es posible que sea necesario incluir la mensajería de gestión de pacientes, que se describe en otros documentos.

Este documento puede ser motivo de modificación por parte de SACYL siempre y cuando sea considerado necesario por parte de la Dirección Técnica de Sistemas de Información de esta entidad.

2. Infraestructura de Mensajería.

Los detalles de infraestructura de mensajería se indican en el documento de elementos comunes de mensajería SACYL.

3. Perfil de Mensajes.

Este perfil detalla la mensajería para todos los mensajes que tengan que ver con gestión de observaciones y signos vitales de pacientes en el SACYL.

3.1. Definición del perfil de mensajería.

Seq	Topic	Valor
1	CONFORMANCE SIG ID	GESAPA
2	ORNANIZATION 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 dispositivos capaces de recuperar observaciones y datos clínicos de un paciente, puedan comunicarlos entre sí.

3.2.1. Actores.

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE CAPTURA DE DATOS CLÍNICOS (SCDC)	Sistema capaz de medir u obtener datos clínicos asociado a un paciente, asociarlo a sus datos identificativos (de la persona y de la estancia) y comunicarlo a otros sistemas.
VISOR DE HISTORIA CLÍNICA (VISOR)	Sistema que permite el análisis de la historia clínica de un paciente, relacionando todos los datos obtenidos.

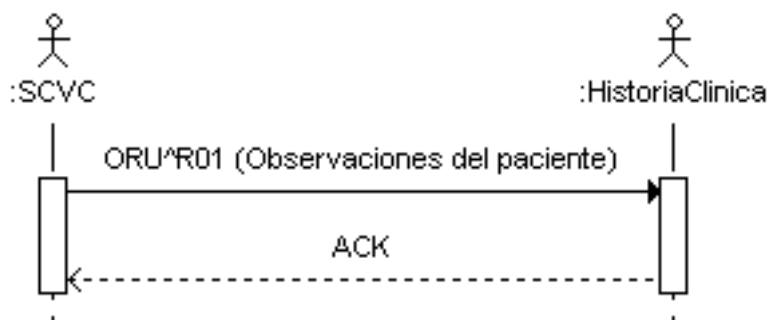
3.2.2. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
ORU^R01	Resultados listos	SCDC	VISOR

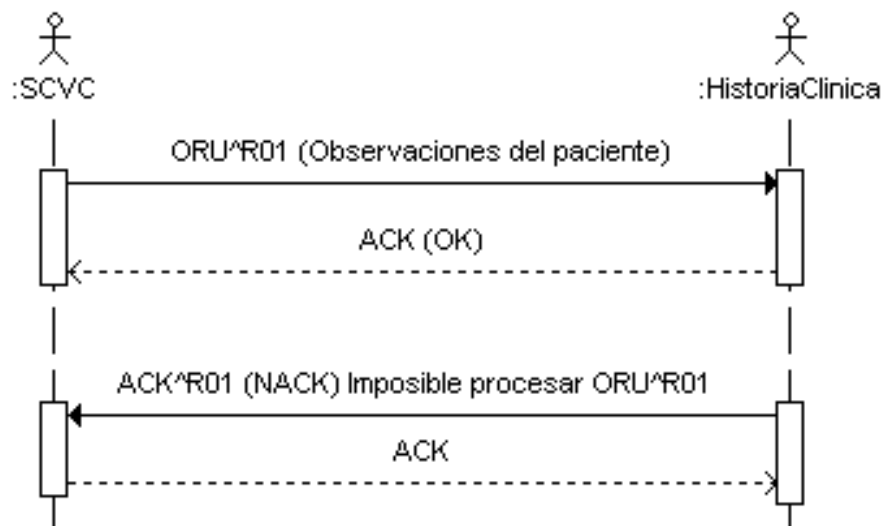
3.3. Definición dinámica.

3.3.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal esperado de una notificación de datos clínicos obtenidos.



En caso de localizar el error posteriormente a la recepción del mensaje , el sistema receptor , puede notificar el error a través de un NACK de aplicación.



3.3.2. ACK.

La política de gestión ACK es la definida en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

4. Definición estática de mensajes.

A continuación se define la estructura mínima exigida para los mensajes intercambiados. En base a las reglas de procesamiento de mensajes de HL7, un mensaje podrá contener más información que la que aquí se especifica sin violar el protocolo. Los sistemas, al recibir un mensaje sólo deberán procesar los datos que conozcan, ignorando el resto.

4.1. Mensaje ORU^R01 (Unsolicited Observation Message).

Mensaje utilizado para informar de las variables obtenidas de un paciente.

Este mensaje es una simplificación de los ORU^R01 definidos en la guía de laboratorios de Sacyl.

4.1.1. Evento disparador.

Este mensaje es generado cuando un sistema o dispositivo ha recuperado una serie de variables clínicas de un paciente, y las quiere comunicar a un sistema de historia clínica.

4.1.2. Estructura.

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

<u>ORU^R01^ORU_R01</u>	<u>Unsolicited Observation Message</u>	<u>Uso</u>	<u>Cardinalidad</u>
MSH	Message Header	R	[1..1]
{	--- PATIENT_RESULT begin	R	[1..1]
	--- PATIENT begin	R	[1..1]
PID	Patient Identification	R	[1..1]
PV1	Patient Visit	R	[1..1]
	--- PATIENT end		
{	-- ORDER Begin	R	[1..n]
OBR	Observations Request	R	[1..1]
{	-- OBSERVATION Begin	R	[1..n]
OBX	Observation related to OBR	R	[1..1]
{[NTE]}	Notes and comments	RE	[0..n]
}	-- OBSERVATION End		
}	-- ORDER end		
	--- PATIENT_RESULT end		

Esos segmentos contienen la siguiente información:

- Cabecera del mensaje [**MSH**]. Datos relativos a la mensajería. Fechas de envío, recepción, etc.
- Datos del paciente [**PID**]. Identificación del paciente al que está asociada la prueba.
- Datos de la visita [**PV1**]. Información sobre el episodio bajo el que se están tomando las observaciones.
- Tipo de pruebas y contexto de las mismas, en el segmento [**OBR**].
- Resultados. Cada uno de los resultados obtenidos se indicará en un segmento [**OBX**].

Si los resultados conllevan comentarios u observaciones de los especialistas, éstos se indican en segmentos [**NTE**] contiguos al OBX.

4.1.2.1. Cabecera del Mensaje [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 ORU^R01^ORU_R01.

Los campos MSH.15 y MSH.16 tendrán valores “AL” y “ER” respectivamente.

4.1.2.2. Datos del paciente [PID].

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

4.1.2.3. Datos de la visita [PV1].

El segmento PV1 permite informar de datos de la ubicación del paciente y de los episodios de atención con los que está relacionado.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	1	Set ID - PV1	Tipo de paciente
2	1	IS	R	[1..1]		Patient Class	
3		PL	RE	[0..1]		Assigned Patient Location	
3.1	20	IS	R	[1..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	R	[1..1]	0304	Bed	Cama donde está el paciente
3.4.1	20	IS	R	[1..1]	0362	Facility/ NamespaceID	Edificio donde está el paciente
A19		CX	R	[1..1]		Visit Number	Número de episodio (ICU)

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

- El número de secuencia del segmento [PV1.1] (SetID) que indica el nº de repeticiones 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 Tipos de paciente

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
I	INGRESADO
O	PACIENTE EXTERNO
U	DESCONOCIDO

- Ubicación del paciente [PV1.3]. En caso que se trate de un paciente ingresado, y el sistema conozca su ubicación, ésta se enviará en este campo. 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.

- o PV1.4.1 Centro (edificio) donde está ubicado el paciente, si con los campos anteriores no se tiene suficiente información.
- El código de visita [PV1.19] (VisitNumber). Este campo contendrá el número de episodio asociado. La definición de este campo se encuentra en el apartado de tipos de campos comunes.

4.1.2.4. Grupo de observaciones [OBR].

El segmento OBR permite agrupar varios resultados (definidos en cada uno de los segmentos OBX).

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]		Set ID - OBR	Set ID
2		EI	RE	[0..1]		Placer Order Number	
2.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema peticionario
2.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema peticionario
3		EI	R	[1..1]		FILLER Order Number	
3.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador único de la petición para el sistema de laboratorio
3.2	40	IS	R	[1..1]		Namespace ID	Identificador del sistema de laboratorio
4		CE	R	[1..1]		Universal Service Identifier	
4.1	20	ST	C	[0..1]		Identifier	Código del tipo de prueba
4.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del tipo de prueba
4.3	20	ID	C	[0..1]		Name Coding System	Sistema de codificación de las pruebas
7	14	TS	C	[0..1]		Observation Date/Time	Fecha de la medición
25	1	ID	R	[1..1]		Result Status	Estado del resultado
26			C	[0..1]		Parent Result	
26.1		CE	R	[1..1]		Parent Observation Identifier	Tipo del resultado padre
26.2	20	ST	R	[1..1]		Parent Observation Sub-Identifier	Sub-Identificador del resultado pader
26.3	199	FT	R	[1..1]		Parent Observation Value Descriptor	Valor del resultado padre
32		NDL	C	[0..1]		Principal Result Interpreter	
32.1		CNN	R	[1..1]		Name	Intérprete de los resultados/ autor del informe
32.3	14	TS	C	[0..1]		End Time	Fecha de los resultados/ informe

El segmento OBR contiene información sobre una prueba solicitada:

- SetID [OBR.1]. Número secuencial, que identifica el número de veces que el segmento aparece en el mensaje. Cada nueva aparición del segmento incrementa en uno este valor.
- Identificador único de las observaciones para el dispositivo de medición [OBR.3].
 - o OBR.3.1 Identificador único del grupo de mediciones.
 - o OBR.3.2 Identificador único del sistema que ha realizado las mediciones.
- Prueba solicitada [OBR.4]. Este campo contendrá el código de la prueba solicitada, en de un campo CE:
 - o CE.1. Si la agrupación está codificada, el código de la agrupación o perfil.
 - o CE.2 La descripción del panel o perfil. Este dato es obligatorio esté o no la prueba definida.
 - o CE.3. Si la agrupación está codificada, este campo contendrá el catálogo usado.

Los siguientes agrupadores están predefinidos y tienen significado específico:

DESCRIPCIÓN	OBR.4.1	OBR.4.2	OBR.4.3
Agrupación genérica de pruebas de laboratorio (Valor por defecto si no hay otro disponible)		TEST	
Observaciones vitales, (aquellas medidas a través de la observación del paciente bien manualmente bien a través de una sonda. (temperatura, pulso, respiración, presión sanguínea, etc.)	34566-0	SIGNOS VITALES	LN

- Fecha de las observaciones [OBR.7]. En el caso que todas las observaciones hayan sido realizadas en el mismo momento, ésta se indica en este campo. En caso contrario, cada segmento OBX indicará la fecha de observación concreta.
- Estado de la prueba [OBR.25]. Indica el estado del conjunto de resultados que componen la AGRUPACIÓN: Puede tener los siguientes valores:
 - o “F” Para envío de mediciones validadas.
 - o “C” Si alguno de las mediciones que se envía es una corrección de una enviada previamente.
- Responsable de la medición [OBR.32]. En caso que los resultados sobre los que se informa hayan sido todos validados por la misma persona se envía esta información en el campo OBR.32.1 usando un tipo de datos CNN, (cuya definición se encuentra en el documento de elementos comunes).

4.1.2.5. Observaciones [OBX].

Contiene un resultado analítico. Si es un dato referido al paciente, el segmento se envía junto al segmento PID. En caso que se el resultado esté específicamente ligado a la muestra, el segmento se envía junto al SPM.

SEQ	LEN	DT	Uso	Card	Valor/ TBL#	NOMBRE DEL ELEMENTO	CONTENIDO
1	4	SI	R	[1..1]	0125	Set ID – OBX	Set ID.
2	2	ID	R	[1..1]		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
5	99999	ST/ /NM	R	[1..1]		Observation Value	Valor del resultado
6		CE	C	[0..1]		Units	
6.1	20	ST	RE	[0..1]		Identifier	Código de unidades
6.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción de unidades
6.3	20	ID	RE	[0..1]		Name Coding System	Tabla de codificación de unidades
7	60	ST	C	[0..1]		References Range	Rango de validez de referencia del resultado
8	5	IS	C	[0..1]	0078	Abnormal Flags	Indicador de valor fuera de rango
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		XCN	C	[0..1]		Responsible Observer	Profesional que ha validado el resultado.
17		CE	C	[0..1]		Observation Method	
17.1	20	ST	R	[1..1]		Identifier	Código del método de medida
17.2	199	ST	R	[1..1]		Text	Descripción del método de medida
17.3	20	ID	R	[1..1]		Name Coding System	Codificación del método de medida
18		EI	RE	[0..1]		Equipment Instance Identifier	
18.1	199	ST	R	[1..1]		Entity Identifier	Identificador del dispositivo responsable de la medición.

- 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 para estos mensajes son:

Tabla HL7 0125 simplificada para el escenario

Valor	DESCRIPCIÓN
NM	Númérico
ST	Cadena de caracteres

- 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 medido.
- Unidades [OBX.6]. Si el valor es numérico (OBX.2=NM), se indica aquí las unidades en las que está expresado como cadena de texto en la tabla ISO+.
- Rango de normalidad [OBX.7] Si el valor es numérico (OBX.2=NM), se indica aquí los valores para los cuales se debe encontrar el resultado si es que se dispone de esa información:
 - o Si hay límites inferiores y superiores, se debe expresar de la forma inf – sup (Ejemplo 2.4 – 4.5)
 - o Si sólo hay límite superior, se debe expresar de la forma < sup (Ejemplo: <4.5)
 - o Si sólo hay limite inferior, se debe expresar de la forma > inf (Ejemplo >2.5)
 - o En el caso que se deba añadir un texto narrativo, éste comenzará con un “*” (Ejemplo: 1.2 -4.5 *Embarazadas 1º trimestre: 20-40)

- Indicador de anormalidad en el resultado [OBX.8]. Si es posible detectarlo, este campo indicará si el resultado obtenido es anormal (está fuera de rango o se ha detectado una situación anormal). Este campo tiene los posibles valores de la tabla 0078

Tabla HL7 0078 limitada a los Indicadores de anormalidad

Valor	DESCRIPCIÓN
N	Normal
A	Anormal
L	Anormal bajo (por debajo del valor máximo de referencia)
LL	Muy anormal alto (por encima del límite superior de pánico)
H	Anormal alto (por encima del valor máximo de referencia)
HH	Muy anormal bajo (por debajo del límite inferior de pánico)

- Estado del resultado [OBX.11]. Ya que sólo se envían mediciones finales, podrán 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. Este campo es obligatorio salvo que el campo OBR.7 del segmento OBR asociado informe de la fecha para todos los resultados..
- Responsable. [OBX.16]. Clínico responsable de la medición. Es un dato XCN. Este campo es obligatorio salvo que el campo OBR.32 del segmento OBR asociado informe del autor para todos los segmentos OBX.
- Método de medida. En los casos en que sea necesario, se utilizará este campo para indicar el método con el que se ha obtenido el dato, en una codificación validada dentro de Sacyl.
- Dispositivo responsable de la medición.[OBX.18] Este campo permitirá identificar de forma única el dispositivo responsable de hacer la aplicación.

4.1.2.6. Notas adicionales [NTE].

Este segmento contiene información relevante sobre los resultados obtenidos, que debe ser mostrada al profesional que consulte los mismos.

Su definición se encuentra en el documento de segmentos comunes de las guías.

4.2. Mensaje ACK aceptación (Accept ACKnowledge).

Este mensaje, así como sus segmentos y tipos de datos específicos se describe en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5. Elementos comunes.

5.1. Segmentos.

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

5.1.1. Cabecera [MSH].

Este segmento se describen en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.1.2. Datos de paciente [PID].

Este segmento se describen en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.1.3. Datos simplificados de paciente [PID].

Este segmento se describen en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.1.4. Datos de visita [PV1].

Este segmento se describen en el documento de elementos comunes de mensajería de SACYL.

5.2. Tablas comunes.

5.2.1. Codificación de observaciones admitidas bajo el agrupador “SIGNOS VITALES”

La siguiente tabla resume las observaciones admitidas, y los datos usados

DATO	TEST (OBX.3)	TIPO DATO (OBX.2)	UNIDADES (OBX.6)
Presión sistólica intravascular	8480-6	NM	mm(hg)^mmHg^ISO+
Presión diastólica intravascular	8462-4	NM	mm(hg) ^mmHg^ISO+
Presión intravascular media	8478-0	NM	mm(hg) ^mmHg^ISO+
Frecuencia cardíaca (por auscultación)	8890-6	NM	/min^bpm^ISO+
Frecuencia cardíaca (por pulsioximetría)	8889-8	NM	/min^bpm^ISO+
Temperatura (superficial)	8310-5	NM	c^ °C ^ISO+^
Temperatura (axilar)	8328-7	NM	c^ °C ^ISO+^
Temperatura (bucal)	8331-1	NM	c^ °C ^ISO+^
Temperatura (anal)	8332-9	NM	c^ °C ^ISO+^
Temperatura (ótica)	8333-7	NM	c^ °C ^ISO+^
Ritmo respiratorio (Resp) Número de ciclos respiratorios (inspiración – expiración) que una persona realiza en un minuto.	9279-1	NM	/min^mmHg^ISO
Índice de dolor	32419-4	NM	
Saturación de Oxígeno en sangre (SpO2)	2710-2	NM	%^% ^ISO+

Guía de Mensajería HL7 V.3 Intercentros

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



Junta de
Castilla y León



GUÍAS DE MENSAJERÍA HL7 V3 INTERCENTROS

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

©Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Coordinación: *Dirección Técnica de Tecnologías de la Información.*
Dirección General De Desarrollo Sanitario
Impresión: *Imprenta García (Ávila)*



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 de la Información, Dirección o General De Desarrollo Sanitario, Junta de Castilla y León*”

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

La Oficina de Integración de Sacyl viene desarrollando desde 2008 las especificaciones a utilizar para comunicar los sistemas de información Sanitarios. Para los escenarios donde se ha escogido el estándar HL7, dichas especificaciones se concretan en las “Guías de Integración HL7”.

Siguiendo el documento de arquitectura general (incluido en el Tomo I), las operaciones inter-centros se han definido siguiendo el estándar HL7 V3. A diferencia de lo que ocurría con los sistemas departamentales hospitalarios – donde es habitual la incorporación de una interface HL7 V2-, en este otro tipo de sistemas es más habitual las soluciones “ad-hoc”. El planteamiento ha sido el de escoger la versión 3 de HL7, para aprovechar su superior modelo de diseño y trabajo.

En este tercer Tomo se han agrupado todas las soluciones para mensajería entre centros, aunque también se ha añadido el modelo de documento clínico basado en la arquitectura CDA de HL7 Internacional (aunque éste último se usa tanto en los sistemas de especializada como en el resto).

Oficina de Integración

Febrero de 2010

CONTENIDO DEL TOMO

ELEMENTOS COMUNES DE MENSAJERÍA V3

GESTIÓN DE PERSONAS (POBLACIONAL)

GESTIÓN BÁSICA DE HISTORIA CLÍNICA

RECETA ELECTRÓNICA

DOCUMENTO CLÍNICO (CDA)

Guía de mensajería de elementos comunes HL7 V3

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

Versión 1.5 01/10/2009

1. INTRODUCCIÓN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO.	5
2. INFRAESTRUCTURA DE MENSAJERÍA.	5
2.1. REGLAS DE PROCESADO	5
2.2. PROTOCOLO DE TRANSPORTE Y WSDL	5
2.3. ACK DE MENSAJES	8
3. ESTRUCTURA DE MENSAJES HL7 V3	10
3.1. CAPA DE MENSAJERÍA	10
4. DATOS COMUNES	13
4.1. IDENTIFICADORES	13
4.2. CÓDIGOS	14
4.3. FECHAS Y DATOS DE TIEMPO	14
4.4. OID (OBJECT IDENTIFIER)	15
4.5. DATOS DESCONOCIDOS (NULLFLAVOR)	16
4.6. EXPRESIONES DE LOS DATOS USADOS EN LAS GUÍAS.	16
5. CONJUNTOS COMUNES DE ELEMENTOS (CMET)	17
5.1. DATOS DE PACIENTE	17
5.2. DATOS SIMPLIFICADOS DE PACIENTE	30
5.3. DATOS DE COBERTURA	31
6. MENSAJES COMUNES	36
6.1. MENSAJE MCCI_000200 [ACEPTACIÓN DE MENSAJE]	36

1. Introducción y estructura del documento.

El presente documento define el conjunto de elementos y reglas comunes a toda la mensajería basada en HL7 V3 definidas en Sacyl.

El documento presenta inicialmente una descripción de los modos de transporte, para detallar a continuación la arquitectura de mensajería V3, y por fin centrarse en la descripción de las estructuras y datos comunes en los mensajes usados en Sacyl.

Este documento, por tanto, irá ampliándose a medida que el catálogo de escenarios gestionados por Sacyl vaya creciendo.

2. Infraestructura de Mensajería.

2.1. Reglas de procesado

Si bien el intercambio está basado en XML, todo sistema debe asegurar las siguientes reglas:

- No se deberá validar el XML contra un esquema o similar.
- Sólo deberá buscar los elementos por él requeridos en el XML e ignorar el resto.
- Sólo si no se encuentra un elemento necesario para el procesamiento se puede generar un error.
- Salvo que en la guía así se indique, nunca sea sumirá un orden ni multiplicidad específica en los elementos.

Este conjunto de reglas aseguran la evolución del protocolo sin afectar a las aplicaciones en funcionamiento (siempre que se respete la estructura original). Cualquier evolución definida, asegurará que se siguen enviando los elementos del estándar definidos en este documento.

2.2. Protocolo de transporte y WSDL

El protocolo de transporte será *Web Services* (WS) que combina entre otros, el protocolo SOAP¹ transportado por HTTP v1.1².

2.2.1. Condiciones específicas para Web Services y WSDL

Cada transacción se desplegará en una única operación, de nombre “*acceptMessage*” bajo un *namespace* concreto³ que aceptará una cadena, de nombre “in0” cuyo contenido será el XML del mensaje.

¹ <http://www.w3.org/TR/SOAP>

² <http://tools.ietf.org/html/rfc2616>

³ Dependerá de la implantación

La respuesta (en caso de haberla) será una operación *acceptMessageResponse* bajo un namespace específico, cuyo contenido es una cadena *acceptMessageReturn*⁴ con el XML de la respuesta como texto.

La URL de acceso a una transacción será de la forma:

http://servidor_servicio:puerto/services/nombre_transacción

EL WSDL definido será el mismo para todos, con la única excepción del cambio del nombre de transacción. Por lo tanto la URL de consumo deberá poder definirse de forma independiente para cada transacción que se consuma. Es decir, el puerto y el servidor podrían ser distintos en función de cada transacción.

El WSDL expuesto para una transacción PRPA_IN201305 se describe más adelante. Este WSDL será igual para todas las transacciones, cambiando el nombre de transacción (es decir, sustituyendo la cadena PRPA_IN201305 por la transacción específica).

```
<wsdl:definitions targetNamespace="http://components.mule.server.mirth.webreach.com"
  xmlns:impl="http://components.mule.server.mirth.webreach.com"
  xmlns:soapenc="http://schemas.xmlsoap.org/soap/encoding/"
  xmlns:wsdl="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/"
  xmlns:wsdlsoap="http://schemas.xmlsoap.org/wsdl/soap/"
  xmlns:xsd="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <wsdl:types>
    <xsd:schema elementFormDefault="qualified"
      targetNamespace="http://components.mule.server.mirth.webreach.com">
      <xsd:element name="acceptMessageResponse">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="acceptMessageReturn" form="unqualified" type="xsd:string"
              minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
      <xsd:element name="acceptMessage">
        <xsd:complexType>
          <xsd:sequence>
            <xsd:element name="in0" type="xsd:string" minOccurs="1" maxOccurs="1"/>
          </xsd:sequence>
        </xsd:complexType>
      </xsd:element>
    </xsd:schema>
  </wsdl:types>
</wsdl:definitions>
```

⁴ Dependerá de la implantación

```

        </xsd:complexType>
    </xsd:element>
</xsd:schema>
</wsdl:types>

<wsdl:message name="acceptMessageResponse">
    <wsdl:part name="parameters" element="impl:acceptMessageResponse"/>
</wsdl:message>
<wsdl:message name="acceptMessageRequest">
    <wsdl:part name="parameters" element="impl:acceptMessage"/>
</wsdl:message>
<wsdl:portType name="_Proxy6">
    <wsdl:operation name="acceptMessage">
        <wsdl:input message="impl:acceptMessageRequest"/>
        <wsdl:output message="impl:acceptMessageResponse"/>
    </wsdl:operation>
</wsdl:portType>
<wsdl:binding name="PRPA_IN201305SoapBinding" type="impl:_Proxy6">
    <wsdlsoap:binding style="document" transport="http://schemas.xmlsoap.org/soap/http"/>
    <wsdl:operation name="acceptMessage">
        <wsdlsoap:operation soapAction="" style="document"/>
        <wsdl:input>
            <wsdlsoap:body use="literal"/>
        </wsdl:input>
        <wsdl:output>
            <wsdlsoap:body use="literal"/>
        </wsdl:output>
    </wsdl:operation>
</wsdl:binding>
<wsdl:service name="_Proxy6Service">
    <wsdl:port binding="impl:PRPA_IN201305SoapBinding" name="PRPA_IN201305">
        <wsdlsoap:address location="http://10.36.60.131:10087/services/PRPA_IN201305"/>
    </wsdl:port>
</wsdl:service>
</wsdl:definitions>

```


Un ejemplo de un intercambio bajo estas condiciones sería la siguiente:

```
POST /services/PRPA_IN201304
Host: www.ejemplo.com
Content-Type: text/xml; charset="utf-8"
Content-Length: nnnn
SOAPAction: ""

<SOAP-ENV:Envelope xmlns:SOAP-ENV="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <SOAP-ENV:Header/>
  <SOAP-ENV:Body>
    <acceptMessage xmlns="http://components.mule.server.mirth.webreach.com">
      <in0>&lt;?xml version="1.0">
        &lt;PRPA_IN201305&gt;
          (...)
          &lt;/PRPA_IN201305&gt;</in0>
      </acceptMessage>
    </SOAP-ENV:Body>
  </SOAP-ENV:Envelope>

HTTP/1.1 200 OK
Content-Type: text/xml; charset="utf-8"
Content-Length: nnnn

<SOAP-ENV:Envelope xmlns:SOAP-ENV="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <SOAP-ENV:Header/>
  <SOAP-ENV:Body>
    <acceptMessageResponse xmlns="http://components.mule.server.mirth.webreach.com">
      <acceptMessageReturn xmlns=""> </acceptMessageReturn>
    </acceptMessageResponse>
  </SOAP-ENV:Body>
</SOAP-ENV:Envelope>
```

2.3. ACK de mensajes

El protocolo SOAP V1.1, en combinación con el transporte HTTP ya define una gestión del resultado de la invocación al servicio, por lo que no es necesario definir ningún mensaje específico de ACK.

- Si el receptor procesa correctamente el mensaje, responderá con el mensaje por defecto definido en el WSDL (conteniendo una cadena vacía). El código HTTP de respuesta será "200" indicando que todo ha sido correcto.
- Si el receptor detecta un problema al procesar el mensaje, bien debido a un fallo de cumplimiento del protocolo SOAP, bien debido a un error en la regla de negocio, se enviará una respuesta de fallo SOAP, tal modo se define en la especificación³. Esta respuesta irá acompañada por un código HTTP 500 indicando el error, mas un mensaje "SOAP Fault". El mensaje "SOAP Fault" contendrá un código de error y la descripción (una corta y otra detallada) de éste, tal y como define el protocolo

Esta especificación amplía los códigos de error definidos en SOAP. Los códigos de error ampliados y sus descripciones cortas se definen a continuación:

FAULTCODE	FAULTSTRING
Client	Existe un problema no identificado con el mensaje
Server	Existe un problema interno del receptor y en estos momentos no puede hacerse cargo del mensaje (por ejemplo, no se puede acceder a la base de datos)

Ejemplo de transacción errónea

```

HTTP/1.1 500 Internal Server Error
Content-Type: text/xml; charset="utf-8"
Content-Length: nnnn
<soapenv:Body xmlns:soapenv="http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/">
  <soapenv:Fault>
    <faultcode>soapenv:Client </faultcode>
    <faultstring>Error procesando el mensaje</faultstring>
    <detail>
      <e:text xmlns:e=""> El identificador xxxx no está dado de alta</e:text>
    </detail>
  </soapenv:Fault>
</soapenv:Body>

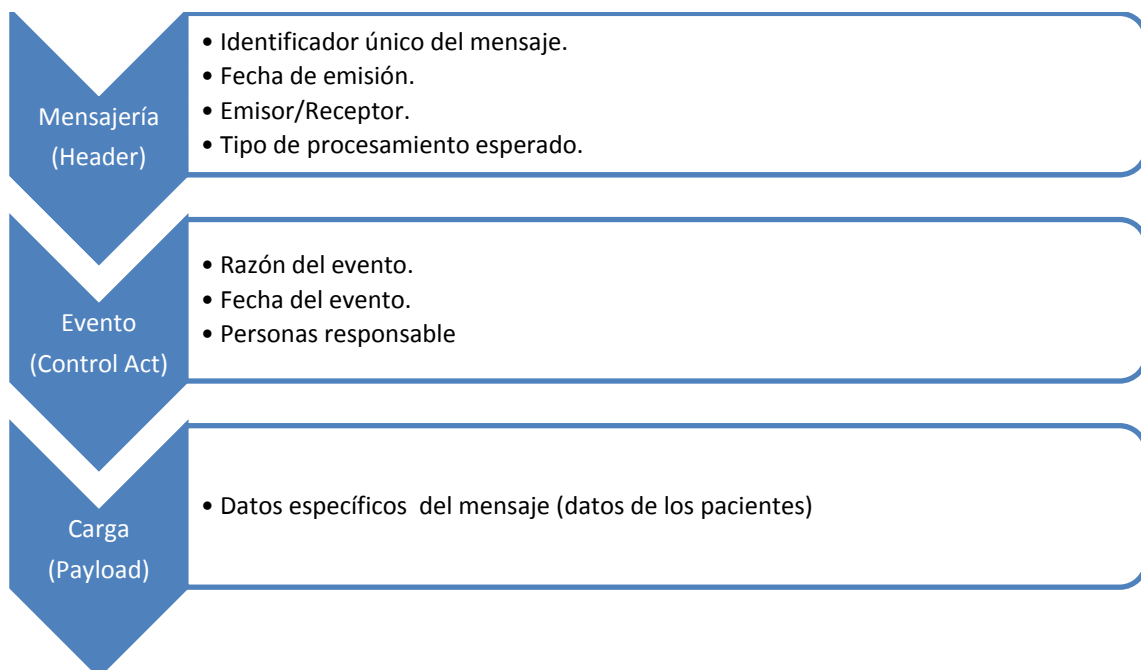
```

El elemento `<detail>` permite el envío por el servidor del detalle de error que podrá ser utilizado posteriormente para analizar el comportamiento del sistema. Los elementos dentro de `detail` deben estar en un namespace diferente del soap envelope:

(<http://schemas.xmlsoap.org/soap/envelope/>).

3. Estructura de mensajes HL7 V3

Un mensaje V3 se define en base a las siguientes 3 capas:



Estas capas están presentes en todos los mensajes, independientemente de su propósito, aunque la capa de “evento” aportará más o menos información.

Dado que la mensajería V3 utilizada en esta guía usa la implementación en XML, en adelante se relacionarán los distintos elementos con cada una de estas capas..

3.1. Capa de Mensajería

Esta capa contiene todos los datos relativos al mensaje en sí mismo, no a la carga que transporta. Esta capa y sus elementos son comunes a todos los mensajes.

Los distintos elementos que la forman son

:

- **Elemento raíz.**

El elemento raíz corresponde al tipo de interacción que se está utilizando (PRPA_IN201304UV02, PRPA_IN201306UV02, etc..) El nombre de la interacción corresponderá a los 13 usados en esta guía (ej: PRPA_IN201304) mas otros (ej: UV02) específicos de la implementación XSD usada.

- **Espacios de nombres (namespaces).**

El namespace por defecto de los elementos del mensaje es "urn:hl7-org:v3", correspondiente a todo mensaje de Versión 3 de HL7.

En los casos que ha sido necesario, los mensajes se han extendido a través de elementos adicionales de uso específico en SACYL a través del namespace "http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion" (habitualmente referenciado como 'sacyl' en los mensajes de ejemplo).

- **Identificador único del mensaje**

Este identificador se envía usando un elemento <id> definido más adelante, en el apartado de "Identificadores" de la sección de Datos comunes de la guía.

```
<!-- Identificador único del mensaje
```

```
2.16.840.1.113883.3.173.20.17.40.5.50101.100.1 Es el identificador del HIS en el HNSS
```

```
-->
```

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="27544"/>
```

Corresponde a un ID único que identifica al mensaje. Para asegurar que este ID será único en todo el rango de aplicaciones, el ID se define usando dos elementos: el atributo extension que reflejará un ID único de mensaje en la aplicación, un el atributo root, que identifica a un identificador de mensajes para la aplicación emisora. La combinación de los dos elementos dará lugar a un código único.

El atributo root es un OID (explicados más adelante en esta guía), y deberá usar el rango asignado por la Gerencia de Salud para la aplicación.

- **Fecha de envío del mensaje**

```
<!-- Fecha de creación del mensaje -->
```

```
<creationTime value="20080820102314"/>
```

Corresponde a la fecha de emisión del mensaje (no a la del evento real).

La fecha se indica en el atributo value, en el formato Timestamp (definido en el apartado de Datos Comunes). Deberá indicar al menos precisión de segundos bajo el formato: aaaaMMddhhmmss

- **Interacción**

```
<interactionId extension="PRPA_IN201304UV02"/>
```

Corresponderá al elemento raíz del mensaje.

- **Modo de procesamiento**

```
<processingCode code="P"/>  
<processingModeCode code="T"/>
```

Para esta implementación, el código de procesamiento es siempre “Producción” (P) y el código de modo a “T”.

- **Tipo de ACK esperado**

```
<acceptAckCode code="AL"/>
```

Para esta implementación, siempre se contesta con un ACK, por lo que éste elemento siempre tendrá valor “always” (AL).

- **Receptor del mensaje**

```
<!-- Aplicación receptora -->  
<receiver typeCode="RCV">  
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">  
    <!-- Identificador único de la aplicación Receptora -->  
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4 es el identificador del SIIS -->  
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100" extension="4"/>  
  </device>  
</receiver>
```

Este conjunto de elementos identifica al sistema que va a recibir el mensaje. Esta aplicación se define en el elemento <id> del nodo <device>.

- **Emisor del mensaje**

```
<!-- Aplicación emisora -->
<sender typeCode="SND">
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1 es el identificador del HIS de HNSS -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100" extension="1" />
  </device>
</sender>
```

Este conjunto de elementos identifica al sistema que emite el mensaje. Esta aplicación se define en el elemento `<id>` del nodo `<device>`.

- **Capa de eventos**

```
<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
```

El elemento `<controlActProcess>` contiene el contenido de la capa de evento.

4. Datos comunes

4.1. Identificadores

Los identificadores se envían en los mensajes a través de elementos `<id>`, calificados a través de OID.

Cada elemento `<id>` contiene dos atributos:

- **root** Que identifica la autoridad asignadora que ha asignado el identificador. Esto es: contiene un identificador universal que permite indicar qué tipo de identificador se está enviando (si es el NIF, el CIP, el número de póliza de la seguridad social, etc).
- **extension** Que contiene el valor del identificador en sí mismo.

Para calificar los root se han usado los OID (Object Identifiers) de ISO. Un OID permite construir de forma ordenada el conjunto de calificadores de identificadores necesario para cualquier escenario.

Así, por ejemplo, el DNI se enviaría con el siguiente elemento:

```
<id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
```

El CIP de CyL.

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
```

Para los Números de Historia Clínica, se han definido 14 ROOT diferentes (uno por cada complejo hospitalario)

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="145643"/>
```

4.2. Códigos

De forma similar a los identificadores, los elementos `<code>`, permiten enviar códigos de catálogos o tablas maestras, indicando al mismo tiempo la tabla usada. El elemento code contiene los siguientes atributos:

- **codeSystem** Que identifica la tabla o catálogo usado. Será un identificador único acordado entre todos los participantes, o un OID si se requiere
- **code** Que contiene el código en sí mismo.

4.3. Fechas y datos de tiempo

Las fechas, momentos, etc, se envían en un tipo de dato TS (Time Stamping) que permite expresar el momento de tiempo con la exactitud con la que se conoce.

Se trata de una sucesión de números de la forma (expresada hasta segundos):

aaaaMMddhhmmss.SSS[+|-]ZZzz

Siendo aaaa el año, en formato de 4 dígitos. MM el mes , dd el día del mes, hh la hora (en formato 24 horas), mm los minutos, ss los segundos, SSS los milisegundos y ZZzz la información de uso horario (a sumar o restar).

El formato se completa hasta donde se conozca. Así para enviar una fecha de nacimiento donde sólo se conozca el año y mes la información a enviar será "197003" Enviar "19700300" o "19700301" se consideraría un error, ya que se estaría especificando el día de nacimiento sin conocerse éste. La precisión necesaria en cada punto se expresa en las guías.

4.4. OID (Object Identifier)

Los elementos tipo códigos o identificadores son calificados a través de identificadores únicos o UID. En el caso de SACYL, se ha optado por el uso de los OID de ISO para definir ese tipo de identificadores.

Los OID utilizados en mensajería permiten identificar todo tipo de recursos, asegurando su unicidad. Entre estos recursos están:

- Identificadores (de personas, de mensajes, de muestras, etc.) tanto “reconocidos” como el DNI o el CIP, como locales (por ejemplo, el identificador interno de una aplicación).
- Tablas de catálogos. Tanto a nivel clínico (como por ejemplo la clasificación internacional de enfermedades –CIE9MC-) como a nivel administrativo (los diferentes tipos de coberturas de la Seguridad Social), o multipropósito (como la tabla sí/no)...

Aunque la asignación de OID está construida de forma lógica y por tanto su estructura aportaría cierta información, sería incorrecto procesar el OID para obtener datos más allá de su significado. Deben ser tratados exclusivamente como identificadores únicos. Es decir: si por ejemplo se envía como identificador de un mensaje el siguiente elemento:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="27544"/>
```

Sería incorrecto asumir a raíz del identificador que la aplicación que lo envía es el HIS del HNSS ya que el ROOT contiene la raíz 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101, que es la del HNSS, y luego 100.1 que identifica al HIS en ese centro. Ese ROOT debe tratarse exclusivamente como prefijo que asegura que el id del mensaje sea único. El identificador de la aplicación emisora se enviará en el campo correspondiente (en este caso en el elemento <sender>).

```
<sender typeCode="SND">
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1. es el identificador del HIS de HNSS -
->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100" extension="1" />
  </device>
</sender>
```


4.5. Datos desconocidos (nullFlavor)

Todos los elementos permiten expresar de forma completa que la información no se conoce. Para ello cuentan con el atributo @nullFlavor, que puede tomar uno de los siguientes códigos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
OTH	otros	Otros.
UNK	desconocido	No se conoce.
ASKU	Preguntado, pero aún así desconocido	El paciente no conoce la información (por ejemplo, un paciente que desconozca su fecha de nacimiento).
NAV	No conocido por el momento	La información no está disponible en ese momento, pero se espera que lo esté en un futuro.
NASK	No preguntado	No se conoce la información, pero aún no se ha podido preguntar al paciente
MSK	Oculto por motivos de seguridad	La información está disponible pero no se envía en este mensaje por motivos de seguridad.
NA	No aplica	El dato no tiene sentido (por ejemplo, la fecha de la última menstruación para un paciente masculino).

4.6. Expresiones de los datos usados en las guías.

En las guías de integración, se pueden añadir restricciones adicionales a los datos transmitidos para permitir a los sistemas controlar si están preparados para recibir o enviar estos datos.

Los tipos de datos que aparecen en las guías son los siguientes:

TIPO DE DATO	DESCRIPCIÓN
CHAR(XX)	Alfanumérico de XX Caracteres como mucho
BOOLEAN	Verdadero /Falso En la mensajería aparecerá como "true" o "false"
TS(XX)	Instante temporal Entre paréntesis la precisión. Según la cantidad entre paréntesis reflejará la precisión: (23) aaaaMMddhhmmss.SSS[+ -]ZZzz (17) aaaaMMddhhmm[+ -]ZZzz (8) AAAAMMDD

CLOB	Texto sin límite de tamaño
BLOB	Datos binarios sin límite de tamaño. En el mensaje aparecerán como base64.
INT(X)	Número entero, de cómo máximo X dígitos
FLOAT(X,Y)	Número decimal, de cómo máximo X dígitos de parte entera e Y dígitos de parte decimal

Estos tipos de datos definen el tamaño de las cadenas que aparecerán en el mensaje, de forma similar a cómo los perfiles de integración de V2 reflejaban el tamaño.

5. Conjuntos comunes de elementos (CMET)

En los mensajes, ciertos conjuntos de elementos aparecen usando la misma estructura, que en el estándar reciben en nombre de CMET (Common Message Element Types).

A continuación se reflejan los grupos más significativos.

5.1. Datos de paciente

Bajo este CMET se define todos los datos relacionados con el paciente: sus identificadores, datos de contacto, datos de atención sanitaria asignada, así como datos de cobertura.

La estructura que lleva estos daos es la siguiente:

```

<patient>
  <!-- Identificador principal del paciente -->
  <id/>
  <!-- Dirección del paciente (la de interés de la aplicación -->
  <addr/>
  <!-- Contacto : teléfono, móvil correo -->
  <!-- un móvil -->
  <telecom/>
  <patientPerson>
    <!-- NOmbre y apellidos -->
    <name/>
    <!-- Sexo administrativo: -->
    <administrativeGenderCode code="M"/>
    <!-- Fecha de nacimiento -->
    <birthTime value="19901010"/>
    <!-- Datos de fallecimiento (si está muerto) -->
    <deceasedInd value="false"/>
    <deceasedTime value="2008061010"/>
    <!-- Nacionalidad , usando la tabla ISO3166 -->
    <asCitizen/>
    <!-- Conjunto de identificadores -->
    <asOtherIDs/>

    <!-- Datos de asistencia de atención primaria (para informar del CIAS y centro de salud asociado) -->
    <careGiver/>
    <!-- Datos del lugar de nacimiento -->
    <birthPlace/>
    <!-- garante: Persona u organizacion legalmente responsable de la atención y gestión del paciente-->
    <guarantorRole/>
  </patientPerson>
  <!--
    Datos de cobertura: tipo de mutua a la que pertenece (muface, mujeju, isfas, tsss)
  -->
  <coveredPartyOf/>

```

- **Identificadores del paciente.**

Los identificadores del paciente aparecen en dos puntos en el mensaje:

1) Bajo el nodo *patient*:

```
<!-- Identificador del paciente

    El root 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10 asocia el identificador como el NHC en el HNSS en
    Ávila

        (Para los NHC el root es 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.Z.10 1 siendo Z el código del hospital
        Si el root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.10.1 sería el CIP-SNS
        Si el root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1 sería el CIP-SACYL
        Si el root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.2 sería el CIP-JCYL

-->

<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>
```

Bajo el nodo <patient>, se envía el identificador asociado al sistema que ha dado de alta al paciente (si trata de un centro hospitalario, se enviará el Número de Historia Clínica, si se trata de atención primaria, se enviará el nº de tarjeta sanitaria, etc..)

2) Bajo el nodo asOtherIDs (patient/patientPerson/asOtherIDs):

```
<asOtherIDs classCode="ROL">

    <!-- DNI -->

    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>

    <!-- CIP SACYL -->

    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>

    <!-- NHC en el HNSS de Ávila (se repite aquí por comodidad) -->

    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="145643"/>

    <scopingOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"><id/></scopingOrganization>

</asOtherIDs>
```

Bajo el nodo <asOtherIDs>, en los elementos <id> se envía todos los identificadores del paciente conocidos por el sistema emisor, repitiéndose el que se envía bajo el elemento <patient>.

Adicionalmente, bajo este nodo se envía el elemento <scopingOrganization>, con el nodo id <id> vacío, ya que estos identificadores tienen ámbito universal.

- **Nombre del paciente.**

Se envía el nombre con los dos apellidos del paciente –si es que se conocen – en el elemento name (patient/patientPerson/name)

```
<name>
    <family>1º Apellido</family>
    <family>2º Apellido</family>
    <given>Nombre</given>
</name>
```

- El nombre se envían en el elemento name/given
- El 1º apellido, en el name/family[1]
- El 2º apellido –si existe-, en el name/family[2]

- **Sexo del paciente**

El atributo @code del elemento administrativeGender indica el sexo del paciente.

```
<!--
    Sexo administrativo:
    <administrativeGenderCode code="M"/>      Maculino
    <administrativeGenderCode code="F"/>      Femenino
    <administrativeGenderCode nullFlavor="UNK"/> Desconocido
-->
<administrativeGenderCode code="M"/>
```

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
M	Masculino
F	Femenino

Para indicar que el sexo no se conoce se utiliza el atributo @nullFlavor con valor UNK (Desconocido), o con otro de los valores detallados en la parte de “Datos desconocidos” del apartado de datos comunes de este documento.

- **Direcciones del paciente.**

Se permite enviar varias direcciones de usuarios, bajo el elemento <addr>. En función del tipo de dirección, ésta se califica a través del atributo use.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	USO
HP	Hogar principal	Dirección de contacto principal
HV	Dirección en vacaciones	Para episodios que acontezcan en el lugar de veraneo de la persona.
WP	Dirección de trabajo	Dirección de la oficina donde trabaja
BAD	Dirección errónea	Permite marcar el registro como no-válido
TMP	Dirección temporal	Para episodios que acontezcan en un lugar de tránsito de la persona.

```

<addr use="HP">
  <!-- Provincia. 2.16.840.1.113883.2.19.40.1 Identifica la codificación INE de provincias -->
  <state code="05" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.1" >Ávila</state>
  <!-- Municipio 2.16.840.1.113883.2.19.40.2 Identifica la codificación INE de municipios -->
  <city code="0198" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.2">Ávila</city>
  <!-- Localidad En caso de ser necesario, se envía la localidad codificada con la tabla
  2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22 -->
  <precinct code="AVILA" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22">Ávila</precinct>
  <!-- País 1.0.3166.1.2 Identifica la tabla ISO 3166 de codificación de países, usando los códigos de 2
  caracteres-->
  <country code="ES" codeSystem="1.0.3166.1.2">ESPAÑA</country>
  <!-- Código Postal-->
  <postalCode>05003</postalCode>
  <!-- Tipo de calle (Calle, plaza, etc. )
  Los tipos, están codificados bajo la tabla 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.20
  -->
  <streetNameType code="C"
  codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.20">Calle</streetNameType>
  <!-- Nombre de la calle

```

```

La calle estará codificada bajo el callejero SACYL, identificado por
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.21

-->
<streetNameBase code="XX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.21">De la
Trinidad</streetNameBase>

<!-- Número de portal (y calificador en el code) -->
<houseNumber code="NORM">28</houseNumber>

<!-- NDP del callejero -->
<censusTract>NDP</censusTract>

<!-- Escalera: si no hay, se omite -->
<unitType>Escalera</unitType>
<unitID>2º</unitID>

<!-- Bloque: si no hay, va en blanco -->
<unitType>Bloque</unitType>
<unitID>4º</unitID>

<!-- Piso: Si no hay, va en blanco -->
<unitType>Piso</unitType>
<unitID>3º</unitID>

<!-- Puerta: Si no hay, va en blanco -->
<unitType>Puerta</unitType>
<unitID>B</unitID>

<!-- Otros datos de la dirección: Si no hay, se omite o se deja en blanco -->

<additionalLocator>Preguntar por Panxo</additionalLocator>

</addr>

```

Los datos que permite codificar esta estructura son los siguientes:

- Provincia: codificada bajo INE [addr/state/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/state]
- Municipio: codificado bajo INE [addr/city/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/city]
- Localidad: codificada [addr/precint/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/precint]
- País: codificado bajo ISO3166 [addr/country/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/country]
- Código postal [addr/postalCode]

El resto de los datos de dirección pueden darse de dos maneras diferentes, en función de la calidad de los datos que disponga el sistema que envía el mensaje:

- En una única línea:
Un bloque de datos conjunto descritos en el elemento *streetAddressLine*

```

<addr use="HP">
  (....)
  <!-- Tipo de calle (Calle, plaza, etc. )-->
  <streetAddressLine>Calle De la Trinidad N 28 2º Bloque 4º Piso 3º B, preguntar por Panxto</streetNameType>
</addr>

```

- Desglosados en los siguientes elementos:
 - o Tipo de vía: bajo *streetNameType*
 - o Nombre de la calle: bajo el elemento *streetNameBase*
 - o Número del portal bajo el elemento *houseNumber*.
 - o Si la dirección es de CyL, su NDP en el callejero: bajo el elemento *censusTract*.
 - o Escalera (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='ESCALERA']/following-sibling::unitID[1]* Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de ESCALERA.
 - o Bloque (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='BLOQUE']/following-sibling::unitID[1]*. Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de BLOQUE.
 - o Piso (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='PISO']/following-sibling::unitID[1]* Si no existe este dato. Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de PISO.
 - o Puerta (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='PUERTA']/following-sibling::unitID[1]* Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de PUERTA.
 - o Otros datos (si es necesario completar datos de contacto) *[addr/additionalLocator]* Si no existe este dato.
- **Datos de contacto del paciente (teléfono, email, etc.).**

Se permite enviar varias direcciones de contacto de pacientes bajo el elemento <telecom>. Este elemento tiene 3 componentes principales:

- El atributo @use, para indicar si es de trabajo, de casa, etc. Idéntico al atributo @use dele elemento addr descrito anteriormente en este documento.
- El atributo @value, que indica la dirección de contacto siguiendo las directrices del RFC 2396. (Así para un teléfono será tel:22222 para un fax fax:22222 para un correo mailto://2222@mail.com, etc.)
- Datos adicionales, en el elemento (useableData). Este elemento no pertenece al dominio de HL7, sino a una extensión local y por tanto debe pertenecer al namespace “http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion” (al que en los ejemplos se hace referencia como “sacyl”)

TIPO	@use	@value
Teléfono principal del hogar	HP	tel:/[numero_telefono] Ej: tel:111111111
Otros teléfonos del hogar	H	tel:/[numero_telefono] Ej: tel:123456789
Fax (hogar)	HP	Fax: [numero_telefono] Ej: fax:123456759
Fax (trabajo)	WP	Fax: [numero_telefono] Ej: fax:123456759
Teléfono móvil	MC	Tel:/[numero_telefono] Ej: tel:22222222
Teléfono de trabajo	WP	Tel:/[numero_telefono] Ej: tel:22222222
Email personal	DIR	Tel:/[numero_telefono] Ej: mailto://alberto.saez@mail.com

```

<!-- un móvil -->
<telecom use="MC" value="tel:666666666">
  <sacyl:useableData>No llamar antes de las 16:00</sacyl:useableData>
</telecom>
<!-- un fax -->
<telecom use="HP" value="fax:666666666"/>
<!-- Contacto email -->
<telecom use="DIR" value="mailto://albertos@sacyl.es"/>

```

- **Lugar de nacimiento**

```

<birthPlace>
  <addr>
    <!-- Provincia de nacimiento. (si se conoce)
    En caso de ser Española, también estará codificada en @code
    2.16.840.1.113883.2.19.40.1 Identifica la codificación INE de provincias
    -->
    <state code="05" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.1" >Ávila</state>
    <!-- Municipio de nacimiento (si se conoce)
    En caso de ser Española, también estará codificada en @code
    2.16.840.1.113883.2.19.40.2 Identifica la codificación INE de municipios
    -->
    <city code="0198" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.2">Ávila</city>
    <!-- Localidad de nacimiento (si se conoce)
    En caso de ser Española, también estará codificada en @code
    En caso de ser necesario, se envía la localidad codificada con la tabla
    2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22
    -->
    <precinct code="AVILA" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22">Ávila</precinct>

    <!-- País
    Estará codificada en @code
    1.0.3166.1.2 Identifica la tabla ISO 3166 de codificación de países, usando los códigos de 2
    caracteres
    -->
    <country code="ES" codeSystem="1.0.3166.1.2">ESPAÑA</country>
  </addr>
</birthPlace>

```

El lugar de nacimiento se codifica bajo un elemento `<addr>` bajo el elemento `<birthPlace>`. Se envían los siguientes datos:

- Provincia: codificada bajo INE [birthPlace/addr/state/@code] -si es posible- y con su descripción [birthPlace/addr/state]
- Municipio: codificado bajo INE [birthPlace/addr/city/@code] -si es posible- y con su descripción [birthPlace/addr/city]
- Localidad: codificada [birthPlace/addr/precint/@code] -si es posible- y con su descripción [birthPlace/addr/precint]c
- País: codificado bajo ISO3166 [birthPlace/addr/country/@code] -si es posible- y con su descripción [birthPlace/addr/country]

- **Fecha de nacimiento**

La fecha de nacimiento se envía en el atributo *@value* del elemento *<birthTime>*

```
<birthTime value="19901010"/>
```

El formato es *aaaa[MM[dd]]* (es decir, es obligatorio enviar el año al menos).

En caso de no conocer la fecha, será necesario utilizar el atributo *nullFlavor* como se indica en el apartado de datos comunes “Datos desconocidos”.

- **Fecha de fallecimiento**

```
<deceasedInd value="false"/>
<deceasedTime value="2008061010"/>
```

En caso de indicar que el paciente ha fallecido, se indica con los siguientes elementos:

- *deceasedInd*: con su atributo *@value* a “false”.
- *deceasedTime*: con su atributo *@value* con precisión de día al menos (*aaaaMMdd[hh[mm]]*).

- **Nacionalidades**

```
<!-- Nacionalidad , usando la tabla ISO3166 -->
<asCitizen>
  <politicalNation>
    <code code="ES" codeSystem="1.0.3166.1.2" displayName="ESPAÑOLA"/>
    <name>ESPAÑOLA</name>
  </politicalNation>
</asCitizen>
```

Es necesario indicar al menos una nacionalidad del paciente, en el elemento *<asCitizen>* Se envía la siguiente información:

- Código del país en ISO3166 *asCitizen/politicalNation/code/@code*
- Nombre del país, en *asCitizen/politicalNation/name*

Si el paciente tiene varias nacionalidades, se enviarán todas las conocidas en distintos elementos *<asCitizen>*

- **Datos de la madre.**

En ciertas situaciones es necesario enviar los datos de la madre. En esos casos se envía un elemento `<personalRelationship>` con un elemento `code` cuyo atributo `@code` sea "MTH" (madre).

```
<!-- En el caso que se noozca, el nombre de la madre -->
<personalRelationship>
  <code code="MTH" />
  <relationshipHolder1 determinerCode="INSTANCE" classCode="PSN">
    <!-- Identificadores de la madre (los que conozca el sistema emisor) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>
    <name>
      <given>NOMBRE DE LA MADRE</given>
      <family>APELLIDO 1 DE LA MADRE</family>
      <family>APELLIDO 2 DE LA MADRE</family>
    </name>
  </relationshipHolder1>
</personalRelationship>
```

Bajo esta estructura se envían los siguientes datos:

- Identificadores de la madre: el sistema envía todos los identificadores que conozca de la madre en los elementos `<id>` bajo el nodo `personalRelationship/relationshipHolder1`.
- Nombre y apellidos de la madre:
 - o Nombre: `personalRelationship/relationshipHolder1/name/given`
 - o 1º Apellido: `personalRelationship/relationshipHolder1/name/family[1]`
 - o 2º Apellido: `personalRelationship/relationshipHolder1/name/family[2]`

- **Comunidad Autónoma o País responsable de la asistencia del paciente**

La información del responsable de la atención se envía en el elemento `<guarantorRole>`.

```
<!--
    garante: Persona u organizacion legalmente responsable de la atención y gestión del paciente
    En este caso, la comunidad autónoma responsable de la atención del paciente
    (Si el root es 2.16.840.1.113883.2.19.40.4)
    O el país si el root es 1.0.3166.1.2
-->
<guarantorRole classCode="GUAR">
  <guarantorOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- CCAA responsable del aseguramiento del paciente -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.40.4" extension="CL"/>
    <name>Comunidad de Castilla y León</name>
  </guarantorOrganization>
</guarantorRole>
```

La información que se envía depende del valor de `guarantorRole/guarantorOrganization/id/@root:`

- Si es "2.16.840.1.113883.2.19.40.4", entonces el elemento `guarantorRole/guarantorOrganization/id/@extension` contiene el código de la CCAA Autónoma responsable del paciente, y `guarantorRole/guarantorOrganization/name` su nombre.
- Si es "1.0.3166.1.2", entonces el elemento `guarantorRole/guarantorOrganization/id/@extension` contiene el código de 2 letras del país responsable del paciente, y `guarantorRole/guarantorOrganization/name` su nombre.

- **CIAS y centro de AP**

La información de proveedor de cuidados en atención primaria se envía en el elemento `<careGiver>`, identificado con un code que define la relación como la de centro de atención primaria: `code="PC"`).

```
<!-- Datos de asistencia de atención primaria (para informar del CIAS y centro de salud asociado) -->
<careGiver>
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.53" code="203B00000N" displayName="Atención Primaria"/>
  <addr use="WP">
    <!-- Centro de salud asociado (cias-centro) -->
    <censusTract code="PC" displayName="NOMBRE CENTRO SALUD"/>
  </addr>
  <careGiverPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
```

```

<!-- CIAS-PLAZA al que el paciente esté asociado-->
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="ASDF1545215S"/>
<!-- Aunque no se conozca el nombre del médico el elemento name debe de aparecer, aunque sea vacío -->
<name/>
</careGiverPerson>
</careGiver>

```

La información que se envía bajo esta estructura es la siguiente:

- CIAS-CENTRO (Código CIAS del centro de salud) en *careGiver /addr[@use=WP]/censusTrack/@code* cuyo codeSystem coincida con el OID de codificación de centros de AP.
- Nombre del centro en *careGiver /addr[@use=WP]/censusTrack/@displayName contactParty/code/@displayName*
- Plaza CIAS asignada: en el id *careGiver/careGiverPerson/id/@extension* cuyo root coincida con el OID de CIAS-plazas.

- **Coberturas sanitarias (mutuas)**

Cada una de las distintas coberturas de un paciente (TGSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, etc.) se codifica en un elemento *<coveredPartyOf>*. Este elemento está descrito en un CMET específico "Datos de cobertura"

5.2. Datos simplificados de paciente

En numerosas ocasiones, los sistemas no necesitan intercambiar toda la información relativa a un paciente, sino sólo sus datos más críticos. Este CMET es idéntico al anterior en estructura, pero su contenido es más sencillo:

```
<patient classCode="PAT">
  <!-- Identificadores del paciente -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.11" extension="KASDF3243243"/>
  <!-- Valor fijo -->
  <statusCode code="active" />
  <patientPerson>
    <name>
      <family>1º Apellido Paciente</family>
      <family>2º Apellido Paciente</family>
      <given>Nombre</given>
    </name>
    <!-- Sexo administrativo: -->
    <administrativeGenderCode code="M"/>
    <!-- Fecha de nacimiento -->
    <birthTime value="19901010"/>
  </patientPerson>
</patient>
```

En este caso sólo se envían:

- Identificadores principales.
- Nombre y apellidos.
- Sexo
- Fecha de nacimiento.

5.3. Datos de cobertura

Cada una de las distintas coberturas de un paciente (TGSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, etc.) se codifica en un elemento `<coveredPartyOf>`.

La estructura general de un dato de cobertura es la siguiente:

```
<coveredPartyOf typeCode="COV">
  <coverageRecord classCode="COV" moodCode="EVN">
    <!--Cada tipo de cobertura se envía bajo un elemento component -->
    <component typeCode="COMP">
      <policyOrProgram classCode="COV" moodCode="EVN">
        <!-- Tipo de cobertura:
        PUBLICPOL Cobertura pública
        WCBPOL:: Aseguradora de accidentes laborales / enfermedades profesionales
        AUTOPOL: Aseguradora en caso de accidente circulatorio
        .EHC POL: Póliza no pública
        -->
        <code code="PUBLICPOL" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
      <coveredParty>
        <coveredParty classCode="COVPTY">
          <!-- Número de póliza. Si la cobertura es por la TGSS, se indica aquí el NASS-->
          <!-- NASS Número de Asegurado de la Seguridad Social -->
          <id extension="aaaaaaa" root="1.3.6.1.4.1.19126.4"/>
          <!-- Tipo de cobertura (dependerá del seguro) Se indica a continuación la cobertura para el INSS-->
          <code code="GTN" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.4"
            displayName="General Titular Normal"/>
        </coveredParty>
      </coveredParty>
      <!-- En caso que se trate de un beneficiario, no un titular, se envían bajo el elemento holder los datos del titular -->
      <holder typeCode="HLD">
        <policyHolder classCode="POLHOLD">
          <!-- Id del titular -->
          <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>
          <!-- Nombre del titular -->
          <policyHolderPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
            <name>
              <given>JOAQUÍN</given>
              <family>COSTA</family>
              <family>CARDO</family>
            </name>
          </policyHolderPerson>
        </policyHolder>
      </holder>
      <!-- Responsable de la cobertura -->
      <author typeCode="AUT">
        <underwriter classCode="UNDWRT">
```



```

<!--
    Persona u organizacion legalmente responsable de la atención y gestión del paciente
    En este caso, la comunidad autónoma responsable de la atención del paciente
    (Si el @root es 2.16.840.1.113883.2.19.40.4)
    O el país si el @root es 1.0.3166.1.
    En caso que el asegurado tenga ISFAS, MUFACE, MUGEJU, se indica aquí su código.
-->

<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20" extension="17"/>
<name>Sanidad Castilla y León</name>
</underwriter>
</author>
<!-- Detalles de la cobertura: planes -->
<definition typeCode="INST">
    <coverageDefinition classCode="COV" moodCode="DEF">
        <!-- Indicador de síndrome tóxico: sólo presente si la persona está bajo esa línea -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.4" nullFlavor="NA"/>
        <!-- Indicador de accidentes de trabajo cubiertos por el INSS -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.5" nullFlavor="NA"/>
        <!-- Indicador de pensionista -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.6" nullFlavor="NA"/>
        <!-- Indicador de Sin Recursos -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.7" nullFlavor="NA"/>
    </coverageDefinition>
</definition>
<!-- Descripcion de cada uno de los servicios adicionales
    PHAR: Tipo de farmacia (coste de medicamentos)
-->
<coverageOf typeCode="COVBY">
    <benefit moodCode="DEF" classCode="PCPR">
        <code code="PHAR" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
        <limitation typeCode="LIMIT">
            <coverageCharge moodCode="CRT" classCode="INVE">
                <!--
                    PAY: Servicio no incluido. EL paciente paga íntegramente.
                    COPAYMENT: El paciente sólo paga una parte
                    FREE: El paciente no paga nada
                -->
                <code code="COPAYMENT" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
            </coverageCharge>
        </limitation>
    </benefit>
</coverageOf>
</policyOrProgram>
</component>
</coverageRecord>
</coveredPartyOf>

```

Cada cobertura se envía bajo un elemento *coverageRecord/ component* que contiene los siguientes datos:

Y se envían los siguientes datos:

- Número de póliza o Número de Asegurado (el NASS para la Seguridad social, o el número de póliza caso de mutua) y la mutua u organización, el elemento <id> de la estructura */component/policyOrProgram/coveredParty/coveredParty/id*. El atributo @root contendrá el OID de la cobertura y el atributo @extension la póliza o identificación.

Dado que se trata de un elemento estructural, en el caso que se sepa que el paciente es mutualista, pero se desconozca su póliza, será necesario indicarlo usando el atributo @nullFlavor

```
<!-- 2.16.840.1.113883.2.19.10.13 (Número de póliza en ISFAS) Se sabe que es mutualista, pero se desconoce su póliza -->
<id nullFlavor="UNK" root="2.16.840.1.113883.2.19.10.13" />
```

- El responsable de la cobertura (TGSS, ISFAS, MUFACE, MUGEJU, etc..) se puede ubicar:
 - o En base al @root del id de la póliza (*/component/policyOrProgram/coveredParty/coveredParty/id*), permite identificar el responsable de la cobertura: etc.
 - o En el elemento */coveredPartyOf/coverageRecord/component/policyOrProgram/author/underwriter/id*.
 - Si el @root es "2.16.840.1.113883.2.19.20", el atributo @extension indicará la CCAA responsable de la cobertura del paciente, o si es MUFACE, MUGEJU o ISFAS.
 - Si el @root es "1.0.3166.1.20", el atributo @extension indica el país responsable de la cobertura (esto es aplicable cuando el paciente llegue con la tarjeta europea, o de un país con sanidad concertada).
 - En caso contrario indicará la compañía aseguradora.
- Datos del titular: en caso que el paciente sea un beneficiario no titular, sería necesario enviar los datos principales del titular en una estructura *holder*:
 - o *Identificadores del titular*:: [*/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/id*]
 - o *Nombre*
[*/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/name/given*]
 - o *1º Apellido* [*/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/*

policyHolderPerson/name/family[1]]

- o 2º Apellido [/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/name/family2]]

- Datos de planes de cobertura:

- o Plan principal de cobertura: (en el caso del INSS, el tipo de cobertura)
[component/policyOrProgram/coveredParty/coveredParty/code/@code]
- o Planes específicos de cobertura: cada uno de los planes en los que está incluido adicionalmente. Cada uno se indicará en un elemento
/component/policyOrProgram/definition/coverageDefinition/id

En el INSS están definidos los siguientes:

- Síndrome Tóxico 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.4
- Pensionista 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.6
- Sin recursos 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.7

- o Coberturas específicas. El nivel específico de cobertura de un servicio se define bajo el elemento */component/policyOrProgram/coverageOf/benefit* El atributo *benefit/code/@code* define el tipo de servicio, y la cobertura ofrecida en *benefit/limitation/coverageCharge/code/@code*

En el INSS se definen:

- Tipo de aportación en Farmacia *benefit/code/@code* definido a “PHAR” y los tipos de aportación a:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FREE	EL paciente no paga nada del producto.
COPAYMENT	El paciente sólo paga parte del producto.
PAY	El paciente paga íntegramente el producto.

Este atributo (*benefit/code/@code*) permite definir también los servicios cubiertos, descritos en la adaptación de la tabla (2.16.840.1.113883.12.309"), que corresponde a la tabla HL7 0309 de la versión 2.x del estándar. Para este tipo de servicios no se define un valor en *benefit/limitation/coverageCharge/code/@code* pues el propio código ya define si se tiene cobertura o no.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
H	ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SÓLO)
P	ATENCIÓN PRIMARIA (SÓLO)
E	ATENCIÓN URGENCIAS (SÓLO)
B / HP	ESPECIALIZADA Y PRIMARIA (SÓLO)
HU	ESPECIALIZADA Y URGENCIAS (SÓLO)
PE	PRIMARIA Y URGENCIAS (SÓLO)
HPE	ESPECIALIZADA, PRIMARIA Y URGENCIAS

Este CMET se usa principalmente dentro de los datos de paciente.

6. Mensajes Comunes

6.1. Mensaje MCCI_000200 [Aceptación de mensaje]

Evento disparador

El mensaje se envía como respuesta a los mensajes de alta/modificación/fusión de pacientes indicando si se ha producido o no un error al procesarlo.

Estructura

El mensaje sigue el esquema MCCI_IN000002UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

```
<MCCI_IN000002UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3 ITSVersion="XML_1.0">
  <!-- Identificador único del mensaje
    "2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4.10.1" Es el identificador de mensaje en el SIIS
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4.10.1" extension="27544"/>
  <!-- Fecha de creación del mensaje -->
  <creationTime value="20080820102314"/>
  <!-- Id de interaccion: valor por fijo-->
  <interactionId extension="PRPA_IN201304UV02"/>
  <!-- Código de procesado: P (Producción) -->
  <processingCode code="P"/>
  <!-- Modo de proceso: siempre a T (Current processing on-line mode of processing.) -->
  <processingModeCode code="T"/>
  <!-- Respuesta esperada: ninguna (HE) es ya un ACK de respuesta y no requiere otro >
  <acceptAckCode code="NE"/>
  <!-- Aplicación receptora -->
  <receiver typeCode="RCV">
    <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Identificador único de la aplicación Receptora -->
      <id root="..." extension="..." />
    </device>
  </receiver>
  <!-- Aplicación emisora -->
  <sender typeCode="SND">
    <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
```

```

    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->
    <id root="...." extension="..." />
  </device>
</sender>

<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema)
    AE (Si se ha producido algún error)
  -->
  <typeCode code="AA" />
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que stá contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456" />
  </targetMessage>
  <!--
    En caso de un error se envía este elemento con el detalle
  <acknowledgementDetail typeCode="E">
    <code code="XXX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24" />
    <text>Texto del mensaje si es error</text>
  </acknowledgementDetail>
  -->
</acknowledgement>
</MCCI_IN000002UV01>

```

En este caso, sólo existe capa de mensajería

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```
<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error) -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que está contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>
  </targetMessage>
  <acknowledgementDetail typeCode="E">
    <code code="XXX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24" />
    <text>Texto del mensaje si es error</text>
  </acknowledgementDetail>
</acknowledgement>
```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo code del elemento typeCode) Puede tener los siguientes valores:
 - o “AA” Si el mensaje se ha procesado correctamente y los procesos que solicitaba se han ejecutado sin problemas.
 - o “AE” Si ha habido algún problema al procesar el mensaje o al ingresar sus datos. En este caso, se debe incluir el elemento *<acknowledgementDetail>*
- Mensaje al que se contesta: copia del elemento <id> del mensaje al que se está contestando.
- Codificación del error. En caso que pueda codificarse, se envía el error tabulado en la tabla generar de errores de mensajería V3 de SACL (codeSystem 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24)
- Detalles del error: En caso de que el typeCode sea “AE”, se envía la descripción del error en el elemento text del nodo *<acknowledgementDetail>*.

```
<acknowledgementDetail typeCode="E">
  <code code="XXX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24" />
  <text>Identificador de sexo no admitido</text>
</acknowledgementDetail>
```

Guía de mensajería para interacción con Base de datos Poblacional

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

Versión 1.2 22/07/2009

1. INTRODUCCIÓN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO.	5
2. ESTRUCTURA DE MENSAJES HL7 V3	5
2.1. CAPA DE MENSAJERÍA	6
2.2. CAPA DE CONTROL (EVENTO O ACTO)	8
2.3. CAPA DE CARGA ÚTIL	9
3. DATOS COMUNES	26
3.1. IDENTIFICADORES	26
3.1. CÓDIGOS	27
3.2. FECHAS Y DATOS DE TIEMPO	27
3.3. OID (OBJECT IDENTIFIER)	28
3.1. DATOS DESCONOCIDOS (NULLFLAVOR)	29
4. PERFIL DE MENSAJES “ALTA DE PACIENTE”	29
4.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO	29
4.2. ACTORES	30
4.3. CASO DE USO	31
4.4. DEFINICIÓN DINÁMICA	32
4.5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES	32
5. PERFIL DE MENSAJES “SOLITUD ALTA DE PACIENTE”	54
5.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO	54
5.2. ACTORES	54
5.3. CASO DE USO	55
5.4. DEFINICIÓN DINÁMICA	55
5.5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES	56

1. Introducción y estructura del documento.

El presente documento define por completo el intercambio de datos administrativos relativo a pacientes atendidos en SACYL. Dicho intercambio se ha definido siguiendo el estándar de mensajería HL7 Versión 3.

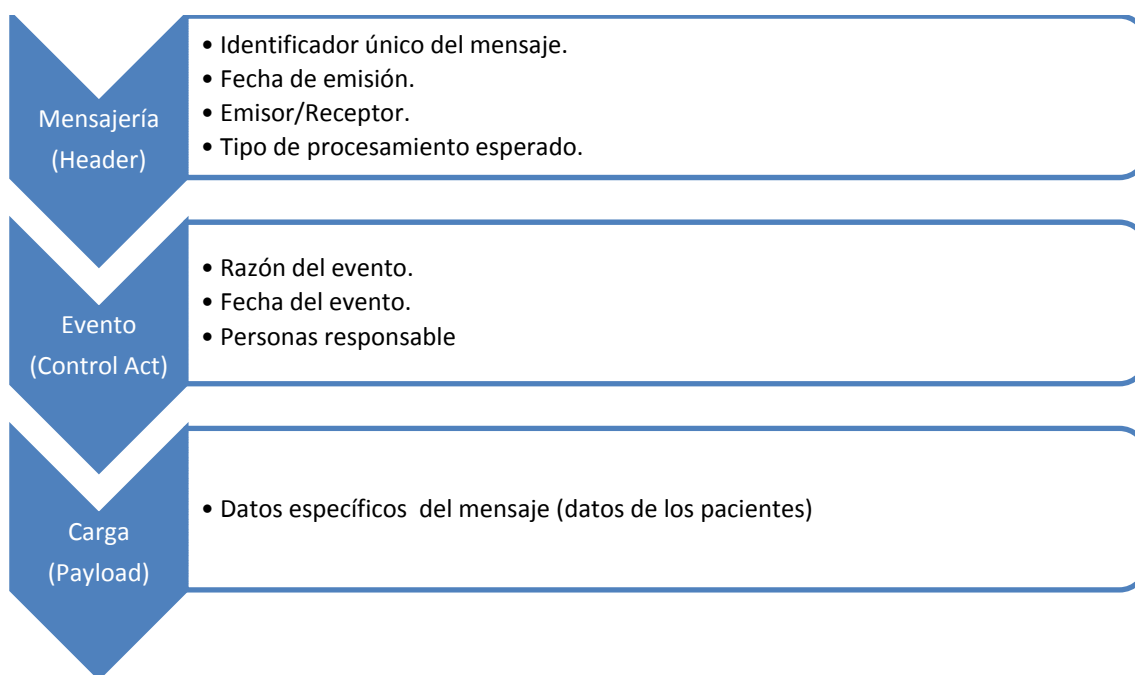
Por datos administrativos se entiende aquellos relativos a su nombre, apellidos, residencia, contacto, identificadores del paciente en los diferentes ámbitos asistenciales, datos de aseguramiento, mutuas a las que pertenece, así como el centros y plaza asignados para su atención.

El documento presenta inicialmente una descripción de la arquitectura de mensajería V3, definiendo los elementos comunes a todos los mensajes.

A continuación se definen los casos de uso contemplados en la especificación, los diagramas de secuencias asociados, y por último el contenido estático de los mensajes intercambiados.

2. Estructura de mensajes HL7 V3

Un mensaje V3 se define en base a las siguientes 3 capas:



Estas capas están presentes en todos los mensajes, independientemente de su propósito, aunque la capa de “evento” aportará más o menos información.

Dado que la mensajería V3 utilizada en esta guía usa la implementación en XML, en adelante se relacionarán los distintos elementos con cada una de estas capas..

2.1. Capa de Mensajería

Esta capa contiene todos los datos relativos al mensaje en sí mismo, no a la carga que transporta. Esta capa y sus elementos son comunes a todos los mensajes.

Los distintos elementos que la forman son:

- **Elemento raíz.**

El elemento raíz corresponde al tipo de interacción que se está utilizando (PRPA_IN201304UV02, PRPA_IN201306UV02, etc..) El nombre de la interacción corresponderá a los 13 usados en esta guía (ej: PRPA_IN201304) mas otros (ej: UV02) específicos de la implementación XSD usada.

- **Espacios de nombres (namespaces).**

El namespace por defecto de los elementos del mensaje es “urn:hl7-org:v3”, correspondiente a todo mensaje de Versión 3 de HL7.

En los casos que ha sido necesario, los mensajes se han extendido a través de elementos adicionales de uso específico en SACYL a través del namespace “http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion” (habitualmente referenciado como ‘sacyl’ en los mensajes de ejemplo).

- **Identificador único del mensaje**

Este identificador se envía usando un elemento <id> definido más adelante, en el apartado de “Identificadores” de la sección de Datos comunes de la guía.

```
<!-- Identificador único del mensaje
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1 Es el identificador del HIS en el HNSS
-->
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="27544"/>
```

Corresponde a un ID único que identifica al mensaje. Para asegurar que este ID será único en todo el rango de aplicaciones, el ID se define usando dos elementos: el atributo extension que reflejará un ID único de mensaje en la aplicación, un el atributo root, que identifica a un identificador de mensajes para la aplicación emisora. La combinación de los dos elementos dará lugar a un código único.

El atributo root es un OID (explicados más adelante en esta guía), y deberá usar el rango asignado por la Gerencia de Salud para la aplicación.

- **Fecha de envío del mensaje**

```
<!-- Fecha de creación del mensaje -->  
<creationTime value="20080820102314"/>
```

Corresponde a la fecha de emisión del mensaje (no a la del evento real).

La fecha se indica en el atributo value, en el formato Timestamp (definido en el apartado de Datos Comunes). Deberá indicar al menos precisión de segundos bajo el formato: aaaaMMddhhmmss

- **Interacción**

```
<interactionId extension="PRPA_IN201304UV02"/>
```

Corresponderá al elemento raíz del mensaje.

- **Modo de procesamiento**

```
<processingCode code="P"/>  
<processingModeCode code="T"/>
```

Para esta implementación, el código de procesamiento es siempre “Producción” (P) y el código de modo a “T”.

- **Tipo de ACK esperado**

```
<acceptAckCode code="AL"/>
```

Para esta implementación, siempre se contesta con un ACK, por lo que éste elemento siempre tendrá valor “always” (AL).

- **Receptor del mensaje**

```
<!-- Aplicación receptora -->  
<receiver typeCode="RCV">  
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">  
    <!-- Identificador único de la aplicación Receptora -->  
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4 es el identificador del SIIS -->  
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100" extension="4"/>  
  </device>  
</receiver>
```

Este conjunto de elementos identifica al sistema que va a recibir el mensaje. Esta aplicación se define en el elemento <id> del nodo <device>.

- **Emisor del mensaje**

```
<!-- Aplicación emisora -->
<sender typeCode="SND">
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1 es el identificador del HIS de HNSS -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100" extension="1" />
  </device>
</sender>
```

Este conjunto de elementos identifica al sistema que emite el mensaje. Esta aplicación se define en el elemento <id> del nodo <device>.

- **Capa de eventos**

```
<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
```

El elemento <controlActProcess> contiene el contenido de la capa de evento.

2.2. Capa de control (evento o acto)

Cada mensaje, al pertenecer a un evento distinto, modela su capa de evento. Sin embargo, hay una serie de elementos comunes que usa la mayor parte de los mensajes.

- **Fecha del evento**

```
<effectiveTime value="20080820102314"/>
```

Corresponde la fecha real del evento (del alta, de la baja, de la fusión, etc).

- **Identificación y estado del acto**

```
<registrationEvent classCode="..." moodCode="...." >
  <!-- Identificador único del evento de registro del alta-->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.20" extension="48431"/>
  <statusCode code="active"/>
  (.....)
  <custodian>(.....)</custodian>
</registrationEvent >
```

En algunos mensajes se recogen los siguientes elementos:

- **Identificador del evento:** El nodo <id>del elemento <registrationEvent> contiene el identificador del acto de evento en el sistema que lo origina (si es un alta, el id del alta), etc. En caso que el sistema no tenga tal identificador, se enviará el nodo vacío (<id/>).
- **Estado del registro:** El atributo code del nodo statusCode, indicará el estado del registro. El estado será siempre “active” salvo en el mensaje de fusión de pacientes, donde los identificadores a fusionar estarán en un elemento <registrationEvent> cuyo statusCode será “obsolete”.
- **Capa de carga útil**

```
<subject1>
  (.....)
</subject1>
```

El elemento subject1, contendrá para la mayor parte de los mensajes, la información que el sistema receptor debe incorporar.

2.3. Capa de carga útil

Si bien cada mensaje tiene un modelo específico de carga útil, todos estos mensajes tienen el elemento paciente, que es el que se describe aquí. Para revisar datos específicos de cada mensaje, es necesario acudir al modelo estático de cada mensaje.

- **Identificadores del paciente.**

Los identificadores del paciente aparecen en dos puntos en el mensaje:

- 1) Bajo el nodo patient:

```
<!-- Identificador del paciente
  El root 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10 asocia el identificador como el NHC en el HNSS en
  Ávila
  (Para los NHC el root es 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.Z.10 1 siendo Z el código del hospital
  Si el root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.10.1 sería el CIP-SNS
  Si el root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1 sería el CIP-SACYL
  Si el root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.2 sería el CIP-JCYL
-->
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>
```

Bajo el nodo <patient>, se envía el identificador asociado al sistema que ha dado de alta al paciente (si trata de un centro hospitalario, se enviará el Número de Historia Clínica, si se trata de atención primaria, se enviará el nº de tarjeta sanitaria, etc..)

2) Bajo el nodo asOtherIDs (patient/patientPerson/asOtherIDs):

```
<asOtherIDs classCode="ROL">
  <!-- DNI -->
  <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
  <!-- CIP SACYL -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
  <!-- NHC en el HNSS de Ávila (se repite aquí por comodidad) -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="145643"/>
  <scopingOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"><id/></scopingOrganization>
</asOtherIDs>
```

Bajo el nodo <asOtherIDs>, en los elementos <id> se envía todos los identificadores del paciente conocidos por el sistema emisor, repitiéndose el que se envía bajo el elemento <patient>.

Adicionalmente, bajo este nodo se envía el elemento <scopingOrganization>, con el nodo id <id> vacío, ya que estos identificadores tienen ámbito universal.

- **Nombre del paciente.**

Se envía el nombre con los dos apellidos del paciente –si es que se conocen – en el elemento name (patient/patientPerson/name)

```
<name>
  <family>1º Apellido</family>
  <family>2º Apellido</family>
  <given>Nombre</given>
</name>
```

- El nombre se envían en el elemento name/given
- El 1º apellido, en el name/family[1]
- El 2º apellido –si existe-, en el name/family[2]

- **Sexo del paciente**

El atributo @code del elemento administrativeGender indica el sexo del paciente.

```
<!--
    Sexo administrativo:
    <administrativeGenderCode code="M"/>      Maculino
    <administrativeGenderCode code="F"/>      Femenino
    <administrativeGenderCode nullFlavor="UNK"/> Desconocido
-->
<administrativeGenderCode code="M"/>
```

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
M	Masculino
F	Femenino

Para indicar que el sexo no se conoce se utiliza el atributo @nullFlavor con valor UNK (Desconocido), o con otro de los valores detallados en la parte de “Datos desconocidos” del apartado de datos comunes de este documento.

- **Direcciones del paciente.**

Se permite enviar varias direcciones de usuarios, bajo el elemento <addr>. En función del tipo de dirección, ésta se califica a través del atributo use.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	USO
HP	Hogar principal	Dirección de contacto principal
HV	Dirección en vacaciones	Para episodios que acontezcan en el lugar de veraneo de la persona.
WP	Dirección de trabajo	Dirección de la oficina donde trabaja
BAD	Dirección errónea	Permite marcar el registro como no-válido
TMP	Dirección temporal	Para episodios que acontezcan en un lugar de tránsito de la persona.

```

<addr use="HP">

    <!-- Provincia. 2.16.840.1.113883.2.19.40.1 Identifica la codificación INE de provincias -->
    <state code="05" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.1" >Ávila</state>

    <!-- Municipio 2.16.840.1.113883.2.19.40.2 Identifica la codificación INE de municipios -->
    <city code="0198" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.2">Ávila</city>

    <!-- Localidad En caso de ser necesario, se envía la localidad codificada con la tabla
    2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22 -->
    <precinct code="AVILA" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22">Ávila</precinct>

    <!-- País 1.0.3166.1.2 Identifica la tabla ISO 3166 de codificación de países, usando los códigos de 2
    caracteres-->
    <country code="ES" codeSystem="1.0.3166.1.2">ESPAÑA</country>

    <!-- Código Postal-->
    <postalCode>05003</postalCode>

    <!-- Tipo de calle (Calle, plaza, etc. )
    Los tipos, están codificados bajo la tabla 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.20 -->
    <streetNameType code="C"
    codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.20">Calle</streetNameType>

    <!-- Nombre de la calle
    La calle estará codificada bajo el callejero SACYL, identificado por
    2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.21 -->
    <streetNameBase code="XX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.21">De la
    Trinidad</streetNameBase>

    <!-- Número de portal (y calificador en el code) -->
    <houseNumber code="NORM">28</houseNumber>

    <!-- NDP del callejero -->
    <censusTract>NDP</censusTract>

    <!-- Escalera: si no hay, se omite -->
    <unitType>Escalera</unitType>
    <unitID>2º</unitID>

    <!-- Bloque: si no hay, va en blanco -->
    <unitType>Bloque</unitType>
    <unitID>4º</unitID>

    <!-- Piso: Si no hay, va en blanco -->
    <unitType>Piso</unitType>
    <unitID>3º</unitID>

    <!-- Puerta: Si no hay, va en blanco -->
    <unitType>Puerta</unitType>
    <unitID>B</unitID>

    <!-- Otros datos de la dirección: Si no hay, se omite o se deja en blanco -->

    <additionalLocator>Preguntar por Panxo</additionalLocator>

</addr>

```

Los datos que permite codificar esta estructura son los siguientes:

- Provincia: codificada bajo INE [addr/state/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/state]
- Municipio: codificado bajo INE [addr/city/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/city]
- Localidad: codificada [addr/precint/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/precint]
- País: codificado bajo ISO3166 [addr/country/@code] -si es posible- y con su descripción [addr/country]
- Código postal [addr/postalCode]

El resto de los datos de dirección pueden darse de dos maneras diferentes, en función de la calidad de los datos que disponga el sistema que envía el mensaje:

- En una única línea:

Un bloque de datos conjunto descritos en el elemento *streetAddressLine*

```
<addr use="HP">
  (....)
  <!-- Tipo de calle (Calle, plaza, etc. )-->
  <streetAddressLine>Calle De la Trinidad N 28 2º Bloque 4º Piso 3º B, preguntar por Panxto</streetNameType>
</addr>
```

- Desglosados en los siguientes elementos:
 - o Tipo de vía: bajo *streetNameType*
 - o Nombre de la calle: bajo el elemento *streetNameBase*
 - o Número del portal bajo el elemento *houseNumber*.
 - o Si la dirección es de CyL, su NDP en el callejero: bajo el elemento *censusTract*.
 - o Escalera (si forma parte de la dirección) [addr]/unitType[uppercase(.)='ESCALERA']/following-sibling::unitID[1]] Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de ESCALERA.
 - o Bloque (si forma parte de la dirección) [addr]/unitType[uppercase(.)='BLOQUE']/following-sibling::unitID[1]]. Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de BLOQUE.
 - o Piso (si forma parte de la dirección) [addr]/unitType[uppercase(.)='PISO']/following-sibling::unitID[1]] Si no existe este dato. Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de PISO.
 - o Puerta (si forma parte de la dirección) [addr]/unitType[uppercase(.)='PUERTA']/following-sibling::unitID[1]] Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de PUERTA.
 - o Otros datos (si es necesario completar datos de contacto) [addr/additionalLocator] Si no existe este dato.

- **Datos de contacto del paciente (teléfono, email, etc.).**

Se permite enviar varias direcciones de contacto de pacientes bajo el elemento <telecom>. Este elemento tiene 3 componentes principales:

- El atributo @use, para indicar si es de trabajo, de casa, etc. Idéntico al atributo @use del elemento addr descrito anteriormente en este documento.
- El atributo @value, que indica la dirección de contacto siguiendo las directrices del RFC 2396. (Así para un teléfono será tel:22222 para un fax fax:22222 para un correo mailto://2222@mail.com, etc.)
- Datos adicionales, en el elemento (useableData). Este elemento no pertenece al dominio de HL7, sino a una extensión local y por tanto debe pertenecer al namespace “http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion” (al que en los ejemplos se hace referencia como “sacyl”)

TIPO	@use	@value
Teléfono principal del hogar	HP	tel:/[numero_telefono] Ej: tel:111111111
Otros teléfonos del hogar	H	tel:/[numero_telefono] Ej: tel:123456789
Fax (hogar)	HP	Fax: [numero_telefono] Ej: fax:123456759
Fax (trabajo)	WP	Fax: [numero_telefono] Ej: fax:123456759
Teléfono móvil	MC	Tel:/[numero_telefono] Ej: tel:22222222
Teléfono de trabajo	WP	Tel:/[numero_telefono] Ej: tel:22222222
Email personal	DIR	Tel:/[numero_telefono] Ej: mailto://alberto.saez@mail.com

```

<!-- un móvil -->
<telecom use="MC" value="tel:666666666">
    <sacyl:useableData>No llamar antes de las 16:00</sacyl:useableData>
</telecom>
<!-- un fax -->
<telecom use="HP" value="fax:666666666"/>
<!-- Contacto email -->
<telecom use="DIR" value="mailto://albertos@sacyl.es"/>

```

- **Lugar de nacimiento**

```

<birthPlace>
  <addr>
    <!-- Provincia de nacimiento. (si se conoce)
    En caso de ser Española, también estará codificada en @code
    2.16.840.1.113883.2.19.40.1 Identifica la codificación INE de provincias
    -->
    <state code="05" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.1" >Ávila</state>
    <!-- Municipio de nacimiento (si se conoce)
    En caso de ser Española, también estará codificada en @code
    2.16.840.1.113883.2.19.40.2 Identifica la codificación INE de municipios
    -->
    <city code="0198" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.2">Ávila</city>
    <!-- Localidad de nacimiento (si se conoce)
    En caso de ser Española, también estará codificada en @code
    En caso de ser necesario, se envía la localidad codificada con la tabla
    2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22
    -->
    <precinct code="AVILA" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.22">Ávila</precinct>

    <!-- País
    Estará codificada en @code
    1.0.3166.1.2 Identifica la tabla ISO 3166 de codificación de países, usando los códigos de 2
    caracteres
    -->
    <country code="ES" codeSystem="1.0.3166.1.2">ESPAÑA</country>
  </addr>
</birthPlace>

```

El lugar de nacimiento se codifica bajo un elemento `<addr>` bajo el elemento `<birthPlace>`. Se envían los siguientes datos:

- o Provincia: codificada bajo INE `[birthPlace/addr/state/@code]` -si es posible- y con su descripción `[birthPlace/addr/state]`
- o Municipio: codificado bajo INE `[birthPlace/addr/city/@code]` -si es posible- y con su descripción `[birthPlace/addr/city]`
- o Localidad: codificada `[birthPlace/addr/precint/@code]` -si es posible- y con su descripción `[birthPlace/addr/precint]`
- o País: codificado bajo ISO3166 `[birthPlace/addr/country/@code]` -si es posible- y con su descripción `[birthPlace/addr/country]`
- **Fecha de nacimiento**

La fecha de nacimiento se envía en el atributo `@value` del elemento `<birthTime>`

```
<birthTime value="19901010"/>
```

El formato es `aaaa[MM[dd]]` (es decir, es obligatorio enviar el año al menos).

En caso de no conocer la fecha, será necesario utilizar el atributo `nullFlavor` como se indica en el apartado de datos comunes “Datos desconocidos”.

- **Fecha de fallecimiento**

```
<deceasedInd value="false"/>
<deceasedTime value="2008061010"/>
```

En caso de indicar que el paciente ha fallecido, se indica con los siguientes elementos:

- o `deceasedInd`: con su atributo `@value` a “false”.
- o `deceasedTime`: con su atributo `@value` con precisión de día al menos (`aaaaMMdd[hh[mm]]`).
- **Nacionalidades**

```
<!-- Nacionalidad , usando la tabla ISO3166 -->
<asCitizen>
  <politicalNation>
    <code code="ES" codeSystem="1.0.3166.1.2" displayName="ESPAÑOLA"/>
    <name>ESPAÑOLA</name>
  </politicalNation>
</asCitizen>
```

Es necesario indicar al menos una nacionalidad del paciente, en el elemento `<asCitizen>` Se envía la siguiente información:

- Código del país en ISO3166 *asCitizen/politicalNation/code/@code*
- Nombre del país, en *asCitizen/politicalNation/name*

Si el paciente tiene varias nacionalidades, se enviarán todas las conocidas en distintos elementos *<asCitizen>*

- **Datos de la madre.**

En ciertas situaciones es necesario enviar los datos de la madre. En esos casos se envía un elemento *<personalRelationship>* con un elemento *code* cuyo atributo *@code* sea "MTH" (madre).

```
<!-- En el caso que se conozca, el nombre de la madre -->
<personalRelationship>
  <code code="MTH" />
  <relationshipHolder1 determinerCode="INSTANCE" classCode="PSN">
    <!-- Identificadores de la madre (los que conozca el sistema emisor) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>
    <name>
      <given>NOMBRE DE LA MADRE</given>
      <family>APELLIDO 1 DE LA MADRE</family>
      <family>APELLIDO 2 DE LA MADRE</family>
    </name>
  </relationshipHolder1>
</personalRelationship>
```

Bajo esta estructura se envían los siguientes datos:

- o Identificadores de la madre: el sistema envía todos los identificadores que conozca de la madre en los elementos *<id>* bajo el nodo *personalRelationship/relationshipHolder1*.
- o Nombre y apellidos de la madre:
 - o Nombre: *personalRelationship/relationshipHolder1/name/given*
 - o 1º Apellido: *personalRelationship/relationshipHolder1/name/family[1]*
 - o 2º Apellido: *personalRelationship/relationshipHolder1/name/family[2]*

- **Comunidad Autónoma o País responsable de la asistencia del paciente**

La información del responsable de la atención se envía en el elemento *<guarantorRole>*.


```

<!--
    garante: Persona u organizacion legalmente responsable de la atención y gestión del paciente
    En este caso, la comunidad autónoma responsable de la atención del paciente
    (Si el root es 2.16.840.1.113883.2.19.40.4)
    O el país si el root es 1.0.3166.1.2 -->
    <guarantorRole classCode="GUAR">
      <guarantorOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
        <!-- CCAA responsable del aseguramiento del paciente -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.40.4" extension="CL"/>
        <name>Comunidad de Castilla y León</name>
      </guarantorOrganization>
    </guarantorRole>

```

La información que se envía depende del valor de guarantorRole/guarantorOrganization/ /id/@root:

- o Si es "2.16.840.1.113883.2.19.40.4", entonces el elemento guarantorRole /guarantorOrganization/ id /@extension contiene el código de la CCAA Autónoma responsable del paciente, y guarantorRole /guarantorOrganization/name su nombre.
- o Si es "1.0.3166.1.2", entonces el elemento guarantorRole /guarantorOrganization/ id /@extension contiene el código de 2 letras del país responsable del paciente, y guarantorRole /guarantorOrganization/ name su nombre.

- **CIAS y centro de AP**

La información de proveedor de cuidados en atención primaria se envía en el elemento <careGiver>, identificado con un code que define la relación como la de centro de atención primaria: code="PC").

```

<!-- Datos de asistencia de atención primaria (para informar del CIAS y centro de salud asociado) -->
<careGiver>
  <code codeSystem="2.16.840.1.113883.5.53" code="203B00000N" displayName="Atención Primaria"/>
  <addr use="WP">
    <!-- Centro de salud asociado (cias-centro) -->
    <censusTract code="PC" displayName="NOMBRE CENTRO SALUD"/>
  </addr>
  <careGiverPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- CIAS-PLAZA al que el paciente esté asociado -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="ASDF1545215S"/>
    <!-- Aunque no se conozca el nombre del médico el elemento name debe de aparecer, aunque sea vacío -->
    <name/>
  </careGiverPerson>
</careGiver>

```

La información que se envía bajo esta estructura es la siguiente:

- o CIAS-CENTRO (Código CIAS del centro de salud) en *careGiver /addr[@use=WP]/censusTrack/@code* cuyo codeSystem coincida con el OID de codificación de centros de AP.
- o Nombre del centro en *careGiver /addr[@use=WP]/censusTrack/@displayName contactParty/code/@displayName*
- o Plaza CIAS asignada: en el id *careGiver/careGiverPerson/id/@extension* cuyo root coincida con el OID de CIAS-plazas.

- **Coberturas sanitarias (mutuas)**

Cada una de las distintas coberturas de un paciente (TGSS, MUFACE, MUGEJU, ISFAS, etc.) se codifica en un elemento *<coveredPartyOf>*.

La estructura general de un dato de cobertura es la siguiente:

```
<coveredPartyOf typeCode="COV">
  <coverageRecord classCode="COV" moodCode="EVN">
    <!--Cada tipo de cobertura se envía bajo un elemento component -->
    <component typeCode="COMP">
      <policyOrProgram classCode="COV" moodCode="EVN">
        <!-- Tipo de cobertura:
        PUBLICPOL Cobertura pública
        WCBPOL:: Aseguradora de accidentes laborales / enfermedades profesionales
        AUTOPOL: Aseguradora en caso de accidente circulatorio
        .EHC POL: Póliza no pública
        -->
        <code code="PUBLICPOL" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
      <coveredParty>
        <coveredParty classCode="COVPTY">
          <!-- Número de póliza. Si la cobertura es por la TGSS, se indica aquí el NASS-->
          <!-- NASS Número de Asegurado de la Seguridad Social -->
          <id extension="aaaaaaa" root="1.3.6.1.4.1.19126.4"/>
          <!-- Tipo de cobertura (dependerá del seguro) Se indica a continuación la cobertura para el INSS-->
          <code code="GTN" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.4"
            displayName="General Titular Normal"/>
        </coveredParty>
      </coveredParty>
    <!-- En caso que se trate de un beneficiario, no un titular, se envían bajo el elemento holder los datos del titular -->
    <holder typeCode="HLD">
      <policyHolder classCode="POLHOLD">
        <!-- Id del titular -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>
        <!-- Nombre del titular -->
        <policyHolderPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
```

```

        <name>
            <given>JOAQUÍN</given>
            <family>COSTA</family>
            <family>CARDO</family>
        </name>
    </policyHolderPerson>
</policyHolder>
</holder>
<!-- Responsable de la cobertura -->
<author typeCode="AUT">
    <underwriter classCode="UNDWRT">
        <!--
            Persona u organizacion legalmente responsable de la atención y gestión del paciente
            En este caso, la comunidad autónoma responsable de la atención del paciente
            (Si el @root es 2.16.840.1.113883.2.19.40.4)
            O el país si el @root es 1.0.3166.1.
            En caso que el asegurado tenga ISFAS, MUFACE, MUGEJU, se indica aquí su código.
        -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20" extension="17"/>
        <name>Sanidad Castilla y León</name>
    </underwriter>
</author>
<!-- Detalles de la cobertura: planes -->
<definition typeCode="INST">
    <coverageDefinition classCode="COV" moodCode="DEF">
        <!-- Indicador de síndrome tóxico: sólo presente si la persona está bajo esa línea -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.4" nullFlavor="NA"/>
        <!-- Indicador de accidentes de trabajo cubiertos por el INSS -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.5" nullFlavor="NA"/>
        <!-- Indicador de pensionista -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.6" nullFlavor="NA"/>
        <!-- Indicador de Sin Recursos -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.7" nullFlavor="NA"/>
    </coverageDefinition>
</definition>
<!-- Descripción de cada uno de los servicios adicionales
    PHAR: Tipo de farmacia (coste de medicamentos)
-->
<coverageOf typeCode="COVBY">
    <benefit moodCode="DEF" classCode="PCPR">
        <code code="PHAR" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
        <limitation typeCode="LIMIT">
            <coverageCharge moodCode="CRT" classCode="INVE">
                <!--
                    PAY: Servicio no incluido. EL paciente paga íntegramente.
                    COPAYMENT: El paciente sólo paga una parte
                    FREE: El paciente no paga nada
                -->
            </coverageCharge>
        </limitation>
    </benefit>
</coverageOf>

```

```

-->
<code code="COPAYMENT" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
</coverageCharge>
</limitation>
</benefit>
</coverageOf>
</policyOrProgram>
</component>
</coverageRecord>
</coveredPartyOf>

```

Cada cobertura se envía bajo un elemento *coverageRecord/ component* que contiene los siguientes datos:

Y se envían los siguientes datos:

- Número de póliza o Número de Asegurado (el NASS para la Seguridad social, o el número de póliza caso de mutua) y la mutua u organización, el elemento <id> de la estructura */component/policyOrProgram/coveredParty/coveredParty/id*. El atributo @root contendrá el OID de la cobertura y el atributo @extension la póliza o identificación.

Esta guía sólo describe la cobertura por INSS, aunque admite que se pueda utilizar esta estructura para describir detalles de cualquier otra póliza. EN este caso el identificador será distinto al del NASS.

- El responsable de la cobertura, se indica en el elemento */coveredPartyOf/coverageRecord/component/ policyOrProgram/author/ underwriter/id*.
 - o Si el @root es “2.16.840.1.113883.2.19.20”, el atributo @extension indicará la CCAA responsable de la cobertura del paciente.
 - o Si el @root es uno de los siguientes, implica que el paciente está cubierto por MUFACE, MUGEJU o ISFAS. En este caso no llevará el atributo @extension.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Nº póliza en MUGEJU	2.16.840.1.113883.2.19.10.11
Nº póliza en MUFACE	2.16.840.1.113883.2.19.10.12
Nº póliza en ISFAS	2.16.840.1.113883.2.19.10.13

- o Si el @root es “1.0.3166.1.20”, el atributo @extension indica el país responsable de la cobertura (esto es aplicable cuando el paciente llegue con la tarjeta europea, o de un país con sanidad concertada).

- o En caso contrario indicará la compañía aseguradora.
- Datos del titular: en caso que el paciente sea un beneficiario no titular, sería necesario enviar los datos principales del titular en una estructura *holder*:
 - o *Identificadores del titular*:: [/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/id]
 - o *Nombre*
[/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/name/given]
 - o *1º Apellido* [/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/name/family[1]]
 - o *2º Apellido* [/component/policyOrProgram/holder/policyHolder/policyHolderPerson/name/family[2]]
- Datos de planes de cobertura:
 - o Plan principal de cobertura: (en el caso del INSS, el tipo de cobertura)
[component/policyOrProgram/coveredParty/coveredParty/code/@code]

Las coberturas definidas por el INSS, con usuarios cubiertos bajo el servicio de salud de una determinada CCAA son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Titular	FARMACIA	ACTIVO /PENSIONISTA
ETR	EXTRANJERO TIT. SIN RECURSOS	Titular	APORTACION	SR
FTM	FARM.GRAT.TIT.MINUSVALIDO	Titular	GRATIS	PEN
FTR	FARM.GRAT.TIT.SIN REC.	Titular	GRATUITA	SR
GBA	GENERAL BENEFICIARIO AGRARIO	Beneficiario	APORTACION	ACT
GBN	GENERAL BENEFICIARIO NORMAL	Beneficiario	APORTACION	ACT
GTA	GENERAL TITULAR AGRARIO	Titular	APORTACION	ACT
GTN	GENERAL TITULAR NORMAL	Titular	APORTACION	ACT
GTR	GENERAL TITULAR SIN RECURSOS	Titular	APORTACION	SR
NTE	MENOR TITULAR EXTRANJERO	Titular	APORTACION	MENOREX

PBA	PENSIONISTA BENEF. AGRARIO	Beneficiario	GRATUITA	PEN
PBN	PENSIONISTA BENEF. NORMAL	Beneficiario	GRATUITA	PEN
PTA	PENSIONISTA TITULAR AGRARIO	Titular	GRATUITA	PEN
PTN	PENSIONISTA TITULAR NORMAL	Titular	GRATUITA	PEN
SBN	SIND. TOXICO BENEF. NORMAL	Beneficiario	GRATUITA	ACT
STN	SIND. TOXICO TITULAR NORMAL	Titular	GRATUITA	ACT
XTR	EXTR. TIT. SIN RECUR. FARM. GR	Titular	GRATUITA	SR
YBP	EMP. COLAB. BENEF. PENSIONISTA	Beneficiario	GRATUITA	PEN
YTP	EMP. COLAB. TIT. PENSIONISTA	Titular	GRATUITA	PEN
ZBP	SIN. TOXICO BENEF. PENSIONIST	Beneficiario	GRATUITA	PEN
ZTP	SIN.TOXICO.TITULAR.PENSIONISTA	Titular	GRATUITA	PEN
PTI	PENSIONISTA/ACTIVO TITULAR	Titular	GRATUITA	ACT/PEN
PBI	PENSIONISTA/ACTIVO BENEFICIARIO	Beneficiario	GRATUITA	ACT/PEN

Los anteriores usuarios, deberán indicar la CCAA responsable de su cobertura en el elemento autor/underwriter (descrito previamente)

Para el caso concreto de los que tengan cobertura con MUFACE,MUGEJU o ISFAS, el INSS también define los siguientes tipos de coberturas:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Responsable	Titular	FARMACIA	ACTIVO /PENSIONISTA
IBN	ISFAS GRUPO A BENEFICIARIO NOR	ISFAS	Beneficiario	SIN	ACT
ITN	ISFAS GRUPO A TITULAR NORMAL	ISFAS	Titular	SIN	ACT
KBN	MUGEJU BENEFICIARIO NORMAL	MUGEJU	Beneficiario	SIN	ACT
KTN	MUGEJU TITULAR NORMAL	MUGEJU	Titular	SIN	ACT
LBN	ISFAS GRUPO C BENEFICIARIO NOR	ISFAS	Beneficiario	SIN	ACT
LTN	ISFAS GRUPO C TITULAR NORMAL	ISFAS	Titular	SIN	ACT
MBN	MUFACE BENEFICIARIO NORMAL	MUFACE	Beneficiario	SIN	ACT
MTN	MUFACE TITULAR NORMAL	MUFACE	Titular	SIN	ACT
YBP	EMP. COLAB. BENEF. PENSIONISTA	COLAB	Beneficiario	GRATIS	PEN
YTP	EMP. COLAB. TIT. PENSIONISTA	COLAB	Titular	GRATIS	PEN
MTR	MUFACE TITULAR RURAL	MUFACE	Titular	SIN	ACT
MBR	MUFACE BENEFICIARIO NORMAL	MUFACE	Beneficiario	SIN	ACT
KTR	MUGEJU TITULAR RURAL	MUGEJU	Titular	SIN	ACT
KBR	MUGEJU BENEFICIARIO RURAL	MUGEJU	Beneficiario	SIN	ACT
ITR	ISFAS TITULAR RURAL	ISFAS	Titular	SIN	ACT
IBR	ISFAS BENEFICIARIO RURAL	ISFAS	Beneficiario	SIN	ACT

Los anteriores usuarios deberán indicar en el elemento /author/ underwriter/id. Que el responsable es una de estas entidades.

- o Planes específicos de cobertura: cada uno de los planes en los que está incluido adicionalmente. Cada uno se indicará en un elemento /component/policyOrProgram/definition/coverageDefinition/id

En el INSS están definidos los siguientes:

- *Síndrome Tóxico* 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.4
- *Pensionista* 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.6

- Sin recursos 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.7

- o Coberturas específicas. El nivel específico de cobertura de un servicio se define bajo el elemento */component/policyOrProgram/coverageOf/benefit*. El atributo *benefit/code/@code* define el tipo de servicio, y la cobertura ofrecida en *benefit/limitation/coverageCharge/code/@code*

En el INSS se definen:

- Tipo de aportación en Farmacia *benefit/code/@code* definido a "PHAR" y los tipos de aportación a:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
FREE	EL paciente no paga nada del producto.
COPAYMENT	El paciente sólo paga parte del producto.
PAY	El paciente paga íntegramente el producto.

Este atributo (*benefit/code/@code*) permite definir también los servicios cubiertos, descritos en la adaptación de la tabla (2.16.840.1.113883.12.309"), que corresponde a la tabla HL7 0309 de la versión 2.x del estándar. Para este tipo de servicios no se define un valor en *benefit/limitation/coverageCharge/code/@code* pues el propio código ya define si se tiene cobertura o no.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
H	ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SÓLO)
P	ATENCIÓN PRIMARIA (SÓLO)
E	ATENCIÓN URGENCIAS (SÓLO)
B/HP	ESPECIALIZADA Y PRIMARIA (SÓLO)
HU	ESPECIALIZADA Y URGENCIAS (SÓLO)
PE	PRIMARIA Y URGENCIAS (SÓLO)
HPE	ESPECIALIZADA, PRIMARIA Y URGENCIAS

- **Nivel de proximidad (solo para respuestas de consultas)**

En caso que el mensaje esté contestando una consulta, cada registro debe indicar el nivel de “parecido” con el paciente buscado. La “distancia” se define en base a un % de similitud expresado en el atributo @value del elemento value, cuyo valor oscilará entre el 0 (sin ningún tipo de relación) y 100 (el registro cumple al 100% todas las propiedades de la búsqueda).

El algoritmo de cálculo de proximidad dependerá del proveedor del servicio.

```
<subjectOf1>
  <queryMatchObservation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="PM" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.5"
      displayName="Porcentaje de Proximidad en Búsqueda"/>
    <value xsi:type="REAL" value="100.00"/>
  </queryMatchObservation>
</subjectOf1>
```

3. Datos comunes

3.1. Identificadores

Los identificadores se envían en los mensajes a través de elementos <id>, calificados a través de OID.

Cada elemento <id> contiene dos atributos:

- **root** Que identifica la autoridad asignadora que ha asignado el identificador. Esto es: contiene un identificador universal que permite indicar qué tipo de identificador se está enviando (si es el NIF, el CIP, el número de póliza de la seguridad social, etc).
- **extension** Que contiene el valor del identificador en sí mismo.

Para calificar los root se han usado los OID (Object Identifiers) de ISO. Un OID permite construir de forma ordenada el conjunto de calificadores de identificadores necesario para cualquier escenario.

Así, por ejemplo, el DNI se enviaría con el siguiente elemento:

```
<id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
```

El CIP de CyL.

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
```

Para los Números de Historia Clínica, se han definido 14 ROOT diferentes (uno por cada complejo hospitalario)

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="145643"/>
```

3.1. Códigos

De forma similar a los identificadores, los elementos `<code>`, permiten enviar códigos de catálogos o tablas maestras, indicando al mismo tiempo la tabla usada. El elemento code contiene los siguientes atributos:

- **codeSystem** Que identifica la tabla o catálogo usado. Será un identificador único acordado entre todos los participantes, o un OID si se requiere
- **code** Que contiene el código en sí mismo.

3.2. Fechas y datos de tiempo

Las fechas, momentos, etc, se envían en un tipo de dato TS (Time Stamping) que permite expresar el momento de tiempo con la exactitud con la que se conoce.

Se trata de una sucesión de números de la forma (expresada hasta segundos):

aaaaMMddhhmmss

Siendo aaaa el año, en formato de 4 dígitos. MM el mes , dd el día del mes, hh la hora (en formato 24 horas), mm los minutos y ss los segundos.

El formato se completa hasta donde se conozca. Así para enviar una fecha de nacimiento donde sólo se conozca el año y mes la información a enviar será "197003" Enviar "19700300" o "19700301" se consideraría un error, ya que se estaría especificando el día de nacimiento sin conocerse éste.

3.3. *OID (Object Identifier)*

Los elementos tipo códigos o identificadores son calificados a través de identificadores únicos o UID. En el caso de SACYL, se ha optado por el uso de los OID de ISO para definir ese tipo de identificadores.

Los OID utilizados en mensajería permiten identificar todo tipo de recursos, asegurando su unicidad. Entre estos recursos están:

- Identificadores (de personas, de mensajes, de muestras, etc.) tanto “reconocidos” como el DNI o el CIP, como locales (por ejemplo, el identificador interno de una aplicación).
- Tablas de catálogos. Tanto a nivel clínico (como por ejemplo la clasificación internacional de enfermedades –CIE9MC-) como a nivel administrativo (los diferentes tipos de coberturas de la Seguridad Social), o multipropósito (como la tabla sí/no)...

Aunque la asignación de OID está construida de forma lógica y por tanto su estructura aportaría cierta información, sería incorrecto procesar el OID para obtener datos más allá de su significado. Deben ser tratados exclusivamente como identificadores únicos. Es decir: si por ejemplo se envía como identificador de un mensaje el siguiente elemento:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="27544"/>
```

Sería incorrecto asumir a raíz del identificador que la aplicación que lo envía es el HIS del HNSS ya que el ROOT contiene la raíz 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101, que es la del HNSS, y luego 100.1 que identifica al HIS en ese centro. Ese ROOT debe tratarse exclusivamente como prefijo que asegura que el id del mensaje sea único. El identificador de la aplicación emisora se enviará en el campo correspondiente (en este caso en el elemento <sender>).

```
<sender typeCode="SND">
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1. es el identificador del HIS de HNSS -
    ->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100" extension="1" />
  </device>
</sender>
```

3.1. Datos desconocidos (*nullFlavor*)

Todos los elementos permiten expresar de forma completa que la información no se conoce. Para ello cuentan con el atributo @nullFlavor, que puede tomar uno de los siguientes códigos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
OTH	otros	Otros.
UNK	desconocido	No se conoce.
ASKU	Preguntado, pero aún así desconocido	El paciente no conoce la información (por ejemplo, un paciente que desconozca su fecha de nacimiento).
NAV	No conocido por el momento	La información no está disponible en ese momento, pero se espera que lo esté en un futuro.
NASK	No preguntado	No se conoce la información, pero aún no se ha podido preguntar al paciente
MSK	Oculto por motivos de seguridad	La información está disponible pero no se envía en este mensaje por motivos de seguridad.
NA	No aplica	El dato no tiene sentido (por ejemplo, la fecha de la última menstruación para un paciente masculino).

4. Perfil de Mensajes “Alta de paciente”.

4.1. Descripción del escenario

Esta interacción se inicia cuando en un dominio de identificación, se produce el alta de un paciente.

El alta de dicho paciente se debe dar con las siguientes garantías:

- Se ha realizado una búsqueda previa contra el registro central de personas, habiéndose encontrado o no coincidencias. En el caso que el paciente se haya encontrado antes en el registro central de personas, se enviará el identificador de dicho registro (es decir, el CIP-CYL).
- El nuevo paciente ha pasado todos los procesos de validación original, y el identificador es definitivo. Es decir, no es un número temporal.

El alta, corresponde a la asignación de un código definitivo de identificación al paciente, válido dentro del ámbito de identificación.

Por ejemplo, en el caso de un hospital, si un paciente acude sin historia previa, se producirán los siguientes pasos:

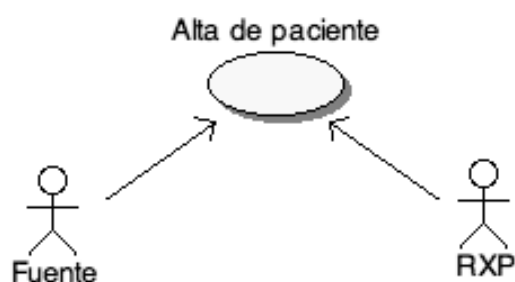
1. Se realiza una búsqueda en el registro central. Si se encuentra, se recuperan sus datos y se asigna un NHC (Número de Historia Clínica) definitivo. El sistema envía entonces un mensaje de alta al RXP, informando del NHC del paciente en el complejo hospitalario.
2. En el caso que en el paso (1) no haya localizado registros adecuados, se crea un nuevo registro con un NHC temporal. Si este número es pasado a definitivo, se envía un mensaje de alta al RXP informado del nuevo registro.

Si en el centro, más adelante, se actualizan los datos de la persona (por ejemplo, en una nueva visita el paciente informa de un dato incorrecto), se envía el mensaje de actualización de datos al RXP.

4.2. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DATOS PERSONAS [FUENTE]	Sistema que es capaz de asignar los identificadores de un ámbito. Es el caso de los centros hospitalarios -que asignan el NHC-, o del sistema de Tarjeta Sanitaria con la asignación del CIP.
CONSUMIDOR DATOS PERSONAS [CONSUMIDOR]	Sistema que requiere consultar datos de una persona, en función de un subconjunto de datos personales
REGISTRO MAESTRO DE DATOS DE PERSONAS DE MÚLTIPLES IDENTIDADES [RXP]	Sistema que registra los datos administrativos de personas, así como cada uno de los distintos identificadores que una persona tiene en los diferentes ámbitos de identificación en el sistema sanitario. El sistema recibe el acrónimo de RXP (Registro Cruzado de Pacientes)

4.3. Caso de uso.



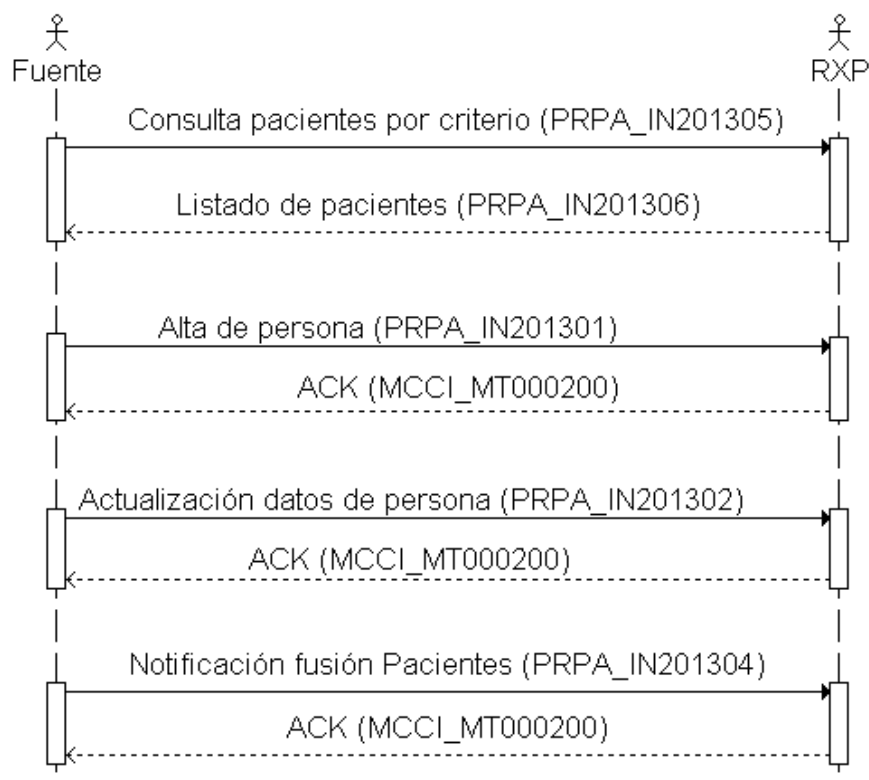
4.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
PRPA_IN201305	Consulta de lista de pacientes que cumplan criterios en sus datos administrativos	Fuente	RXP
PRPA_IN201306	Respuesta con la lista de pacientes que cumplen una serie de criterios en sus datos administrativos	RXP	Fuente
PRPA_IN201301	Alta de paciente dentro de un dominio de identificación.	Fuente	RXP
PRPA_IN201302	Actualización de los datos de un paciente en un dominio de identificación	Fuente	RXP
		RXP	Fuente
PRPA_IN201302	Fusión de pacientes: Detección de duplicados. Notificación que la persona asignada a dos grupos de identificadores es la misma	Fuente	RXP
		RXP	Fuente

4.4. Definición dinámica.

4.4.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal.



4.5. Definición estática de mensajes.

La definición exacta de la composición del mensaje puede encontrarse en los documentos anexos a éste.

Los ejemplos XML ofrecen una plantilla válida para la constitución del mensaje.

Los documentos excell permiten asociar la información con su ubicación en el mensaje.

4.5.1. Mensaje PRPA_IN201301 [Alta de paciente]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando una autoridad asigna un nuevo identificador a una persona. Esta persona puede tener ya otros identificadores en otros ámbitos de SACYL.

Por ejemplo, cuando un centro hospitalario da un Número de Historia Clínica a un nuevo paciente, este paciente puede existir ya en Atención Primaria y estar dado de alta en el RXP o en otros hospitales. En este caso el mensaje servirá para notificar al RXP de la asignación del NHC (y el mensaje llevará el identificador principal del RXP).

En otra situación, a un hospital o centro de atención primaria puede llegar un paciente no reconocido previamente en el sistema. En este caso, el mensaje implicará la creación de un nuevo registro en el RXP. En esta situación además, el RXP notificará posteriormente al sistema origen de la asignación de un identificador cruzado con un mensaje de actualización (PRPA_IN201302).

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201301UV02.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
<PRPA_IN201301UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  ( .... Datos de mensajería ... )

  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
    <subject typeCode="SUBJ">
      <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
        <subject1 typeCode="SBJ"> <patient>{... Datos de paciente....}</patient></subject1>

        <author typeCode="AUT">
          ( ... Entidad responsable del alta ..)
        </author>

        <custodian>
          ( ... Entidad responsable del registro ..)
        </custodian>
      </registrationEvent>
    </subject>
  </controlActProcess>
</PRPA_IN201301UV02>
```


Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene el responsable del mismo.

- **Autor**

La capa de control, contiene el elemento `<author>` con la identificación de la entidad creadora del alta del paciente, (autora del evento). En este caso, el centro que ha creado el paciente.

```
<author typeCode="AUT">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del Complejo hospitalario -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101" />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre de la autoridad de asignación que ha dado de alta el código -->
      <name>Centro Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles (HNSS)</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</author>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Código del centro a: [author/assignedEntity/id/@extension]
- Nombre del centro autor: [author/assignedEntity/assignedOrganization/name]

- **Custodio**

El elemento `<custodian>` permite expresar el responsable del registro del paciente.

En esta implementación éste elemento coincidirá con el elemento autor descrito anteriormente. Sin embargo su presencia es obligatoria por en este tipo de mensajes por lo que es necesario informar del mismo.

```
<custodian typeCode="CST">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro. (el centro hospitalario en este caso) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101" />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre de la autoridad de asignación que ha dado de alta el código -->
      <name>Centro Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles (HNSS)</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</custodian>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Código del centro responsable: [custodian/assignedEntity/id/@extension]
- Nombre del centro responsable: [author/assignedEntity/assignedOrganization/name]

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos conocidos del paciente. Añade el siguiente elemento a los definidos de forma común.

- **Responsable**

Sincronizado con el elemento author de la capa de control, la de carga útil define un elemento para indicar quién es el responsable del paciente.

```
<providerOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
  <!--Organización responsable del paciente (la que da el alta). Copia del ID del elemento author -->
  <!-- Identificador del Complejo hospitalario -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101"/>
  <contactParty classCode="CON"/>
</providerOrganization>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- o Código del centro responsable: [providerOrganization /id/@extension]

4.5.2. Mensaje PRPA_IN201302 [Actualización datos de paciente]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando una autoridad asignadora modifica –en base a alguna evidencia– los datos administrativos asociados a un paciente. Se trata de la notificación de disponibilidad de datos más recientes.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201301UV02.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excel “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje –casi idéntica a la de notificación de alta PRPA_IN201301– es la siguiente:

```

< PRPA_IN201302UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( ... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="RQO">
      <subject1 typeCode="SBJ"> <patient>{... Datos de paciente...}</patient></subject1>

      <author typeCode="AUT">
        ( ... Entidad responsable de la modificación...)
      </author>
      <custodian>
        ( ... Entidad responsable del registro ..)
      </custodian>
    </registrationEvent>
  </subject>
</controlActProcess>
</PRPA_IN201302UV02 >

```

La única diferencia es el nombre de la interacción.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene el responsable del mismo.

- **Autor**

La capa de control, contiene el elemento `<author>` con la identificación de la entidad responsable de la modificación de datos de paciente, (autora del evento). En este caso, el centro responsable.

```

<author typeCode="AUT">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del Complejo hospitalario -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101" />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre de la autoridad de asignación que ha dado de alta el código -->
      <name>Centro Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles (HNSS)</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</author>

```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Código del centro responsable: [author/assignedEntity/id/@extension]
- Nombre del centro responsable: [author/assignedEntity/assignedOrganization/name]

- **Custodio**

El elemento <custodian> permite expresar el responsable del registro del paciente.

En esta implementación éste elemento coincidirá con el elemento autor descrito anteriormente. Sin embargo su presencia es obligatoria por en este tipo de mensajes por lo que es necesario informar del mismo.

```
<custodian typeCode="CST">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro. (el centro hospitalario en este caso) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101"/>
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre de la autoridad de asignación que ha dado de alta el código -->
      <name>Centro Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles (HNSS)</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</custodian>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Código del centro responsable: [custodian/assignedEntity/id/@extension]
- Nombre del centro responsable: [author/assignedEntity/assignedOrganization/name]

Capa de carga útil

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos del paciente. No añade más datos que los definidos de forma común.

Se enviarán de los datos definitivos. Los datos no transmitidos se consideran no modificados. El sistema que recibe este mensaje deberá tratar todos los datos de paciente que reciba como modificados, y asumir como válidos los datos que ya posea que no reciba en el mensaje.

4.5.3. Mensaje PRPA_IN201304 [Notificación fusión de ID de un paciente]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando una autoridad de asignación ha confirmado que dos identificadores distintos correspondían a la misma persona. Se trata por tanto de la notificación de una fusión de identificadores.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201304UV02.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje –casi idéntica a la de notificación de alta PRPA_IN201301- es la siguiente:

```
< PRPA_IN201302UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( ... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="RQO">
      <subject1 typeCode="SBJ"><patient>{... Datos de paciente....}</patient></subject1>

      <author typeCode="AUT">
        ( ... Entidad responsable de la modificación.. )
      </author>

      <custodian>
        ( ... Entidad responsable del registro .. )
      </custodian>

      <!-- Anteriores identidades del paciente -->

      <replacementOf typeCode="RPLC">
        <priorRegistration classCode="REG" moodCode="EVN">
          ( ... Identificadores a fusionar.. )
          <statusCode code="obsolete"/>
        </priorRegistration>
      </replacementOf>
    </registrationEvent>
  </subject>
</controlActProcess>
</PRPA_IN201302UV02 >
```

La diferencia fundamental con los mensajes de alta y modificación es que la capa de control contiene un elemento <replacementOf> con los registros a fusionar.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene el responsable del mismo, y los registros a eliminar.

- **Autor**

La capa de control, contiene el elemento <author> con la identificación de la entidad responsable de la fusión de identificadores,(autora del evento). En este caso, el centro responsable.

```
<author typeCode="AUT">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del Complejo hospitalario -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101" />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre de la autoridad de asignación que ha dado de alta el código -->
      <name>Centro Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles (HNSS)</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</author>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Código del centro responsable: [author/assignedEntity/id/@extension]
- Nombre del centro responsable: [author/assignedEntity/assignedOrganization/name]

- **Custodio**

El elemento <custodian> permite expresar el responsable del registro del paciente.

En esta implementación éste elemento coincidirá con el elemento autor descrito anteriormente. Sin embargo su presencia es obligatoria por en este tipo de mensajes por lo que es necesario informar del mismo.

```

<custodian typeCode="CST">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro. (el centro hospitalario en este caso) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101"/>
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre de la autoridad de asignación que ha dado de alta el código -->
      <name>Centro Hospitalario Nuestra Señora de Sonsoles (HNSS)</name>
    </assignedOrganization>
    </assignedEntity>
  </custodian>

```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Código del centro responsable: [custodian/assignedEntity/id/@extension]
- Nombre del centro responsable: [author/assignedEntity/assignedOrganization/name]

• Registros a fusionar

En la estructura definida por el nodo <replacementOf> que se presenta en el siguiente cuadro, el sistema emisor envía todos los identificadores del registro a fusionar, en elementos <id>.

```

<replacementOf typeCode="RPLC">
  <priorRegistration classCode="REG" moodCode="EVN">

    <!-- Lista de ID conocidos del registro que desaparece. Corresponderán a las ID principales del registro
    que desaparece

    Se enviaria el ID en el SIIS -si se conoce-, el CIP, y los NHC que se conozcan

    -->

    <!-- El registro a fusionar tiene un NHC en el Hosp. de Ávila 2222 , un CIP-SNS ABZCDD2222 y un id-cyl de
    2200200202 -->

    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="2222"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ABZCDD2222"/>
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="2200200202"/>
    <statusCode code="obsolete"/>
  </priorRegistration>
</replacementOf>

```

Para marcar la naturaleza obsoleta de estos datos, el elemento el atributo @code del elemento <statusCode> tiene el valor "obsolete".

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos del paciente que permanece.

Los datos transmitidos en este mensaje son los definitivos. Los datos no transmitidos se consideran no modificados. El sistema que recibe este mensaje deberá tratar todos los datos de paciente que reciba como modificados, y considerar como válidos los datos del paciente que posea que no reciba en el mensaje.

4.5.4. Mensaje MCCI_000200 [Aceptación de mensaje]

Evento disparador

El mensaje se envía como respuesta a los mensajes de alta/modificación/fusión de pacientes indicando si se ha producido o no un error al procesarlo.

Estructura

El mensaje sigue el esquema MCCI_IN000002UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

```
<MCCI_IN000002UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  <!-- Identificador único del mensaje
    "2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4.10.1" Es el identificador de mensaje en el SIIS
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4.10.1" extension="27544"/>
  <!-- Fecha de creación del mensaje -->
  <creationTime value="20080820102314"/>
  <!-- Id de interaccion: valor por fijo-->
  <interactionId extension="PRPA_IN201304UV02"/>
  <!-- Código de procesado: P (Producción) -->
  <processingCode code="P"/>
  <!-- Modo de proceso: siempre a T (Current processing on-line mode of processing.) -->
  <processingModeCode code="T"/>
  <!-- Respuesta esperada: exige siempre un ACK de respuesta-->
  <acceptAckCode code="AL"/>
  <!-- Aplicación receptora -->
  <receiver typeCode="RCV">
    <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Identificador único de la aplicación Receptora -->
      <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1es el identificador del HIS de HNSS -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100." extension="1" />
    </device>
  </receiver>
  <!-- Aplicación emisora -->
  <sender typeCode="SND">
    <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
```



```

    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->

    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.4 es el identificador del SIIS -->

    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100" extension="4"/>
  </device>
</sender>

<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema)
    AE (Si se ha producido algún error)
  -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que stá contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>
  </targetMessage>
  <!--
    En caso de un error se envía este elemento con el detalle
  <acknowledgementDetail typeCode="E">
    <code code="XXX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24" />
    <text>Texto del mensaje si es error</text>
  </acknowledgementDetail>
  -->
</acknowledgement>
</MCCI_IN000002UV01>

```

En este caso, sólo existe capa de mensajería

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```

<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error) -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que está contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>

```

```

</targetMessage>
<acknowledgementDetail typeCode="E">
  <code code="XXX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24" />
  <text>Texto del mensaje si es error</text>
</acknowledgementDetail>
</acknowledgement>

```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo code del elemento typeCode) Puede tener los siguientes valores:
 - o “AA” Si el mensaje se ha procesado correctamente y los procesos que solicitaba se han ejecutado sin problemas.
 - o “AE” Si ha habido algún problema al procesar el mensaje o al ingresar sus datos. En este caso, se debe incluir el elemento *<acknowledgementDetail>*
- Mensaje al que se contesta: copia del elemento <id> del mensaje al que se está contestando.
- Codificación del error. En caso que pueda codificarse, se envía el error tabulado en la tabla generar de errores de mensajería V3 de SACL (codeSystem 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24)
- Detalles del error: En caso de que el typeCode sea “AE”, se envía la descripción del error en el elemento text del nodo *<acknowledgementDetail>*.

```

<acknowledgementDetail typeCode="E">
  <code code="XXX" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.24" />
  <text>Identificador de sexo no admitido</text>
</acknowledgementDetail>

```

4.5.5. Mensaje PRPA_IN201305 [Consulta de pacientes por datos administrativos]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando un sistema desea consultar los pacientes cuyos datos administrativos coincidan con una serie de condiciones (como por ejemplo el: nombre, apellidos, etc.).

Este mensaje permite también recuperar el listado de datos conocidos de un paciente en función de un identificador.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201301UV05.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

```
< PRPA_IN201305UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( ... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="RQO">
<QueryByParameter>
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2"
extension="IDENTIFICADOR_UNICO_DE_LA_CONSULTA"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    ( ... Criterios de búsqueda ... )

  </parameterList>
</QueryByParameter>
</controlActProcess>
</PRPA_IN201305UV02 >
```

En este caso, la capa de control es diferente a los mensajes de actualización/alta/fusión. La capa de carga útil contiene los parámetros de búsqueda.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene un elemento “code” con la información del tipo de evento asociado a la consulta (fijo al valor ‘PRPA_TE201305UV02’).

```
<!-- Código del trigger para consultas por datos demográficos -->
<code code="PRPA_TE201305UV02"/>
```

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos que deben cumplir los pacientes buscados, así como datos generales de la consulta.

La novedad es que estos datos se transmiten bajo el elemento `< QueryByParameter >`.

- **Datos de consultas**

```
<QueryByParameter>
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2"
extension="IDENTIFICADOR_UNICO_DE_LA_CONSULTA"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    (.....)
  </parameterList>
</QueryByParameter>
```

Este elemento contiene la siguiente información:

- o Identificador único de la consulta. Se trata de un identificador único que debe asignar el sistema que genera la consulta. Su funcionamiento es similar al identificador del mensaje, solo que en este caso lo que identifica es la consulta en cuestión.
- o Estado de la consulta. El atributo *code* del nodo `<statusCode>` deberá ser siempre *"new"*, ya que esta implementación no contempla el uso de consultas partidas.
- o El nodo `<parameterList>` contiene la lista de datos con los que se realizará la consulta.

- **Parámetros de consulta**

```

<parameterList>

  <!-- Si como parámetro de búsqueda se incluye el sexo, se usa el elemento
  livingSubjectAdministrativeGender -->

  <livingSubjectAdministrativeGender>

    <value code="M" />

    <semanticsText>LivingSubject.administrativeGender</semanticsText>

  </livingSubjectAdministrativeGender>

  <!-- Si como parámetro de búsqueda se incluye el la fecha de nacimiento, se usa el elemento
  livingSubjectBirthTime -->

  <livingSubjectBirthTime>

    <!-- Fecha de nacimiento: expresada como una fecha con distinto grado de precisión -->

    <value value="1950"/>

    <semanticsText>LivingSubject.birthTime</semanticsText>

  </livingSubjectBirthTime>

  <!-- Si como parámetro de búsqueda se incluye el la fecha de nacimiento, se usa el elemento
  livingSubjectDeceasedTime -->

  <livingSubjectDeceasedTime>

    <value value="2005"/>

    <semanticsText>LivingSubject.deceasedTime</semanticsText>

  </livingSubjectDeceasedTime>

  <!-- Si como parámetro de búsqueda se incluye el NOMBRE , se usa el elemento livingSubjectName con la
  partícula given -->

  <livingSubjectName>

    <value>

      <given>ALBERTO</given>

    </value>

    <semanticsText>LivingSubject.name</semanticsText>

  </livingSubjectName>

  <!-- Si como parámetro de búsqueda se incluye el 1º APELLIDO , se usa el elemento livingSubjectName
  con la partícula family -->

  <livingSubjectName>

    <value>

      <family>SAEZ</family>

    </value>

    <semanticsText>LivingSubject.name</semanticsText>

  </livingSubjectName>

  <!-- Si como parámetro de búsqueda se incluye el 2º APELLIDO, se usa el elemento mothersMaidenName

```

```

con la partícula family -->
<mothersMaidenName>
  <value>
    <family>TORRES</family>
  </value>
  <semanticsText>Person.MothersMaidenNam</semanticsText>
</mothersMaidenName>
  <!-- Si se cone un identificador del paciente, entonces se indica en elementos otherIDsScopingOrganization
-->
<otherIDsScopingOrganization>
  <!-- Por ejemplo, para preguntar por una persona por su CIP.sns      -->
  <value root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ABD3216432"/>
  <semanticsText></semanticsText>
</otherIDsScopingOrganization>

  <!-- Incluir datos de cobertura: por defecto la respuesta no los incluye -->
  <sacyl:includeCoverageInfo>
    <sacyl:value>true</sacyl:value>
  </sacyl:includeCoverageInfo>

</parameterList>

```

Cada nodo hijo del elemento *<parameterList>* contiene los posibles criterio que deben cumplir los pacientes buscados (el tipo de criterio dependerá del nombre del nodo). En el siguiente cuadro se expresa un ejemplo de la sentencia SQL equivalente en una imaginaria tabla de pacientes.

<pre> <parameterList> <livingSubjectName> <value> <given>ALBERTO</given> </value> <value> <given>ALERTO</given> </value> <semanticsText>LivingSubject.name</semanticsText> </livingSubjectName> </pre>	<pre> SELECT * FROM pacientes WHERE (nombre="ALBERTO" OR nombre="ALERTO") AND (apellido1="SAEZ") </pre>

<pre> <livingSubjectName> <value> <family>SAEZ</family> </value> <semanticsText>LivingSubject.name</semanticsText> </livingSubjectName> </parameterList> </pre>	

Los distintos elementos de consulta seran;

- Sexo, en el atributo [*livingSubjectAdministrativeGender/value/@code*]
- Fecha de nacimiento, en el atributo [*livingSubjectBirthTime/ /value/@value*]. Se admiten distintos grados de precision.
- Fecha de defunción, en el atributo [*livingSubjectDeceasedTime/ /value/@value*]. Se admiten distintos grados de precision.
- Nombre, en el elemento [*livingSubjectName/value/given*].
- 1º apellido, en el elemento [*livingSubjectName/value/ family*].
- 2º apellido, en el elemento [*mothersMaidenName/value/family*].
- Identificador del paciente, en los atributos [*otherIDsScopingOrganization/value/@root*] (tipo de identificador) y [*otherIDsScopingOrganization/value/@extension*] (valor).
- Indicador de incluir los datos de cobertura. El valor del elemento [*sacyl:includeCovergagelInfo/sacyl:value*] (con valores posibles (true/false, "false" por defecto) solicita al sistema que incluya los datos de cobertura para cada registro retornado.

4.5.6. Mensaje PRPA_IN201306 [Listado de pacientes que cumplen una serie de criterios]

Evento disparador

El mensaje se envía en respuesta a la consulta de pacientes (PRAPA_IN201305).

Contendrá la lista de pacientes encontrados, o un indicador de que no se han encontrado pacientes.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201301UV06.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

```
< PRPA_IN201365UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( .... Datos de mensajería ... )

<acknowledgement>( .... Datos de aceptación ... )</acknowledgement>

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">

    <subject typeCode="SUBJ">
        <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
            ( .... Datos de control 1 ... )

            <subject1 typeCode="SBJ"> <patient classCode="PAT" >( .... Datos de paciente 1 ) </patient></subject1>
            <custodian typeCode="CST"> ( .... Datos del responsable del registro paciente 1 ) </custodian>
        </registrationEvent>
    </subject>

    <subject typeCode="SUBJ">
        <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
            ( .... Datos de control 2 ... )

            <subject1 typeCode="SBJ"> <patient classCode="PAT" >( .... Datos de paciente 2 ) </patient></subject1>
            <custodian typeCode="CST"> ( .... Datos del responsable del registro paciente 2 ) </custodian>
        </registrationEvent>
    </subject>

    <queryAck>( .... Datos generales de respuesta ) </queryAck>
</controlActProcess>
</PRPA_IN201306UV02 >
```

En este caso, la capa de mensajería añade un elemento de control de aceptación (*acknowledgement*), la capa de control, datos generales e la respuesta (*queryAck*), y tantos registros como pacientes encontrados.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```
<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error) -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que está contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>
  </targetMessage>
  <acknowledgementDetail typeCode="E">
    <text>Texto del mensaje si es error</text>
  </acknowledgementDetail>
</acknowledgement>
```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo code del elemento typeCode) Puede tener los siguientes valores:
 - o “AA” Si el mensaje se ha procesado correctamente y los procesos que solicitaba se han ejecutado sin problemas.
 - o “AE” Si ha habido algún problema al procesar el mensaje o al ingresar sus datos. En este caso, se debe incluir el elemento *<acknowledgementDetail>*
- Mensaje al que se contesta: copia del elemento <id> del mensaje al que se está contestando.
- Detalles del error: En caso de que el typeCode sea “AE”, se envía la descripción del error en el elemento text del nodo *<acknowledgementDetail>*.

Capa de control

La estructura general de la capa de control para este mensaje tiene la siguiente forma:

```
<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  <!--
    Primer registro localizado
  -->
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      <id/>
      <statusCode code="active"/>
      <subject1 typeCode="SBJ"><patient classCode="PAT" /></subject1>
      <custodian typeCode="CST"> (...) </custodian>
    </registrationEvent>
  </subject>
  <!--
    Segundo registro localizado
  -->
  <subject typeCode="SUBJ" contextConductionInd="false">
    <registrationEvent moodCode="EVN" classCode="REG">
      <id/>
      <statusCode code="active"/>
      <subject1 typeCode="SBJ"><patient classCode="PAT" /></subject1>
      <custodian typeCode="CST"> (...) </custodian>
    </registrationEvent>
  </subject>
  <!--
    Otros registros localizados ...
  -->
  <!-- Datos generales de respuesta -->
  <queryAck>
    <!-- Copia del QueryId del mensaje que contesta -->
    <queryId extension="QUERYID_QUE_CONTESTA" root="OID_que_contesta"/>
    <queryResponseCode code="OK"/>
    <!-- Número de resultados localizados -->
    <resultTotalQuantity value="2" />
  </queryAck>
</controlActProcess>
```

Se envían tantas estructuras `<subject>` como registros se hayan encontrado.

Se envía un elemento `<queryAck>` con los datos generales de respuesta.

- **Registro encontrado**

```
<subject typeCode="SUBJ" contextConductionInd="false">
  <registrationEvent moodCode="EVN" classCode="REG">
    <id/>
    <statusCode code="active"/>
    <subject1 typeCode="SBJ"><patient classCode="PAT" /></subject1>
    <custodian typeCode="CST"> (...) </custodian>
  </registrationEvent>
</subject>
```

Cada registro encontrado se envía en una estructura `<registerEvent>` dentro de un elemento `<subject>`, con los siguientes datos estructurales:

- Identificador de registro, en un elemento `<id>`. El elemento existirá pero podrá ir vacío, ya que en esta implementación no se exige que el sistema envíe un identificador por registro.
- Estado del registro, el atributo `@code` del elemento `statusCode`. Podrá tener los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
active	Registro activo
pending	Registro pendiente de ser activado

- o Elemento `<subject1>`, con los datos de paciente, detallados en la capa de carga útil.
- o Elemento `<custodian>`, con los datos del sistema responsable del registro del paciente. Dado que el RXP es responsable de todos los registros este valor siempre identificará al RXP.

- **Datos generales de respuesta**

```
<queryAck>
<!-- Copia del QueryId del mensaje que contesta -->
<queryId extension="QUERYID_QUE_CONTESTA" root="OID_que_contesta" />
<!--
  queryResponseCode: estado de la consulta
  AE: (ApplicationError) Un error ha ocurrido destino (más detalles en text)
  NF: (No data found) No se han encontrado
  OK: (Data found) Se ha encontrado algún registro
  QE: (QueryParameterError) Los parámetros de búsqueda no son correctos (más detalles en text)
-->

<queryResponseCode code="OK"/>
<!-- Número de resultados localizados -->
<resultTotalQuantity value="2" />

</queryAck>
```

Este elemento permite enviar la siguiente información:

- o Código de respuesta (<queryResponseCode>) que puede tomar los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
AE	ApplicationError	Un error ha ocurrido destino
NF	No data found	No se han encontrado pacientes con esos criterios.
OK	Data found	Se ha encontrado algún registro
QE	QueryParameterError	Los parámetros de búsqueda no son correctos

- o Número de registros encontrados (en el elemento <resultTotalQuantity>).
- o ID de consulta que contesta. Debe corresponder al queryId que está contestando, tanto en los atributos @extension como @root.

En cada uno de los elementos <subject> de la capa de control, se envían todos los datos conocidos del paciente.

5. Perfil de Mensajes “Solitud alta de paciente”.

5.1. Descripción del escenario

Esta interacción se inicia cuando en un dominio de identificación, se produce un diálogo entre el RXP y un sistema sin autoridad para dar el alta sin contar con el RXP.

El alta de dicho paciente se debe dar con las siguientes garantías:

El alta, corresponde a la asignación de un código definitivo de identificación al paciente, válido dentro del ámbito de identificación.

Por ejemplo, en el caso de una aplicación, si un paciente acude por primera vez, se producirán los siguientes pasos:

1. Se realiza una búsqueda en el registro RXP. Si se encuentra, se recuperan sus datos, y se crea un registro local con ellos.
2. En el caso que en el paso (1) no haya localizado registros adecuados, se lanza una solicitud de creación de identificador contra el RXP. El sistema RXP contestará inmediatamente con un identificador único (en caso de aceptar el alta) o un error, en caso que por alguna razón no haya podido dar el alta.

Si en el centro, más adelante, se actualizan los datos de la persona (por ejemplo, en una nueva visita el paciente informa de un dato incorrecto), se envía el mensaje de actualización de datos al RXP.

5.2. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DATOS PERSONAS [PETICIONARIO]	Sistema que solicita un alta, y no tiene capacidad para dar un alta automático.
REGISTRO MAESTRO DE DATOS DE PERSONAS DE MÚLTIPLES IDENTIDADES [RXP]	Sistema que registra los datos administrativos de personas, así como cada uno de los distintos identificadores que una persona tiene en los diferentes ámbitos de identificación en el sistema sanitario. El sistema recibe el acrónimo de RXP (Registro Cruzado de Pacientes)

5.3. Caso de uso.



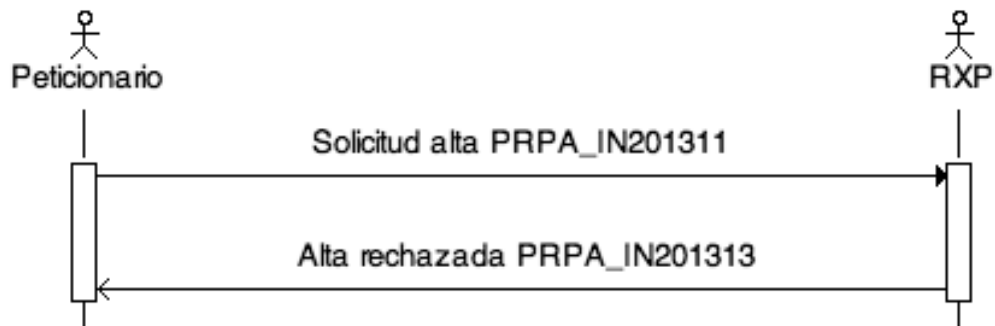
5.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
PRPA_IN201311	Solicitud alta paciente	Petionario	RXP
PRPA_IN201312	Petición alta aceptada	RXP	Petionario
PRPA_IN201313	Petición alta rechazada	Petionario	RXP

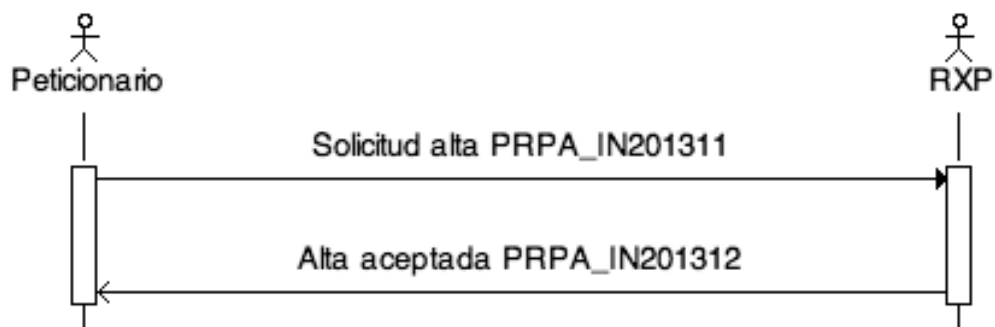
5.4. Definición dinámica.

5.4.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo donde una solicitud se acepta:



Para el caso de un rechazo:



5.5. Definición estática de mensajes.

La definición exacta de la composición del mensaje puede encontrarse en los documentos anexos a éste.

Los ejemplos XML ofrecen una plantilla válida para la constitución del mensaje.

Los documentos excell permiten asociar la información con su ubicación en el mensaje.

5.5.1. Mensaje PRPA_IN201311 [Solicitud alta de paciente]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando un sistema, tras haber realizado una búsqueda en el RXP y no haber obtenido coincidencias, solicita al RXP el alta de un paciente.

El sistema RXP tras recibir la solicitud, pasa ésta por un filtro de validación y contesta de forma inmediata:

- bien una aceptación de solicitud [PRPA_IN201312], con el código del SIIS al paciente.
- bien un rechazo [PRPA_IN201313], por algún motivo.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201311UV02.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
<PRPA_IN201311UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( ... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationRequest classCode="REG" moodCode="RQO">
      <subject1 typeCode="SBJ"> <patient>{... Datos de paciente....}</patient></subject1>

      <author typeCode="AUT">
        ( ... Entidad responsable del alta ..)
      </author>
    </ registrationRequest >
  </subject>
</controlActProcess>
</PRPA_IN201311UV02 >
```

Es decir, sigue la misma estructura que un mensaje de solicitud de alta, con la salvedad del cambio de nombre del elemento *registrationEvent* por *registrationRequest*.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene el responsable del mismo.

- **Autor**

La capa de control, contiene el elemento `<author>` con la identificación de la entidad que solicita el registro del paciente, (autora del evento). En este caso, la aplicación solicitante.

```
<author typeCode="AUT">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador de la aplicación -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100" extension="987"/>
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Nombre del sistema solicitante-->
      <name>Aplicación de control de los Recursos no Humanos</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</author>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- o Código del sistema responsable: `[author/assignedEntity/id/@extension]`
- o Nombre del sistema responsable: `[author/assignedEntity/assignedOrganization/name]`

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos conocidos del paciente. Añade el siguiente elemento a los definidos de forma común.

- **Responsable**

Sincronizado con el elemento `author` de la capa de control, la de carga útil define un elemento para indicar quién es el responsable del paciente.

```
<providerOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
  <!-- Organización responsable del paciente (la que da el alta). Copia del ID del elemento author -->
  <!-- Identificador del Complejo hospitalario -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101"/>
  <contactParty classCode="CON"/>
</providerOrganization>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- o Código del centro responsable: `[providerOrganization /id/@extension]`

5.5.2. Mensaje PRPA_IN201312 [Aceptación de una solicitud de alta de paciente]

Evento disparador

El mensaje se envía desde el RXP como contestación inmediata a una solicitud de alta [PRPA_IN201312] indicando que la solicitud se ha aceptado, y enviando el identificador asignado al paciente.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201312UV02.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
<PRPA_IN201312UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  ( .... Datos de mensajería ... )

  <acknowledgement>
    <typeCode code="AA"/>
    <targetMessage>
      <!-- Id del mensaje que stá contestando -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.987.10.1" extension="1445"/>    </targetMessage>
    </acknowledgement>
    <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
      <subject typeCode="SUBJ">
        <registrationEvent classCode="REG" moodCode="RQO">
          <subject1 typeCode="SBJ"> <patient>(... Datos de paciente....)</patient></subject1>

          <author typeCode="AUT">
            ( ... Entidad responsable del alta ..)
          </author>
        </ registrationEvent >
      </subject>
    </controlActProcess>
  </PRPA_IN201312UV02 >
```

Es decir, sigue la misma estructura que un mensaje de informe de de alta, con la salvedad del cambio de nombre del elemento *registrationEvent* por *registrationRequest*.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```
<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error) -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que está contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>
  </targetMessage>
  <acknowledgementDetail typeCode="E">
    <text>Texto del mensaje si es error</text>
  </acknowledgementDetail>
</acknowledgement>
```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo code del elemento typeCode) Dado que éste mensaje sólo puede corresponder a un procesado correcto, tiene el valor “AA” Si el mensaje se ha procesado correctamente y los procesos que solicitaba se han ejecutado sin problemas.
- Mensaje al que se contesta: copia del elemento <id> del mensaje al que se está contestando.

Capa de control

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos conocidos del paciente. Añade el siguiente elemento a los definidos de forma común.

- **Custodio**

El custodio representa al sistema que es responsable del registro del paciente creado (en este caso el RXP). .

```
<custodian typeCode="CST">
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro. (el del SIIS en este caso) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100" extension="4"/>
  </assignedEntity>
</custodian>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- o Código del sistema responsable: [concat(custodian/assignedEntity /id/@codeSystem,'.',custodian/assignedEntity /id/@extension)]

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite sólo los identificadores asociados al paciente (y no contiene ni datos demográficos, ni de afiliación, ni nacionalidad, etc.

```
<subject1 typeCode="SBJ">
  <patient classCode="PAT" >
    <!--
      Identificador del paciente en el SIIS, recién asignado
    -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.2" extension="333333333"/>
    <!-- Valor fijo -->
    <statusCode code="active" />

    <patientPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE" >
      <name>
        <family>1º Apellido</family>
        <family>2º Apellido</family>
        <given>Nombre</given>
      </name>
      <asOtherIDs classCode="ROL">
        <!-- Identificador que la aplicación ha dado del paciente en la solicitud -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.987.10.2" extension="364573"/>
        <!-- DNI -->
        <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
      </asOtherIDs>
    </patientPerson>
  </patient>
</subject1>
```

```

<!-- CIP SACYL -->

<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>

<!-- NHC en el HNSS de Ávila (se repite aquí por comodidad) -->

<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="145643"/>

<!-- ID de la autoridad asignadora -->

<scopingOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE"><id /></scopingOrganization>

</asOtherIDs>

</patientPerson>

</patient>

</subject1>

```

Los datos a transmitir son:

- Identificador en el RXP, recién asignado -dato fundamental del mensaje-.
subject1/patientPerson/id/@extension
- Nombre y apellidos del paciente (*subject1/patientPerson/name*). Repetición de los enviados.
- Otros identificadores del paciente (*subject1/patientPerson/asOtherIDs/id*)

5.5.3. Mensaje PRPA_IN201313 [Rechazo de una solicitud de alta de paciente]

Evento disparador

El mensaje se envía desde el RXP como contestación inmediata a una solicitud de alta [PRPA_IN201311] indicando que la solicitud no se ha aceptado, y enviado la razón de tal decisión.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PRPA_IN201313UV02.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```

<PRPA_IN201313UV02 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( .... Datos de mensajería ... )

<acknowledgement>
  <typeCode code="AE"/>
  <targetMessage>

```

```

    <!-- Id del mensaje que stá contestando -->

    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.987.10.1" extension="1445"/>    </targetMessage>

</acknowledgement>

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">

    <subject typeCode="SUBJ">

        <registrationEvent classCode="REG" moodCode="RQO">

            <subject1 typeCode="SBJ"> <patient>{... Datos de paciente....}</patient></subject1>

        </ registrationEvent >

    </subject>

    <!-- Razón de la denegación del alta -->

    <reasonOf typeCode="RSON">

        <detectedIssueEvent classCode="ALRT" moodCode="EVN">

            <code></code>

        </detectedIssueEvent>

    </reasonOf>

</controlActProcess>

</PRPA_IN201313UV02 >

```

Es decir, sigue la misma estructura que un mensaje de informe de alta, con las salvedades:

- La capa de mensajería incorpora un apartado de aceptación (acknowledgement).
- La capa de evento informa del motivo de la denegación de alta.
- La capa de datos contiene toda la información de la solicitud.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```

<acknowledgement>

    <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error)    -->

    <typeCode code="AE"/>

    <targetMessage>

        <!-- Id del mensaje que está contestando -->

        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>

    </targetMessage>

    <acknowledgementDetail typeCode="E">

        <text>Texto del mensaje si es error</text>

    </acknowledgementDetail>

</acknowledgement>

```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo @code del elemento typeCode) Tiene siempre el valor "AE" pues este mensaje sólo se envía si ha habido algún problema al procesar el mensaje o al ingresar sus datos.
- targetMessage/id: copia del elemento <id> del mensaje al que se está contestando.
- Detalles del error: Se envía la descripción del error en el elemento text del nodo <acknowledgementDetail>.

Capa de control

En este mensaje, esta capa transmite los datos demográficos conocidos del paciente. Añade el siguiente elemento a los definidos de forma común.

- **Motivo del rechazo**

Este elemento permite enviar las razones por las que no se ha podido producir el alta.

```
<reasonOf typeCode="RSON">
  <detectedIssueEvent classCode="ALRT" moodCode="EVN">
    <code code="BUS" displayName="Violacion de reglas de negocio"/>
    <text>Parámetros insuficientes</text>
  </detectedIssueEvent>
</reasonOf>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- o Código del error –si es que se ha podido definir una tabla de *errores*- en *reasonOf/detectedIssueEvent/code/@code*
- o Descripción del error en *reasonOf /detectedIssueEvent/text*

Capa de datos útiles

Este mensaje transmite los mismos datos del paciente que los usados en la solicitud de alta.

Guía de mensajería para consulta de historia clínica resumida

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

Versión 1.1 08/09/2008

1. INTRODUCCIÓN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO.	5
2. PERFIL DE MENSAJES “GESTIÓN DE HC”.	5
2.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO	5
2.2. ACTORES.....	5
2.3. CASO DE USO.	6
2.4. DEFINICIÓN DINÁMICA.	6
2.5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES.	7
3. ELEMENTOS COMUNES.	39
3.1. DATOS COMUNES.....	39

1. Introducción y estructura del documento.

El presente documento define por completo el intercambio de datos de historia clínica relativo a pacientes atendidos en SACYL. Dicho intercambio se ha definido siguiendo el estándar de mensajería HL7 Versión 3.

Junto a este documento es necesario el documento de elementos comunes de mensajería V3 de SACYL.

A continuación se definen los casos de uso contemplados en la especificación, los diagramas de secuencias asociados, y por último el contenido estático de los mensajes intercambiados.

2. Perfil de Mensajes “Gestión de HC”.

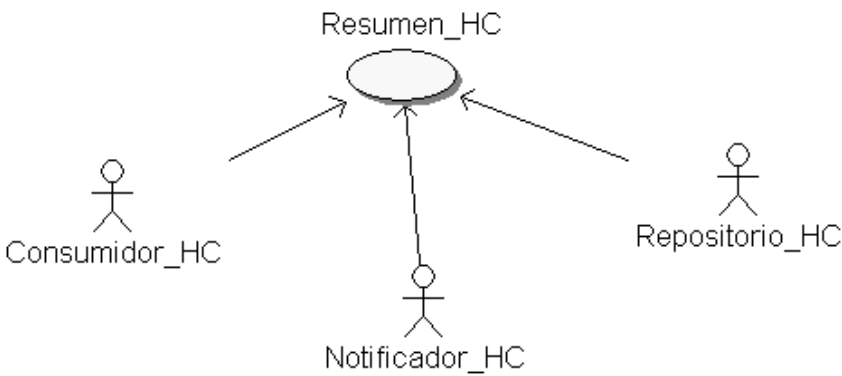
2.1. Descripción del escenario

Este escenario describe el conjunto de interacciones relativas a datos de historia clínica con un repositorio de Historia Clínica.

2.2. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
ORIGEN DATOS HC [REPOSITORIO HC]	Sistema que almacena todos los datos relativos a la atención de un paciente. El sistema es capaz de: - Resumir esta información y generar un “resumen de historia clínica” del paciente. - Recibir información de actos clínicos realizados sobre el paciente desde otros sistemas
CONSUMIDOR DATOS HC [CONSUMIDOR]	Sistema que requiere consultar datos de historia clínica de una persona, (en base a un identificador principal del paciente).
NOTIFICADOR [NOTIFICADOR]	Sistema que requiere registra una a actuación clínica sobre el paciente, y que la comunica al sistema repositorio.

2.3. Caso de uso.



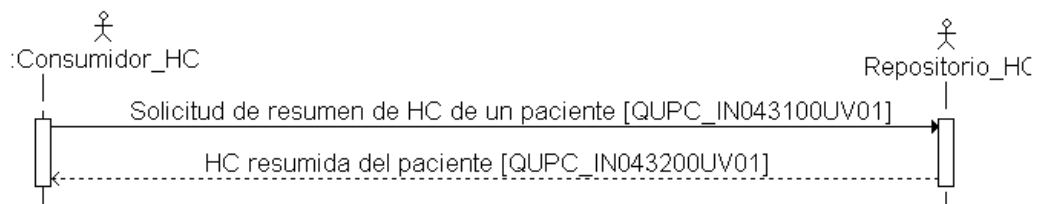
2.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
QUPC_IN043100UV01	Consulta de lista de pacientes que cumplan criterios en sus datos administrativos	CONSUMIDOR	REPOSITORIO
QUPC_IN043200UV01	Respuesta con la lista de pacientes que cumplen una serie de criterios en sus datos administrativos	REPOSITORIO	CONSUMIDOR
REPC_IN004014UV01	Notificación de actuación sobre un paciente	NOTIFICADOR	REPOSITORIO

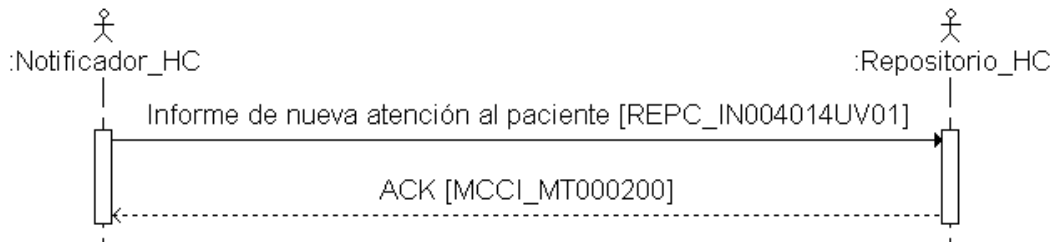
2.4. Definición dinámica.

2.4.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para una consulta de historia clínica.



Para el caso de notificaciones, el diagrama de secuencias es el siguiente:



2.5. Definición estática de mensajes.

La definición exacta de la composición del mensaje puede encontrarse en los documentos anexos a éste.

Los ejemplos XML ofrecen una plantilla válida para la constitución del mensaje.

Los documentos Excel permiten asociar la información con su ubicación en el mensaje.

2.5.1. Mensaje QUPC_IN043100UV01 [Solicitud de HC]

Evento disparador

Esta interacción se inicia cuando un sistema necesita solicitar el resumen de historia clínica del paciente. La petición se dirige entonces al centro responsable de la atención del paciente. El centro responde con dicha información si la tiene o un mensaje de error si hay algún problema en la información.

El mensaje se envía cuando se requiere conocer el resumen de HC de un paciente. Envía el identificar principal del paciente de quien se quiere conocer el resumen.

El mensaje permite indicar el intervalo de fechas para el que se quiere conocer el resumen de atención.

Estructura

El mensaje sigue el esquema QUPC_IN043100UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero Excel “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
< QUPC_IN043100UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( .... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="RQO">
<QueryByParameter>
  <!-- Id único de la solicitud -->
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2"
    extension="IDENTIFICADOR_UNICO_DE_LA_SOLICITUD"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    ( .... Criterios de búsqueda ... )
  </parameterList>
</QueryByParameter>
</controlActProcess>
</ QUPC_IN043100UV01>
```

La capa de carga útil contiene los parámetros de búsqueda.

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene un elemento “code” con la información del tipo de evento asociado a la consulta (fijo al valor ‘QUPC_TE043100UV01’).

```
<!-- Código del trigger para petición de HC -->
<code code=" QUPC_TE043100UV01"/>
```

Capa de datos útiles

En este mensaje, esta capa transmite el identificador datos del paciente paciente, así como otros datos de la consulta.

Estos datos se transmiten bajo el elemento `< QueryByParameter >`.

- **Datos de consultas**

```
<QueryByParameter>
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2"
extension="IDENTIFICADOR_UNICO_DE_LA_PETICION"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    (.....)
  </parameterList>
</QueryByParameter>
```

Este elemento contiene la siguiente información:

- Identificador único de la petición. Se trata de un identificador único que debe asignar el sistema que genera la consulta. Su funcionamiento es similar al identificador del mensaje, solo que en este caso lo que identifica es la consulta en cuestión.
- Estado de la consulta. El atributo *code* del nodo `<statusCode>` deberá ser siempre *"new"*, ya que esta implementación no contempla el uso de consultas partidas.
- El nodo `<parameterList>` contiene la lista de datos con los que se realizará la consulta.

- **Parámetros de consulta**

```
<parameterList>
  <!-- Opcional: incluir el periodo del que se quiere el resumen de cuidados-->
  <careRecordTimePeriod>
    <value>
      <!-- Periodo mínimo (low)-->
      <low value="2001010"/>
      <!-- Periodo máximo (high)-->
      <high value="20101203"/>
    </value>
  </careRecordTimePeriod>
  <!-- Obligatorio: un identificar principal del paciente -->
  <patientId>
    <!-- Por ejemplo, para preguntar por una persona por su CIP.sns -->
    <value root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ABD3216432"/>
  </patientId>
  <!-- Opcional (pero recomendable) el nombre y apellidos del paciente -->
  <patientName>
    <value>
      <given>Alberto</given> <!-- Nombre -->
      <family>Saez</family> <!-- Apellido 1 -->
      <family>Torres</family> <!-- Apellido 2 -->
    </value>
  </patientName>
</parameterList>
```

Los distintos elementos de consulta serán;

- Fechas del periodo solicitado (opcional). En el caso de querer que el resumen solicitado se limite a un periodo, se pueden definir los rangos máximo y mínimo:
 - Fecha mínima, en el atributo [*careRecordTimePeriod/value/low@code*]
 - Fecha máxima, en el atributo [*careRecordTimePeriod/value/high@code*]
- Identificador principal del paciente, en atributo [*patientId/value/@extension*]. El tipo de identificador se refleja en el atributo [*patientId/value/@root*].
- Nombre del paciente (opcional) Se envían como parámetros adicionales a la identificación del paciente:
 - Nombre del paciente [*patientName/value/@name*].
 - 1º Apellido del paciente [*patientName/value/@family[1]*].
 - 2º Apellido del paciente [*patientName/value/@family[2]*].

2.5.2. Mensaje QUPC_IN043200UV01 [Respuesta a una solicitud de resumen de Historia Clínica]

Evento disparador

El mensaje se envía en respuesta a la solicitud de resumen de historia clínica de un paciente (QUPC_IN043100UV01).

Contendrá la lista de pacientes encontrados, o un indicador de que no se han encontrado pacientes.

Estructura

El mensaje sigue el esquema QUPC_IN043200UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero Excel “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

```
<QUPC_IN043200UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  ( ... Datos de mensajería ... )

  <acknowledgement>( ... Datos de aceptación ... )</acknowledgement>
    <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">

      <subject typeCode="SUBJ">
        <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
          ( ... Datos de control ... )

          <subject2 typeCode="SBJ"> < careProvisionEvent classCode="PAT" >( ... Resumen de HC ) </
careProvisionEvent ></subject2>
            <custodian typeCode="CST"> ( ... Datos del responsable del registro de HC ) </custodian>
          </registrationEvent>
        </subject>
        <queryAck>( ... Datos generales de respuesta ) </queryAck>
      </controlActProcess>
    </QUPC_IN043200UV01 >
```

En este caso, la capa de mensajería contiene un elemento de control de aceptación (*acknowledgement*), la capa de control, datos generales e la respuesta (*queryAck*).

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común, salvo que añade el elemento de aceptación:

- **Datos de aceptación**

```
<acknowledgement>
  <!-- Tipo de respuesta: AA (Si no ha habido ningún problema) AE (Si se ha producido algún error) -->
  <typeCode code="AA"/>
  <targetMessage>
    <!-- Id del mensaje que está contestando -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="34653456"/>
  </targetMessage>
  <acknowledgementDetail typeCode="E">
    <text>Texto del mensaje si es error</text>
  </acknowledgementDetail>
</acknowledgement>
```

Este elemento tiene los siguientes datos:

- Tipo de respuesta. (atributo code del elemento typeCode) Puede tener los siguientes valores:
 - “AA” Si el mensaje se ha procesado correctamente y los procesos que solicitaba se han ejecutado sin problemas.
 - “AE” Si ha habido algún problema al procesar el mensaje o al ingresar sus datos. En este caso, se debe incluir el elemento *<acknowledgementDetail>*
- Mensaje al que se contesta: copia del elemento <id> del mensaje al que se está contestando.
- Detalles del error: En caso de que el typeCode sea “AE”, se envía la descripción del error en el elemento text del nodo *<acknowledgementDetail>*.

Capa de control

La estructura general de la capa de control para este mensaje tiene la siguiente forma:

```

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">

  <!--
    Registro localizado
  -->

  <!-- El siguiente elemento es fijo, y corresponde al evento desencadenante -->
  <code code="QUPC_TE043200UV01" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.19427"/>
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      <!-- Estado del registro. Será 'active' siempre salvo que esté marcado como erróneo, en cuyo caso
        deberá indicar 'obsolete'-->
      <statusCode code="active"/>
      <!-- Responsable del registro: El centro de atención que ha generado el resumen -->
      <custodian typeCode="CST">{.... Responsable del registro ...</custodian>
      <subject2 typeCode="SUBJ">
        <careProvisionEvent classCode="PCPR" moodCode="EVN">{

          (...Resumen de historia clínica: capa de datos útiles ...)

        </careProvisionEvent>
      </subject2>
    </registrationEvent>
  </subject>

  <!-- Datos generales de respuesta -->
  <queryAck>
    <!-- Copia del QueryId del mensaje que contesta -->
    <queryId extension="QUERYID_QUE_CONTESTA" root="OID_que_contesta"/>
    <queryResponseCode code="OK"/>
    <!-- Número de resultados localizados -->
    <resultTotalQuantity value="1" />
  </queryAck>
</controlActProcess>

```

Se envía una estructura `<subject>` con la información encontrada (si es que se ha encontrado información relevante a dicho paciente), con una presentación de la carga útil.

Se envía un elemento `<queryAck>` con los datos generales de respuesta.

- **Presentación de la carga útil**

El registro encontrado se envía en una estructura `<registrationEvent>` dentro de un elemento `<subject>`, con los siguientes datos estructurales:

- Estado del registro, el atributo `@code` del elemento `statusCode`. Podrá tener los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
active	Registro activo
obsolete	Registro no activo (el paciente no está activo en el centro de salud)

- Elemento `<custodian>`, con los datos del sistema responsable del registro de historia clínica (concretamente el centro de salud).

```

<custodian typeCode="CST">
  <!-- Responsable del registro: El centro de atención que ha generado el resumen -->
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro -->
    <id root="....." extension=".." />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <name>Centro de Salud del Paciente</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</custodian>

```

- Identificador del sistema responsable de haber generado el resumen de historia (el sistema de gestión del centro), en el elemento *custodian/assignedEntity/id*
- El nombre del centro donde se ubica esa historia clínica, en el elemento *custodian/assignedEntity/assignedOrganization/name*
- Elemento `<subject2>`, con el resumen de historia clínica. Este punto se detalla en el punto “capa de datos útiles”.

- **Datos generales de respuesta**

```
<queryAck>
<!-- Copia del QueryId del mensaje que contesta -->
<queryId extension="QUERYID_QUE_CONTESTA" root="OID_que_contesta" />
<!--
  queryResponseCode: estado de la consulta
  AE: (ApplicationError) Un error ha ocurrido destino (más detalles en text)
  NF: (No data found) No se han encontrado
  OK: (Data found) Se ha encontrado algún registro
  QE: (QueryParameterError) Los parámetros de búsqueda no son correctos (más detalles en text)
-->
<queryResponseCode code="OK"/>
<!-- Número de resultados localizados -->
<resultTotalQuantity value="1" />
</queryAck>
```

Este elemento permite enviar la siguiente información:

- Código de respuesta (<queryResponseCode>) que puede tomar los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
AE	ApplicationError	Un error ha ocurrido destino
NF	No data found	No se han encontrado pacientes con esos criterios.
OK	Data found	Se ha encontrado algún registro
QE	QueryParameterError	Los parámetros de búsqueda no son correctos

- Número de registros encontrados (en el elemento <resultTotalQuantity>).El contenido será “1” si se ha encontrado un registro, o “0”, si no se ha encontrado ninguno.
- ID de consulta que contesta. Debe corresponder al queryId que está contestando, tanto en los atributos @extension como @root.

Capa de datos útiles

En el elemento `<subject2>` de la capa de control, se envía el resumen de historia clínica, así como los datos de interés del paciente.

```
<subject2 typeCode="SUBJ">
  <careProvisionEvent classCode="PCPR" moodCode="EVN">
    <!-- Tipo de atención: fijo a GENRL al ser de atención primaria -->
    <code code="GENRL" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.13955"/>
    <statusCode code="active"/>
    <!-- fechas donde esta atención ha tenido lugar: fechas menor y mayor -->
    <effectiveTime>
      <low value="20000101"/>
      <high value="20091110"/>
    </effectiveTime>
    <recordTarget typeCode="RCT"> (... Datos del paciente ...)</recordTarget>
    <!-- contextControlCode: AN (additive non-propagating -->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <!-- Tratamientos activos -->
        <code code="CURMEDLIST" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.13953"/> (... Tratamientos
activos ...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <!-- Procesos clínicos abiertos -->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <code code="PROBLIST"/> (... Procesos clínicos abiertos...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <!-- Alergias/Intolerancia-->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <code code="INTOLIST"/> (... Intolerancias/alergias ...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <!-- Vacunas -->
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <code code="VACINELIST"/> (... Vacunas ...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
    <pertinentInformation2 typeCode="PERT">
      <!--Antecedentes-->
      <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
        <code code="HISTORYLIST"/> (... Antecedentes ...)
      </actCategory>
    </pertinentInformation2>
  </careProvisionEvent>
</subject2>
```

En este elemento se incluye la siguiente información:

- Datos generales del resumen de historia (descripción, fechas de ámbito, etc.)
- Datos del paciente (nombre, identificadores, etc.) en el elemento `<recordTarget>`
- Datos agrupados del resumen de Historia Clínica. Los distintos datos que componen el resumen de Historia Clínica se envían agrupados en elementos *pertinentInformation2/actCategory* identificados por el elemento *code* que envían la siguiente información:
 - Lista de Antecedentes (`code="INTOLIST"`)
 - Lista de Tratamientos activos (code code="CURMEDLIST"/>)
 - Lista de Vacunas (code code="VACINELIST"/>)
 - Lista de Alergias/Intolerancias (code code="INTOLIST"/>)
 - Lista de Procesos Clínicos Abiertos (code code="PROBLIST"/>)
 - Lista de antecedentes (code code="HISTORYLIST"/>)

- **Datos generales del resumen de Historia Clínica**

Estos datos incluyen:

- El elemento `<code>` permite indicar que es un conjunto de registros de atención primaria, siendo fijo para esta implementación:

```
<!-- Tipo de atención: fijo a GENRL al ser de atención primaria -->
<code code="GENRL" codeSystem="2.16.840.1.113883.1.11.13955"/>
```

- Fechas de inclusión del conjunto de recursos del paciente `<code>` permite indicar el rango de fechas que incluyen el ámbito de atención:

```
<effectiveTime>
  <low value="20000101"/>
  <high value="20091110"/>
</effectiveTime>
```

- La fecha menor se indica en el atributo *effectiveTime/low/@value*.
- La fecha mayor se indica en el atributo *effectiveTime/high/@value*.

- **Datos de paciente**

Los datos administrativos del paciente sobre el que se resume la atención se indican en el elemento `recordTarget`

```
<careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
  (....)
  <recordTarget typeCode="RCT">
    (.... Datos del paciente ....)
  </recordTarget>
  (....)
</careProvisionEvent>
```

Los datos del paciente (nombre, identificadores, etc.) se recogen en el elemento `<recordTarget>`. Su contenido se describe en el apartado de datos comunes.

- **Resumen de Antecedentes**

Los antecedentes del paciente se envían en una estructura `pertinentInformation2`, compuesto de un elemento `actCategory` cuyo elemento `code` tenga el valor "HISTLIST"

Cada antecedente se indicará en un elemento `component` dentro de `actCategory`, de la forma:

```

<pertinentInformation2 typeCode="PERT">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <code code="HISTORYLIST" />
    <component typeCode="COMP">
      <observation classCode="COND" moodCode="INT">
        <id/>
        <code/>
        <value xsi:type="ST">Contenido para un antecedente de tipo texto</value>

        <!-- Si el antecedente es familiar, se incluyen los datos del familiar en el elemento subject -->

        <subject typeCode="SBJ">
          <personalRelationship classCode="PRS">
            <!-- Código de relación familiar (podría ser más específico) -->
            <code code="FAMMEMB" displayName="2.16.840.1.113883.5.111"/>
            <relationshipHolder determinerCode="INSTANCE" classCode="PSN">
              <!-- Literal del Familiar (obligatorio si el subgrupo es Familiar)-->
              <name>
                <given>Nombre familiar</given>
                <family>1º Apellido familiar</family>
                <family>2º Apellido familiar</family>
              </name>

              <!-- Sexo del familiar -->
              <administrativeGenderCode code="M"/>
              <asOtherIDs classCode="PAT">
                <!-- Identificadores del familiar -->
                <!-- Identificador interno de MedoraCyl del Familiar (ID_ANT_FAMILIAR) (obligatorio si el
subgrupo es Familiar) -->
                <id/>
              </asOtherIDs>
            </relationshipHolder>
          </personalRelationship>
        </subject>
      </observation>
    </component>
    <component typeCode="COMP"> ( ... Antecedente.....) </component>
    <component typeCode="COMP"> ( ... Antecedente.....) </component>
  </actCategory>
</pertinentInformation2>

```

Cada dato del historial se describe en una estructura *component/observation* de la forma:

```

<component typeCode="COMP">
  <observation classCode="COND" moodCode="INT">
    <id/>
    <code/>
    <value xsi:type="ST">Contenido para un antecedente de tipo texto</value>

  </observation>
</component>

```

Los datos contenidos en este elemento son:

- Identificador único del antecedente en el sistema de Historia Clínica que ha generado el resumen en el elemento observation/id
- Tipo de antecedente en el atributo observation/@code, con los posibles valores (recuperados de la tabla LOINC, por lo que el @codeSystem es 2.16.840.1.113883.6.1:

TIPO DE ANTECEDENTE (@displayName)	CÓDIGO (@code)
Generales	11322-5
Quirúrgico	10167-5
Traumatológicos	8680-1
Gino-Obstétricos	11356-3
Tóxicos	18663-5
Perinatales	10162-6
Familiares	54114-4

- Valor del antecedente. en el elemento observaion/value, que puede ser de distintos tipos:
 - Si es un texto descriptivo, sera de tipo "ST" (atributo @xsi:type="CD"), y el contenido del elemento sera dicho texto.

- Si es un valor en tabla de catálogo, sera de tipo "CD" (atributo @xsi:type="CD"), el atributo @codeSystem contendrá el OID del catálogo usado, mientras que el atributo @code contiene el código en dicho catálogo. En caso de que se quiera indicar la descripción, ésta se puede transmitir en el atributo @displayName.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
Catálogo	Valor dentro de una tabla catálogo dentro de MEDORA xsi:type="CD" @code: el código @displayName: la descripción @codeSystem: la tabla de catálogo a usar	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="....." displayName="aaa"/></pre>
Tóxico	Valor dentro de la tabla "TOXICOS" @xsi:type="CD" @code: el código @displayName: la descripción @codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.6	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100. 1.30.6" displayName="aaa"/></pre>
Adicción	Valor dentro de la tabla "ESTUPEFACIENTES" @xsi:type="CD" @code: el código @displayName: la descripción @codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.8	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100. 1.30.8" displayName="aaa"/></pre>
Tabaco	Valor dentro de la tabla "TABACO" @xsi:type="CD" @code: el código @displayName: la descripción @codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.7	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100. 1.30.7" displayName="aaa"/></pre>

CIE	Valor dentro de la tabla "CIE9MC" @xsi:type="CD" @code: el código @displayName: la descripción @codeSystem: 2.16.840.1.113883.6.2	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="aaa"/></pre>
Texto Libre	Descripción textual @xsi:type="ST" @value: el texto	<pre><value xsi:type="ST">CONTENIDO</value></pre>
Dato Clínico	Valor dentro de la tabla "DATOS CLÍNICOS" @xsi:type="CD" @code: el código @displayName: la descripción @codeSystem: 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.9	<pre><value xsi:type="CD" code="aa" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.9" displayName="aaa"/></pre>

- Familiar Relacionado. Los antecedentes familiares incluyen el elemento subject con información que permite identificar al familiar :

```

<component typeCode="COMP">
  <observation classCode="COND" moodCode="INT">
    <id/>
    <code/>
    <value xsi:type="ST">Contenido para un antecedente de tipo texto</value>

    <!-- Si el antecedente es familiar, se incluyen los datos del familiar en el elemento subject -->

    <subject typeCode="SBJ">
      <personalRelationship classCode="PRS">
        <!-- Código de relación familiar (podría ser más específico) -->
        <code code="FAMMEMB" displayName="2.16.840.1.113883.5.111"/>
        <relationshipHolder determinerCode="INSTANCE" classCode="PSN">
          <!-- Literal del Familiar (obligatorio si el subgrupo es Familiar)-->
          <name>
            <given>Nombre familiar</given>
            <family>1º Apellido familiar</family>
            <family>2º Apellido familiar</family>
          </name>

          <!-- Sexo del familiar -->
          <administrativeGenderCode code="M"/>
          <asOtherIDs classCode="PAT">
            <!-- Identificadores del familiar -->
            <!-- Identificador interno de MedoraCyl del Familiar (ID_ANT_FAMILIAR) (obligatorio si el
subgrupo es Familiar) -->
            <id/>
            </asOtherIDs>
          </relationshipHolder>
        </personalRelationship>
      </subject>
    </observation>
  </component>

```

Los datos del familiar son los siguientes:

- Tipo de relación (“relación familiar” si no hay más datos), en elemento subject/ personalRelationship/ code
- Nombre del familiar:
 - Nombre, en subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ name/ given
 - Primer Apellido en subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ name/ family[1]

- Segundo apellido subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ name/ family[2]
 - Sexo, en el atributo subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ administrativeGenderCode/@code
 - Identificadores personales de la persona: cada identificador en un elemento, subject/ personalRelationship/ relationshipHolder/ asOtherIDs/ id
- **Resumen de Tratamientos activos**

Los antecedentes del paciente se envían en una estructura pertinentInformation2, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor "CURMEDLIST"

Cada tratamiento se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```
<actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
  <!--
    Tratamientos activos
  -->
  <code code="CURMEDLIST"/>
  <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
    <substanceAdministration classCode="SBADM" moodCode="EVN">
      <!--Identificador interno de MedoraCyL del tratamiento (ID_RECETA) -->
      <id/>
      <!--
        Medication administration events shall include SubstanceAdministration.effectiveTime which is used to
        indicate the start and stop date of a medication, and the frequency of administration.
      -->
      <!-- fecha de inicio y fin del tratamiento -->
      <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
        <low value="20091202"/>
        <high value="20091203"/>
      </effectiveTime>
      <!-- posología: frecuencia de la administración del tratamiento -->
      <effectiveTime xsi:type="PIVL_TS">
        <period value="3" unit="h">
          <translation><originalText>Cada 3 horas</originalText></translation>
        </period>
      </effectiveTime>
      <confidentialityCode code="N"/>
      <!-- Posología: Cantidad las unidades en las que está expresado (mg, ml, pastillas, tabletas) dependen del
        medicamento. -->
```

```

<doseQuantity value="2" >
  <translation><originalText>2 pastillas</originalText></translation>
</doseQuantity>
<consumable typeCode="CSM">
  <medication classCode="ADMM">
    <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
      <id/>
      <!--Código nacional (codificación Nomenclátor)-->
      <code code="cod_nomenclator" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.2.19.30.2" >
        <!-- Código de producto (codificación Farmacia/Concylia) -->
        <translation code="xxx" displayName="xx" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.4"/>
      </code>
      <!-- Nombre del tratamiento (literal del medicamento, CI, o fórmula magistral) -->
      <name>Nombre del medicamento</name>
      <desc>Descripción del tratamiento (posología, etc.)</desc>
      <asSpecializedKind classCode="GEN">
        <!-- Tipo de prescripción:
          ManufacturedDrug (Medicamento)
          Mix (Fórmula Magistral)
          ActiveIngredientDrugEntityType (Principio activo)
          SacylCI (Conjunto de intercambio Sacyl)
        -->
        <code code="ManufacturedDrug" displayName="Medicamento"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.1"/>
      </asSpecializedKind>
    </administerableMedicine>
  </medication>
</consumable>
</substanceAdministration>
</component>
</actCategory>
</pertinentInformation2>

```

Cada elemento *component* contendrá un elemento *substanceAdministration*, con la siguiente información:

- Identificador único del tratamiento en el sistema de historia clínica del centro, en el elemento *id*.
- Fechas de inicio y fin de tratamiento:
 - Inicio del tratamiento, en *effectiveTime/low/@value*
 - Fin del tratamiento, en *effectiveTime/high/@value*

- Nivel de confidencialidad del tratamiento:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
N	Normal
D	Sólo personal sanitario
R	Restringido
V	Muy restringido

- Posología:

- Frecuencia de cada ingesta:
 - Cantidad (número): *effectiveTime/period/@value*
 - Tiempo (horas, minutos, etc.) *effectiveTime/period/@unit*
 - Descripción: *effectiveTime/period/ translation/originalText*
- Cantidad en cada ingesta:
 - Cantidad (numérica) *doseQuantity/@value*
 - Unidades *doseQuantity/@unit* en el caso que el medicamento no esté descrito a través del Nomenclator (en cuyo caso cada unidad se refiere a las unidades de presentación : pastillas, obleas, supositorios, etc.).
 - Descripción: *doseQuantity/translation/originalText*

- Tratamiento:

- Código bajo el Nomenclator: *consumable/ medication/ administerableMedicine/ code/@code*. El *@codeSystem* será 2.16.840.1.113883.2.19.30.2
- Código bajo Concyli: *consumable/ medication/ administerableMedicine/ code /translation /@code*. El *@codeSystem* será 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.4
- Descripción *consumable/ medication/ administerableMedicine/name*

- Tipo de tratamiento (fórmula magistral, medicamento, etc) en función del valor de *consumable/ medication/ administerableMedicine/ asSpecializedKind/@code* El *@codeSystem* será 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.1. Los posibles valores se reflejan en la siguiente tabla:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
ManufacturedDrug	Medicamento
Mix	Fórmula Magistral
ActiveIngredientDrugEntityType	Principio activo
SacylCI	Conjunto de intercambio Sacyl

• Resumen de Vacunas

Cada una de las vacunas del paciente se envían en una estructura *pertinentInformation2*, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor “VACINELIST”

La información de la vacuna se describe en un elemento *substanceAdministration* que contiene la siguiente información:

- Fecha de aplicación, en *effectiveTime/low/@value*
- Fecha de validez, o fecha de vacuna de recuerdo en *effectiveTime/high/@value* En caso que no se conozca se utiliza el atributo *@nullFlavor*. Un valor vacío de este valor indicará que es de por vida.
- Número de la repetición de la vacuna, en *effectiveTime/ repeatNumber/@value*
- Nombre de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/desc*
- Código de presentación de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/code/@code* con *@codeSystem* “2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.3”
- Código de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/code/translation/@code* con *@codeSystem* “2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.4”
- N° de lote de la vacuna en *consumable/medication/ administerableMedicine/ lotNumberText*

Cada vacuna se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```
<pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <!-- Lista de Vacunas -->
    <code code="VACINELIST"/>
    <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
      <substanceAdministration moodCode="EVN" classCode="SBADM">
        <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
          <!-- Fecha de aplicación -->
          <low value="20081920"/>
          <!-- fecha de validez/vacuna de recuerdo -->
          <high value="20201020"/>
        </effectiveTime>
        <!-- Número de repetición de la vacuna -->
        <repeatNumber value="2"/>
        <consumable contextControlCode="AN" typeCode="CSM">
          <medication classCode="ADMM">
            <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
              <!-- Código MedoraCyL de la vacuna (ID_V_PRESENTACION) -->
              <code code="codigo_presentación_vacuna" displayName="Presenacion Vacuna xx"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.3" >
                <translation code="codigo_vacuna" displayName="descripcion vacuna"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.4"/>
              </code>
              <desc>Nombre de la vacuna</desc>
              <!-- Nombre del lote -->
              <lotNumberText>Nombre del lote </lotNumberText>
            </administerableMedicine>
          </medication>
        </consumable>
      </substanceAdministration>
    </component>
  </actCategory>
</pertinentInformation2>
```

- **Resumen de Alergias/Intolerancias**

Cada una de las vacunas/intolerancias del paciente se envían en una estructura *pertinentInformation2*, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor "INTOLIST"

Cada intolerancia se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```
<pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <!--
      Intolerancia
    -->
    <code code="INTOLIST"/>
    <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Identificador interno de MedoraCyL (ID_ALERGIA_PACIENTE)-->
        <id/>
        <code code="ALG" displayName="Alergia" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
        <text>Descripción/nombre de la alergia</text>
        <!-- Fecha de inicio y Fecha de fin -->
        <effectiveTime xsi:type="IVL_TS">
          <low value="20001023"/>
          <high value="20071012"/>
        </effectiveTime>
      </observation>
    </component>
  </actCategory>
</pertinentInformation2>
```

La información de la intolerancia/alergia se describe en un elemento *observation* que contiene la siguiente información:

- Identificador único de la intolerancia en el sistema de historia clínica que ha generado el resumen, en el elemento *id*.
- Indicador si es una alergia o una intolerancia, en el atributo *code/@code*

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
ALG	Alergia
OINT	Intolerancia

- Descripción de la intolerancia/alergia en el elemento *desc*
- Fechas de validez:
 - Fecha de inicio en *effectiveTime/low/@value*.
 - Fecha de fin (si hay) en *effectiveTime/high/@value*.
- Alérgeno (si se conoce) en el elemento *value*. El alérgeno puede estar codificado o descrito en modo texto:

- Si no está codificado, el elemento value tendrá un tipo XML “ST” (@xsi:type=”ST”), y la descripción corresponderá al contenido del elemento.

```
<value xsi:type="ST">Látex</value>
```

- Si está codificado, el elemento value tendrá un tipo XML “CD” (@xsi:type=”CD”), siendo @code el código del elemento, @codeSystem el OID del catálogo utilizado, y @displayName la descripción del elemento.

```
<value xsi:type="CD" code="codigo_alergeno" displayName="descripcion_alergeno"
codeSystem="(....)"/>
```

• Resumen de procesos clínicos abiertos

Cada una de los principales procesos abiertos del paciente se envían en una estructura pertinentInformation2, compuesto de un elemento *actCategory* cuyo elemento *code* tenga el valor “PROBLIST”

La información del proceso se describe en un elemento *observation* que contiene la siguiente información:

- Identificador único del proceso en el sistema que ha generado el resumen de historia clínica, en el elemento id.
- Proceso abierto:
 - Código bajo CIE9MC, en *code/@code* (siendo @codeSystem 2.16.840.1.113883.6.2).
 - Literal bajo CIE9MC en *code/@displayName* (siendo @codeSystem 2.16.840.1.113883.6.2).
 - Código bajo CIAP, en *code/translation/@code* ((siendo @codeSystem 2.16.840.1.113883.6.44).
 - Código bajo CIAP, en *code/translation/@displayName* (siendo @codeSystem 2.16.840.1.113883.6.44).
 - Código bajo la tabla de procesos clínicos (TPC), en *code/translation/@displayName* (siendo @codeSystem 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2).
 - Descripción en texto libre, en el elemento desc.

Fecha de inicio del problema, en el elemento *effectiveTime/@value*

Cada problema se indicará en un elemento *component* dentro de *actCategory*, de la forma:

```
<pertinentInformation2 typeCode="PERT" contextControlCode="AN">
  <actCategory moodCode="EVN" classCode="CATEGORY">
    <!-- Procesos clínicos abiertos -->
    <code code="PROBLIST"/>
    <component typeCode="COMP" contextControlCode="AN">
      <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <!-- Identificador interno de MedoraCyL (ID_PCLINICO)-->
        <id/>
        <!-- Código estándar CIE (obligatorio) y Literal del CIE (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
        <code code="xxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="trincherg 32uinq"
          codeSystemName="cie9mc">
          <!-- Código estándar CIAP (obligatorio si no hay CIE)
          Literal del CIAP (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
          <translation code="yy" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.44" displayName="yy"
            codeSystemName="ciap2"/>

          <translation code="id_tpc" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2"

            displayName="zz" codeSystemName="TPC"/>
        </code>
        <text>Nombre del término</text>
        <!-- Fecha de prescripción -->
        <effectiveTime value="20001023" />
      </observation>
    </component>
  </actCategory>
</pertinentInformation2>
```

2.5.3. REPC_IN004014UV01 [Notificación de atención a incluir en la HC]

Evento disparador

Esta interacción se inicia cuando un sistema necesita solicitar el resumen de historia clínica del paciente. La petición se dirige entonces al centro responsable de la atención del paciente. El centro responde con dicha información si la tiene o un mensaje de error si hay algún problema en la información.

El mensaje se envía cuando se requiere conocer el resumen de HC de un paciente. Envía el identificar principal del paciente de quien se quiere conocer el resumen.

El mensaje permite indicar el intervalo de fechas para el que se quiere conocer el resumen de atención.

Estructura

El mensaje sigue el esquema QUPC_IN043100UV01.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero Excel “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
< REPC_IN004014UV01 xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( .... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="RQO">
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      ( .... Datos de control ... )

      <custodian typeCode="CST"> ( .... Datos del responsable del registro de HC ) </custodian>

      <subject2 typeCode="SBJ"> < careProvisionEvent classCode="PAT" >( .... Resumen de HC ) </
careProvisionEvent ></subject2>
      </registrationEvent>
    </controlActProcess>
  </ REPC_IN004014UV01>
```

La capa de carga útil contiene la atención realizada a incluir en la historia clínica..

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

La estructura general de la capa de control para este mensaje tiene la siguiente forma:

```

<controlActProcess classCode="ACTN" moodCode="EVN">
  <code code="REPC_TE004014UV01"/>
  <subject typeCode="SUBJ">
    <registrationEvent classCode="REG" moodCode="EVN">
      <statusCode code="complete"/>
      <custodian typeCode="CST">(..Datos del custodio del registro.) </custodian>
      <subject2 typeCode="SUBJ">
        <careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
          <recordTarget typeCode="RCT">(.. Datos del Paciente ....)</recordTarget>
          <!-- Proceso clínico Datos de la atención recibida -->
          <pertinentInformation3 typeCode="PERT" contextConductionInd="true">
            <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
              (.. Datos del nuevo proceso clínico..)
            </observation>
          </pertinentInformation3>
        </careProvisionEvent>
      </subject2>
    </registrationEvent>
  </subject>
</controlActProcess>

```

El elemento controlActProcess contiene:

- un elemento “code” con la información del tipo de evento asociado (fijo al valor ‘REPC_TE004014UV01’).

```

<!-- Código del trigger -->
<code code="REPC_TE004014UV01"/>

```

- Un elemento *subject* con la información clínica.

Dentro del elemento subject podemos encontrar los siguientes datos:

- **Presentación de la carga útil**

La información clínica se envía en una estructura *<registrationEvent>* dentro de un elemento *<subject>*, con los siguientes datos estructurales:

- Estado del registro, el atributo @code del elemento statusCode. Podrá tener los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
active	Registro activo
obsolete	Registro no activo (el paciente no está activo en el centro de salud)

- Elemento *<custodian>*, con los datos del sistema responsable del registro del fragmento de historia clínica (concretamente el sistema que está enviando el mensaje).

```
<custodian typeCode="CST">
  <!-- Responsable del registro: El centro de atención que ha generado el resumen -->
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador del sistema que es responsable del registro -->
    <id root="....." extension=".." />
    <assignedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <name>Centro de Salud del Paciente</name>
    </assignedOrganization>
  </assignedEntity>
</custodian>
```

- Identificador del sistema responsable, en el elemento *custodian/assignedEntity/id*
- El nombre del centro donde se ubica esa historia clínica, en el elemento *custodian/assignedEntity/assignedOrganization/name*
- Elemento *<subject2>*, con el resumen de historia clínica. Este punto se detalla en el punto “capa de datos útiles”.

Capa de datos útiles

Los datos clínicos se envían dentro de una estructura “careProvisionEvent” dentro del elemento *subject* de la capa de control.

```

<careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
  <recordTarget typeCode="RCT">(.... Datos del paciente ....)</recordTarget>
  <!--
    Proceso clínico: Datos de la atención recibida -->
  <pertinentInformation3 typeCode="PERT" contextConductionInd="true">
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
      <!-- Identificador interno único del proceso en la aplicación que genera la atención -->
      <id extension="0003546" root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.6.20"/>
      <!-- Código estándar CIE (obligatorio) y Literal del CIE (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
      <code code="xxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="trincherq 32uing"
codeSystemName="cie9mc">
        <!-- Código del proceso clínico ID_TPC -->
        <translation code="ID_TPC" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2"
displayName="identificador_tpc" codeSystemName="TPC"/>
      </code>
      <!-- Fecha de diagnóstico -->
      <effectiveTime value="20080101"/>
      <!-- Nombre (adicional, si se desea) -->
      <value xsi:type="ST">Nombre</value>
      <!-- Médico que diagnostica-->
      <author typeCode="AUT" >
        <time value="20081919"/>
        <modeCode code="PHYSICAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1064"/>
        <signatureCode code="S" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.89"/>
        <careGiver classCode="CAREGIVER">
          <!-- cías de la plaza-->
          <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="AB34234"/>
          <careGiverRelatedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
            <name>
              <given>Nombre del médico que diagnostica</given>
              <family>Apellido1 del médico que diagnostica</family>
              <family>Apellido2 del médico que diagnostica</family>
            </name>
            <asOtherIDs classCode="CAREGIVER">
              <!-- DNI -->
              <id/>
            </asOtherIDs>
          </careGiverRelatedPerson>
        </careGiver>
      </author>
    </observation>
  </pertinentInformation3>
</careProvisionEvent>

```

Esta elemento contiene los siguientes datos:

- **Datos de paciente**

```

<careProvisionEvent moodCode="EVN" classCode="ENC">
  <recordTarget typeCode="RCT">
    (.... Datos del paciente ....)
  </recordTarget>
  (.....)
</careProvisionEvent>

```

Los datos del paciente (nombre, identificadores, etc.) se recogen en el elemento <recordTarget>. Su contenido se describe en el apartado de datos comunes.

- **Diagnóstico**

```
<!-- Código estándar CIE (obligatorio) y Literal del CIE (no es necesario pero podría incluirse si se desea) -->
<code code="xxx" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2" displayName="trincherq 32uinq"
      codeSystemName="cie9mc">
  <!-- Código del proceso clínico ID_TPC -->
  <translation code="ID_TPC" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2"
              displayName="identificador_tpc" codeSystemName="TPC"/>
</code>
```

La identificación del proceso a incluir se realizará identificándolo a través del elemento code:

- El código CIE9MC en el atributo @code del elemento.
- El código bajo la tabla de procesos clínicos en el atributo @code de un elemento translation hijo directo de code. El atributo @codeSystem de ese elemento translation debe ser 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.100.1.30.2.

- **Fecha y modalidad del diagnóstico**

```
<time value="20081919"/>
<modeCode code="PHYSICAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1064"/>
<signatureCode code="S" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.89"/>
```

La fecha del momento donde se realiza el diagnóstico se transmite en el atributo @value del elemento time.

Dado que el diagnóstico debe haber sido validado por un profesional se envía el atributo @code del elemento signatureCode a "S".

Dado que el diagnóstico se ha establecido tras una revisión física entre el paciente y el médico, el atributo @code del elemento modeCode debe ser "PHISICAL".

- **Autor del diagnóstico**

Los datos del profesional que ha establecido el diagnóstico se transmiten en el elemento <autor>;

```

<author>
  <careGiver classCode="CAREGIVER">
    <!-- cias de la plaza-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="AB34234"/>
    <careGiverRelatedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre del médico que diagnostica</given>
        <family>Apellido1 del médico que diagnostica</family>
        <family>Apellido2 del médico que diagnostica</family>
      </name>
      <asOtherIDs classCode="CAREGIVER">
        <!-- DNI -->
        <id/>
      </asOtherIDs>
    </careGiverRelatedPerson>
  </careGiver>
</author>

```

Los datos a enviar son:

- CIAS, en el elemento id. El atributo @root será 2.16.840.1.113883.2.19.10.2 y el atributo @extension indicará el CIAS.
- Nombre:
 - Nombre, en el elemento autor/careGiver/name/given
 - 1º apellido en el primer elemento autor/careGiver/name/familly
 - 2º apellido en el segundo elemento autor/careGiver/name/familly
- Otros identificadores: Cada elemento careGiver /careGiverRelatedPerson / asOtherIDs /id contiene un identificadores personales del profesional (nº de colegiado, DNI, etc.)

- **Autor del diagnóstico**

```

<author>
  <careGiver classCode="CAREGIVER">
    <!-- cias de la plaza-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.2" extension="AB34234"/>
    <careGiverRelatedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre del médico que diagnostica</given>
        <family>Apellido1 del médico que diagnostica</family>
        <family>Apellido2 del médico que diagnostica</family>
      </name>
      <asOtherIDs classCode="CAREGIVER">
        <!-- DNI -->
        <id/>
      </asOtherIDs>
    </careGiverRelatedPerson>
  </careGiver>
</author>

```

Los datos a enviar del autor son los siguientes:

- Código CIAS (código de la plaza) del médico, en el atributo `careGiver/id/@extension` identificado por el `@root 2.16.840.1.113883.2.19.10.2`
- Nombre del médico:
 - Nombre, en `careGiver/ careGiverRelatedPerson /name/ given`
 - 1º Apellido, `careGiver/ careGiverRelatedPerson /name/ family[1]`
 - 2º Apellido, `careGiver/ careGiverRelatedPerson /name/ family[2]`
- Identificadores personales del médico (DNI, N° de colegiado, etc.), cada identiicador en un elemento `careGiver/ careGiverRelatedPerson/asOtherIDs/id`

2.5.4. Mensaje MCCI_000200 [Aceptación de mensaje]

Este mensaje está definido en el documento común.

3. Elementos comunes.

3.1. *Datos comunes.*

3.1.1. Datos de paciente

Los datos administrativos del paciente sobre el que se resume la atención se indican en el elemento recordTarget

```
<recordTarget typeCode="RCT">
  <!-- Datos del paciente al que corresponde el resumen de historia -->
  <patient classCode="PAT">
    <!-- Identificador del paciente (el que se ha enviado en la solicitud) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ABD3216432"/>
    <!-- El elemento statusCode debe estar fijado a 'normal' -->
    <statusCode code="normal"/>
    <patientPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <family>1º Apellido</family>
        <family>2º Apellido</family>
        <given>Nombre</given>
      </name>
      <!-- Sexo administrativo:
      <administrativeGenderCode code="M"/>      Maculino
      <administrativeGenderCode code="F"/>      Femenino
      <administrativeGenderCode nullFlavor="UNK"/> Desconocido      -->
      <administrativeGenderCode code="M"/>
      <!-- Fecha de nacimiento -->
      <birthTime value="19901010"/>
      <!-- En caso de estar notificando un fallecimiento, se enviarían los 2 siguientes elementos (
      deceasedInd siempre y deceasedTime sólo si se conoce)-->
      <!--      <deceasedInd value="false"/>
      <deceasedTime value="2008061010"/>      -->
      <asOtherIDs classCode="ROL">
        <!-- DNI -->      <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
        <!-- CIP SACYL --> <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
      </asOtherIDs>
    </patientPerson>
  </patient>
</recordTarget>
```

Bajo este elemento se envía la siguiente información:

- Identificadores del paciente. El identificador por el que se había realizado la consulta se envía en el elemento `recordTarget/patient/id`. El resto de identificadores se envía en los elementos `recordTarget/patient/pacientePerson/asOtherIDs/id`.
- El estado del paciente, corresponderá al del registro. ("active")
- Nombre del paciente:
 - Nombre, en `recordTarget/patient/pacientePerson/name/given`.
 - 1º Apellido, en `recordTarget/patient/pacientePerson/name/family[1]`
 - 2º Apellido, en `recordTarget/patient/pacientePerson/name/family[2]`
- Sexo del paciente, en `recordTarget/patient/pacientePerson/administrativeGenderCode/@code`

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
M	Masculino
F	Femenino

Para indicar que el sexo no se conoce se utiliza el atributo `@nullFlavor` con valor UNK (Desconocido), o con otro de los valores detallados en la parte de "Datos desconocidos" del apartado de datos comunes de este documento.

- Fecha de nacimiento del paciente, en `recordTarget/patient/pacientePerson/birthTime /@value`
- En caso que el paciente haya fallecido, el atributo `recordTarget/patient/pacientePerson/deceasedInd /@value` tendrá valor "true", y la fecha conocida de defunción se enviará en el atributo `recordTarget/patient/pacientePerson/deceasedTime /@value`

Guía de mensajería para receta electrónica

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

Versión 1.0 22/12/2010

1. INTRODUCCIÓN Y ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO.	5
2. ESTRUCTURA DE MENSAJES HL7 V3	5
2.1. ELEMENTOS COMUNES DE LA CAPA DE CONTROL	5
2.2. ELEMENTOS COMUNES DE LA CAPA DE DATOS	9
3. PERFIL DE MENSAJES “GESTIÓN DE PRESCRIPCIÓN”.	26
3.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO	26
3.2. ACTORES	26
3.3. CASO DE USO	27
3.4. DEFINICIÓN DINÁMICA	28
3.5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES	28
4. PERFIL DE MENSAJES “GESTIÓN DE CATÁLOGO”.	60
4.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO	60
4.2. ACTORES	60
4.3. CASO DE USO	61
4.4. DEFINICIÓN DINÁMICA	61
4.5. DEFINICIÓN ESTÁTICA DE MENSAJES	62
5. PERFIL DE MENSAJES “GESTIÓN DE DISPENSACIÓN”.	75
5.1. DESCRIPCIÓN DEL ESCENARIO	75
5.2. ACTORES	75
5.3. CASO DE USO	75
ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE POSOLOGÍA EN HL7 V3	77
5.1. MODELO	77
5.2. DESCRIPCIÓN DE CANTIDADES	78
5.3. DESCRIPCIÓN DE TIEMPOS	79
5.4. REGLAS PARA EXPRESAR UNA PAUTA	89

1. Introducción y estructura del documento.

El presente documento define por completo el intercambio de datos relacionados con los procesos de prescripción y dispensación relativo a pacientes atendidos en SACYL. Dicho intercambio se ha definido siguiendo el estándar de mensajería HL7 Versión 3.

El concepto “receta electrónica” se refiere al conjunto de procesos relacionados con los procesos de prescripción de atención primaria y especializada relacionados con tratamientos de pacientes no hospitalizados, así como el seguimiento de la recogida de los medicamentos en las oficinas de farmacia.

El documento presenta inicialmente una descripción de la arquitectura de mensajería V3, definiendo los elementos comunes a todos los mensajes.

A continuación se definen los casos de uso contemplados en la especificación, los diagramas de secuencias asociados, y por último el contenido estático de los mensajes intercambiados.

2. Estructura de mensajes HL7 V3

La estructura de los mensajes, así como el contenido y los datos comunes están descritos en el documento de “Elementos comunes de mensajería V3”.

2.1. *Elementos comunes de la capa de control*

En el caso de los mensajes de este escenario, la capa de control permite registrar los distintos participantes en cada actividad:

2.1.1. Autor (Persona)

La capa de control, contiene el elemento `<authorOrPerformer>` con la identificación de la entidad autora del evento (que no tiene por qué coincidir con el de la prescripción) . En este caso, el centro que ha creado el paciente.

```
<authorOrPerformer typeCode="AUT">
  <!-- Fecha de autoria de la prescripcion -->
  <time value="200912301145"/>
  <assignedPerson classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificadores del profesional prescriptor (nif, cpf y numeroc de colegiadoo) -->
    <!-- NIF -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="12145353K"/>
    <!-- CPF -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.7" extension="ADKW34263"/>
    <assignedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre prescriptor</given>
        <family>Apellido 1 prescriptor</family>
        <family>Apellido 2 prescriptor</family>
      </name>
    </assignedPerson>
    <code code="183500000X" displayName="FARMACEUTICO"
codeSystem="2.16.840.1.113883.5.53"/>
    <representedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Identificador del Centro -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101" />
      <name>Centro las florecillas</name>
    </representedOrganization>
  </assignedPerson>
</authorOrPerformer>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Fecha del evento en `[authorOrPerformer/time/@value]`
- Identificadores del profesional, en los elemento `[authorOrPerformer/assignedPerson / id]`
- Nombre y apellidos en el elemento `[authorOrPerformer/ assignedPerson / assignedPerson /name]`
- Código del centro en: `[authorOrPerformer/ representedOrganization /id]` Tipo de profesional en el elemento `[authorOrPerformer/ assignedPerson / code]`
- Nombre del centro en: `[authorOrPerformer/ representedOrganization /name]`

2.1.2. Autor (sistema o software)

Este elemento permite indicar con qué software o sistema se ha realizado el evento.

```
<authorOrPerformer typeCode="AUT">
  <assignedDevice classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador único del agente (en este caso, la plataforma Web de Dispensación)-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100" extension="11"/>
    <effectiveTime value="200912929"/>
    <assignedDevice classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Identificación en el catálogo de softwares validados -->
      <softwareName code="HEPA..AWDC.VP" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.25"
displayName="Aplicación Web Dispensación [Versión Piloto]" />
    </assignedDevice>
  </assignedDevice>
</authorOrPerformer>
```

Los elementos a transmitir son:

- Identificador del agente de software, en el elemento [authorOrPerformer/ assignedDevice/id]
- La fecha en el que el evento se hizo efectivo en el software [authorOrPerformer/ assignedDevice/ effectiveTime / @value]
- El nombre del programa en [authorOrPerformer/ assignedDevice/ assignedDevice / softwareName/@code]

2.1.3. Operador de datos

Este elemento permite indicar que una persona ajena al proceso clínico (por ejemplo, un administrativo o una persona de soporte) ha sido el que ha introducido los datos en el sistema.

```
<dataEnterer typeCode="ENT">
  <assignedPerson classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificador (nif) -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="24270670K"/>
    <!--Tipo de profesional -->
    <code code="183500000X" displayName="FARMACEUTICO" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.53"/>
    <representedOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <!-- Identificador único de la farmacia desde donde se está notificando -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.26" extension="234.3"/>
    </representedOrganization>
  </assignedPerson>
</dataEnterer>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Identificadores del profesional, en los elemento `[dataEnterer / assignedPerson /id]` Como mínimo será obligatorio el envío del NIF o NIE.
- Nombre y apellidos en el elemento `[dataEnterer / assignedPerson/name]`.
- Tipo de profesional `[dataEnterer / assignedPerson/code]`
- Código del centro en: `[dataEnterer / assignedPerson/ representedOrganization /id]`
- Nombre del centro en: `[dataEnterer / assignedPerso/ representedOrganization /name]`

2.1.4. Indicador de acceso sin “Tarjeta Sanitaria”

En el caso que una interacción provenga desde una oficina de farmacia, y ésta no haya podido identificar al paciente a través de la lectura directa de su Tarjeta Sanitaria, se envía en el elemento `<sacyl:actContext>` (una extensión de Sacyl) las condiciones de la consulta:

```
<!--  
Si el CIP ha sido digitado, Cód. Motivo CIP Digitado  
    0 Tarjeta no legible  
    1 Pérdida  
    2 En elaboración  
    3 Otras  
-->  
<sacyl:actContext>  
    <!-- Motivo de no poder capturar los datos desde la banda magnética de la TSI -->  
    <sacyl:noCardReadReason code="3" displayName="Otras">  
        <sacyl:originalText>Texto adicional</sacyl:originalText>  
    </sacyl:noCardReadReason>  
</sacyl:actContext>
```

La información a transmitir en este elemento es:

- Motivo de digitación del CIP, en el elemento `[sacyl:actContext/sacyl:noCardReadReason /@code]`

Los valores admitidos son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
0	TARJETA NO LEGIBLE
1	PÉRDIDA
2	EN ELABORACIÓN
3	OTRAS

- En el caso que el motivo sea “otras”, el texto del detalle en [sacyl:actContext/sacyl:noCardReadReason / sacyl:originalText]

2.2. Elementos comunes de la capa de datos

2.2.1. Paciente

El elemento <subject> contiene los datos estrictamente necesarios para identificar al paciente:

```
<subject typeCode="SBJ">
  <patient classCode="PAT">
    <!-- Identificadores del paciente -->
    <!--
      Identificador del paciente (CIP-SNS)
      El root fuera 2.16.840.1.113883.2.19.10.1 indica que se trata del CIP-SNS
    -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="ASK3234'09"/>
    <!-- Valor fijo -->
    <statusCode code="active" />
  </patient>
</subject>
```

El contenido de este elemento es:

- Identificador del paciente, en *patient/id* (En este caso el CIP).
- El estado de “activo” del paciente, en *patient/statusCode/@code*.

2.2.2. Producto

```
<medication classCode="ADMM">
  <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="KIND">
    <!--
      Producto prescrito.:
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.10 (Id remedios Super CPA)
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9 (Id remedios CPA)
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11 (id remedios Especialidad farmacéutica)
    -->
    <code code="id_remedios" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.10">
      <!--
        Código del producto recetado:
        2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.14 (Código remedios Super CPA)
        2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13 (Código remedios CPA)
        2.16.840.1.113883.2.19.30.2 (Código Nacional Especialidad farmacéutica)
      -->
      <translation code="codigo_remedios" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.14"/>
    </code>
    <name>Nombre del producto, que contiene Los principio activos y dosis, Contenido del envase Vía de
    administración. y Forma farmacéutica</name>
    <desc>Descripción del producto, incluyendo dosis, etc. o descripción de la fórmula magistral</desc>

    <asSpecializedKind classCode="GEN">
      <!--
        Tipos de agrupaciones a las que puede pertenecer el producto prescrito
        GDSF PA+dosis+forma+via [Super CPA ]
        GDSFP PA+dosis+forma+via+tamaño paquete [CPA]
        MGDSFP PA+dosis+forma+via+labooratorio + tamañ (especialidad farmacéutica)
      -->
      <code code="GDSFP" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.111"/>
    </asSpecializedKind>
  </administerableMedicine>
</medication>
```

La información que se transmite se refiere al catálogo de productos de Sacyl: REMEDIOS:

- Tipo de prescripción, en el elemento `administerableMedicine/asSpecializedKind /code/@codeSystem`

@codeSystem	DESCRIPCIÓN
GDSF (Super CPA)	Prescripción por Conjunto de Intercambio (sin tamaño de envase). El elemento prescrito corresponderá a un ID de REMEDIOS de "super CPA"
GDSFP (CPA)	Prescripción por Conjunto de Intercambio, habiendo especificado tamaño de envase. El elemento prescrito corresponderá a un ID de REMEDIOS de CPA.
MGDSF (Marca)	Prescripción por marca comercial. El elemento prescrito corresponderá a un ID de REMEDIOS de marca.

- Producto, en el elemento `medication/ administerableMedicine/code`. El producto se expresa en diferentes codificaciones: identificadores numéricos y códigos nemónicos, para lo que se utilizan los elementos `translation` del elemento `code` (cada elemento `translation` permite expresar el producto en una codificación diferente).

La codificación del producto también se realiza en base a otros códigos de REMEDIOS, en el elemento `translation`. En base al tipo de prescripción los maestros serán los siguientes.

@codeSystem [ID Remedios]	@codeSystem [COD Remedios]	Tipo
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.10	2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.14	Super CPA
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9	2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13	CPA
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11	2.16.840.1.113883.2.19.30.2	Marca

2.2.3. Indicador de estado de visado

El estado de visado se describe en un elemento `<approval>`. La aparición de un elemento `<approval>` cuyo elemento `code/@code` sea "**VISADO**" indica que el producto está pendiente de una validación de visado.

```

<approval classCode="CNTRCT" moodCode="EVN">
  <!-- Identificador de la autorización (si se ha aprobado) -->
  <id/>
  <!-- Tipo de aprobación necesaria: en este caso es VISADO únicamente -->
  <code code="VISADO" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.0.0.0"/>
  <!-- Estado de la aprobación:
    completed: Visado validado
    suspended: Visado denegado.
    held: Esperando visado.
  -->
  <statusCode code="held"/>
  <!-- Datos de la inspección asociada -->
  <author typeCode="AUT">
    <territorialAuthority classCode="TERR">
      <territory classCode="PUB" determinerCode="INSTANCE">
        <!-- Identificador del área de inspección asociada a la tramitación del Visado -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17"/>
        <name>Inspección central de Valladolid</name>
      </territory>
    </territorialAuthority>
  </author>
</approval>

```

- El estado de visado se indica a través del elemento `approval/ statusCode /@code`, que puede tener los siguientes valores:

CODIGO	DESCRIPCIÓN
COMPLETED	Visado validado
SUSPENDED	Visado delegado
HELD	Visado en espera de concesión

- La información del centro de Inspección de la que depende el Visado se transmite en el elemento `approval/ autor / territorialAuthority / territory`
 - El código en el elemento `id`
 - La descripción en el elemento `name`

2.2.4. Atributos especiales de producto

Los atributos “especiales” (aquellos dictados por el modelo de lógica de negocio de Sacyl) se indican en elementos *characteristic* de la forma:

```
<characteristic classCode="OBS" moodCode="EVN">
  <code code="XEFG" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1"/>
  <value xsi:type="BL" value="true" />
</characteristic>
```

El atributo a transmitir se indica en el elemento *characteristic/code/@code*, y en función de dicho elemento, su valor en *characteristic/value*

CODIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DE DATO EN VALUE
XEFG	Indicador de genérico o no	BOOLEAN (BL)
XRECYLDISP	Indicador de dispensable o no a través de ReCy	BOOLEAN (BL)
XRECYLCRONO	Indicador de si se genera cronograma en ReCy	BOOLEAN (BL)
XRECYLPRESC	Indicador de si se puede prescribir en ReCy	BOOLEAN (BL)

2.2.5. Ubicación de dispensación

En el caso que una dispensación se deba restringir a un único centro (como es el caso de las hospitalarias, se indica la ubicación en el elemento *location/ serviceDeliveryLocation /@code*

En caso donde este dato no tenga sentido (por ejemplo, por tratarse de una prescripción de atención primaria dispensable en cualquier oficina de farmacia se indica a través de un *nullFlavor="NA"*

```
<location>
  <serviceDeliveryLocation classCode="SDLOC" nullFlavor="NA"/>
</location>
```

2.2.6. Prescriptor

La capa de control, contiene el elemento `<author>` con la identificación de la entidad creadora del alta del paciente, (autora del evento). En este caso, el centro que ha creado el paciente.

```
<author typeCode="AUT">
  <!-- Fecha de autoria de la prescripcion -->
  <time value="200912301145"/>
  <assignedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- Identificadores del profesional prescriptor (nif, cpf y numeroc de colegiadoo) -->
    <!-- NIF -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="12145353K"/>
    <!-- CPF -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.7" extension="ADKW34263"/>
    <assignedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre prescriptor</given>
        <family>Apellido 1 prescriptor</family>
        <family>Apellido 2 prescriptor</family>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</author>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Fecha de la prescripción: [author/time/@value]
- Identificadores del prescriptor [author/assignedEntity/id] Como mínimo el NIF o NIE.
- Nombre del autor: [author/assignedEntity/ assignedPerson /name]

2.2.7. Diagnóstico asociado.

El elemento `<reason>` permite expresar el diagnóstico asociado a la prescripción.

```
<reason typeCode="DIAG">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <code code="DX"/>
    <statusCode code="completed"/>
    <!--
      Indicador de "confidencialidad del diagnóstico"
      N- Normal, aparecerá reflejado en la dispensación
      R- Restringido, no aparecerá reflejado en la dispensación
    -->
    <confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/>
    <!-- Diagnóstico en cie9 mc -->
    <value xsi:type="CV" code="740.4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.2"/>
  </observation>
</reason>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Indicador de nivel de confidencialidad en [reason/ observation / confidentialityCode /@code]

@code	DESCRIPCIÓN
N	Normal, aparecerá reflejado en la dispensación
R	Restringido, no aparecerá reflejado en la dispensación

- Diagnóstico, codificado a través de la CIE-9-MC en el elemento [reason/ observation / value]

Es necesario especificar el tipo de datos como "CV" [xsi:type="CV"] y el @codeSystem como 2.16.840.1.113883.6.2

2.2.8. Posología y frecuencia de administración

En este mensaje, el modelo de posología está simplificando, enviándose únicamente un equivalente de administración diaria para las pautas complejas.

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <!-- Identificador único de la prescripción
    Depende del centro prescriptor, en este ejemplo el 6666
  -->
  <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.6666.100.1.10.9" extension="e5465436t"/>
  <!--Tipo de tratamiento: siempre a 'DRUG' -->
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripción de la posología en texto</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>
    <!-- posología: frecuencia de la administración del tratamiento diaria -->
    <comp xsi:type="PIVL_TS" operator="A">
      <period value="24" unit="h"/>
    </comp>
  </effectiveTime>
  <doseQuantity value="2.5" />
</substanceAdministrationRequest>
```

Los datos a transmitir en este elemento son:

- Identificador de la prescripción [substanceAdministrationRequest / id]
- Descripción de la posología [substanceAdministrationRequest / text]

- Fecha inicio del tratamiento [substanceAdministrationRequest / effectiveTime / comp/ low/ @value]
- Fecha fin del tratamiento [substanceAdministrationRequest / effectiveTime / comp/ high/ @value]
- Frecuencia de administración:
 - Número: [substanceAdministrationRequest / effectiveTime /comp/ period/ @value]
 - Unidades: [substanceAdministrationRequest / effectiveTime /comp/ period/ @unit]
 - Cantidad en cada administración [substanceAdministrationRequest / doseQuantity / @value]
- Cantidad en cada administración [substanceAdministrationRequest / doseQuantity / @value]

2.2.9. Fecha de revisión

La fecha de revisión se describe en el elemento *review/ effectiveTime / @value*

```
<review classCode="REV" moodCode="RQO">
    <effectiveTime value="200101203"/>
</review>
```

2.2.10. Dispensación

La estructura de información de una dispensación es la siguiente

```
<supplyEvent >
  <!-- Identificador único de la dispensación anterior (enmascarado si es una farmacia la que está
pidiendo esta información)-->
  <id nullFlavor="MSK"/>
  <!-- Tipo de dispensación:
    FF: (First Fill) Primera dispensación
    RF: (refill) Dispensación posterior a la inicial
    SO: (Script Owing) Dispensación sin receta, con el compromiso de entregarlo más adelante -->
  <code code="RF" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <!-- Estado: completado (valor fijo, de infraestructura) -->
  <statusCode code="completed"/>
  <!-- Fecha en la que se realizó -->
  <effectiveTime value="200910252056" />
```

```

<!-- Cantidad dispensada -->
<quantity value="1"/>
<!-- Fecha de duración estimada -->
<expectedUseTime value="20091125" />
<product>
  <medication classCode="ADMM">
    <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
      <!--          Producto dispensado:
        2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11 (id remedios Especificidad farmacéutica) -->
      <code code="id_remedios" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11">
        <!--          Código del producto dispensado:
          2.16.840.1.113883.2.19.30.2 (Código Nacional Especificidad farmacéutica) -->
        <translation code="codigo_nacional" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.2"/>
      </code>
      <name>Descripción del producto dispensado</name>
    </administerableMedicine>
  </medication>
</product>
<!-- Persona que ha hecho la dispensación: enmascarado -->
<performer>
  <assignedPerson classCode="ASSIGNED">
    <!-- N° Colegiado del prescriptor -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.8" extension="NUMERO_COLEGIADO"/>
    <assignedPerson classCode="PSN" determinerCode="INSTANCE">
      <name>
        <given>Nombre persona ha dispensado</given>
        <family>Apellido 1 persona ha dispensado</family>
        <family>Apellido 2 persona ha dispensado</family>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedPerson>
</performer>
</performer>
<!-- Ubicación donde se ha realizado la dispensación: enmascarado -->
<location>
  <serviceDeliveryLocation classCode="DSDLLOC">
    <!-- Identificador único de la farmacia desde donde se realizó la dispensación -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.26" extension="234.3"/>
  </serviceDeliveryLocation>
</location>
</supplyEvent>

```


- Identificador de la dispensación, en el elemento *<id>* En caso que éste deba ser ocultado debe identificarse como “enmascarado”.

`<id nullFlavor="MSK"/>`

- Tipo de la dispensación, en el atributo *code/@code*, que puede tomar los siguientes valores:

@code	DESCRIPCIÓN
FF	Primera dispensación
RF	Dispensación sucesiva

- Fecha de dispensación, en el elemento *effectiveTime/@value*
- Cantidad dispensada, en elemento *quantity/@value*
- Producto dispensado, en el elemento *product/medication* como se describe en el punto anterior. En este caso siempre se va a referir a una marca comercial.
- Persona que ha realizado la dispensación, en el elemento *supplyEvent / performer*
 - Identificadores (al menos el DNI/NIE y el número de colegiado), en el elemento *supplyEvent / performer / assignedPerson / id*
 - Nombre y apellidos en el elemento *supplyEvent / performer / assignedPerson / name*

En caso que la consulta se realice para una oficina de farmacia, este dato se envía enmascarado:

`<assignedPerson classCode="ASSIGNED" nullFlavor="MSK"/>`

- Ubicación donde se ha realizado la dispensación, en el elemento *supplyEvent/location/ serviceDeliveryLocation / id*

`<serviceDeliveryLocation classCode="DSDLLOC" nullFlavor="MSK"/>`

2.2.11. Crédito

Un “crédito” se refiere a una posibilidad de dispensación en unas fechas determinadas. Es similar al concepto de receta impresa, sin embargo, mientras una receta está “congelada” (es decir, sus condiciones de dispensación no varían más que en función de su periodo de validez, cada vez que se produce una dispensación, se recalcula el cronograma, pudiendo variarse los créditos futuros.

La información de un “crédito” se estructura en un elemento *<supplyRequest>*. La información del mismo es:

```

<supplyRequest>
  <!-- Identificador de la prescripción impresa      Si está presente, representa que la receta se ha
impreso -->
  <sacyl:printedRxID root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.CENTRO.100.1.10.10"
extension="IDENTIFICADOR_RECETA_SI_SE_HA_IMPRESO"/>
  <sacyl:supplyRequestId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.9.2" extension="id_credito_1"/>
  <!-- Estado de "ventana":
        active:      Activa (dispensable)
        held:        No se puede dispensar por ahora (no está en la ventana de dispensación o la
prescripción está bloqueada) -->
  <statusCode code="active"/>
  <!-- Ventana de dispensación y fecha teórica de dispensación -->
  <effectiveTime xsi:type="IVL_TS" value="20091015">
    <!-- Inicio ventana -->
    <low value="20091001"/>
    <!-- Fin ventana -->
    <high value="20091102"/>
  </effectiveTime>

  <!--
    Cantidad a dispensar
    esta cantidad es la suma de envases a dispensar de producto detallado en directTarget -->
  <quantity value="1" />

  <!--
    Periodo de tiempo que la dispensación pretende cubrir
    es un dato estructural y debe existir, pero como no está previsto para el piloto se
    fija como "No aplica" -->
  <expectedUseTime nullFlavor="NA" />

  <!-- Dado que el CPA es distinto, es necesario indicar aquí el coherente para esta dispensación.-->
  <product >
    <medication classCode="ADMM" >
      <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="KIND">
        <!-- Id Producto a dispensar:
          2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9 (Id remedios CPA)
          2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11 (id remedios Especificidad farmacéutica) -->
        <code code="idRP_remedios" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9" >
          <!-- Código del producto a dispensar:
            2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13 (Código remedios CPA)
            2.16.840.1.113883.2.19.30.2 (Código Nacional Especificidad farmacéutica) -->
          <translation code="codigo" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13"/>

```

```

</code>
<name>Nombre del elemento prescrito, que contiene Los principio activos y dosis, Contenido del
envase Vía de administración. y Forma farmacéutica</name>
</administerableMedicine>
</medication>
</product>
</supplyRequest>

```

Esta estructura contiene la siguiente información:

- Indicador de receta “impresa”. En el caso que el “crédito” corresponda a una receta y ésta se haya impreso, entonces es necesario indicar al sistema que el paciente debe aportar dicha receta para consumir el crédito. EL identificador de la misma se envía en el elemento supplyRequest / sacyl:printedRxID
- Identificador de “crédito”. Este identificador permite asociar posteriores consumos con el crédito, y se envía en el elemento supplyRequest / sacyl: supplyRequestId
- Estado del crédito. En función de si el crédito se puede “consumir” o no, su estado variará. Se detalla en el elemento supplyRequest / statusCode/@code

@code	DESCRIPCIÓN
active	Ventana de dispensación activa (dispensable)
held	No se puede dispensar por ahora (no está en la ventana de dispensación o la prescripción está bloqueada)

- Ventana de dispensación. Las fechas habilitadas por la dispensación se indican en el elemento supplyRequest / effectiveTime

```

<effectiveTime xsi:type="IVL_TS" value="20091015">
  <!-- Inicio ventana -->
  <low value="20091001"/>
  <!-- Fin ventana -->
  <high value="20091102"/>
</effectiveTime>

```

- Cantidad a dispensar en el elemento quantity/@value

```

<quantity value="1" />

```

- Producto a dispensar. El producto a dispensar se describe en el elemento `product/medication` descrito más arriba en esta sección. Sin embargo, como se trata de un producto a dispensar, no es posible indicar “super CPA”, sino que se utilizará el conjunto de intercambio con tamaño de envase (CPA).

En este caso tampoco existe el elemento “tipo de dispensación” (*asSpecializedKind*)

2.2.12. Indicador de tratamiento crónico o agudo

El indicador del tratamiento (crónico o agudo) se indica en el elemento *drugUseWorkingListEvent*

```
<drugUseWorkingListEvent>
  <!--      ACU      Aguda
           CHRON   Continua/Crónica
           PRN      En caso de necesidad      -->
  <code code="ACU" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
</drugUseWorkingListEvent>
```

El indicador se define en el elemento `code/@code`, que puede tener los siguientes valores:

@code	DESCRIPCIÓN
ACU	Aguda
CHRON	Crónica
PRN	“Si precisa”

2.2.13. Detalles económicos de facturación de dispensación

El elemento `valuedItem` permite detallar todos los datos necesarios para identificar correctamente el contexto económico relativo a un proceso de dispensación

```
<valuedItem classCode="INVE" moodCode="EVN">
  <!-- Grupo de facturación -->
  <code code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.10"/>
  <!-- Régimen de facturación -->
  <sacyl:processRegulationClass code="1" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.6"/>
  <!-- Importe a efectos de facturación -->
```

```

<sacyl:facturablePrice value="345" currency="EUR"/>
<!-- PVP del producto por envase -->
<unitPriceAmt>
  <numerator value="100.00" currency="EUR"/>
  <denominator value="1"/>
</unitPriceAmt>
<!-- Gasto: cantidad teórica a abonar desde el sistema de salud -->
<netAmt value="60.00" currency="EUR"/>
<!-- Datos de cobertura -->
<pertinentInformation typeCode="COVBY">
  <benefit classCode="PCPR" moodCode="DEF">
    <!-- Tipo de cobertura por el INSS -->
    <code code="SBN" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.4" displayName="SIND. TOXICO BENEF.
NORMAL" />
  <coverage typeCode="COVBY">
    <coverageDefinition moodCode="DEF" classCode="COV">
      <!-- Identificador de Campaña Sanitaria -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.3"/>
      <!-- Indicador de síndrome tóxico: sólo presente si la persona está bajo esa línea -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.4" nullFlavor="NA"/>
      <!-- Indicador de accidentes de trabajo cubiertos por el INSS -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.5" nullFlavor="NA"/>
      <!-- Indicador de pensionista -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.6" nullFlavor="NA"/>
      <!-- Indicador de Sin Recursos -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.7" nullFlavor="NA"/>
    </coverageDefinition>
  </coverage>
  <!-- Cobertura en farmacia, obtenida en base a la cobertura del paciente -->
  <limitation typeCode="LIMIT">
    <coverageCharge classCode="INVE" moodCode="CRT">
      <!-- Tipos de farmacia: -->
      <code code="FREE" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
      <reference typeCode="REFR">
        <coverageChargePolicy moodCode="DEF" classCode="POL">
          <code code="POLICY"/>
        </coverageChargePolicy>
      </reference>
    </coverageCharge>
  </limitation>
  <!-- Cobertura en farmacia, obtenida en base al producto -->
  <limitation typeCode="LIMIT">
    <financialParticipationCharge classCode="INVE" moodCode="CRT">

```

```

<code code="APRTNORMAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.9"/>
<reference typeCode="REFR">
  <coverageChargePolicy moodCode="DEF" classCode="POL">
    <code code="PRODUCT"/>
  </coverageChargePolicy>
</reference>
</financialParticipationCharge>
</limitation>
<!-- Indicador de proceso bajo una prescripción DOE -->
<limitation typeCode="LIMIT">
  <financialParticipationCharge classCode="INVE" moodCode="CRT">
    <code code="DOEPROCESS" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.12"/>
    <reference typeCode="REFR">
      <coverageChargePolicy moodCode="DEF" classCode="POL">
        <code code="PROCESS"/>
      </coverageChargePolicy>
    </reference>
  </financialParticipationCharge>
</limitation>
</benefit>
</pertinentInformation>
</valuedItem>

```

- Grupo de facturación, en el elemento *valuedItem* /code/@code, con los diferentes valores:

@code	DESCRIPCIÓN
1	ESPECIALIDADES FARMACÉUTICA
2	EFFECTOS Y ACCESORIOS
3	FÓRMULAS MAGISTRALES Y VARIOS
4	ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS CON VISADO O VALIDACIÓN MÉDICA
5	EFFECTOS Y ACCESORIOS CON VISADO O VALIDACIÓN MÉDICA

- Régimen de facturación, en el elemento *valuedItem / processRegulationClass/@code*, con los diferentes valores:

@code	DESCRIPCIÓN
1	ACTIVOS (RECETA ORDINARIA)
2	PENSIONISTAS (RECETA ORDINARIA)
3	ACCIDENTES DE TRABAJO
4	ACTIVOS (RECETA TLD)
5	PENSIONISTAS (RECETA TLD)
6	CAMPAÑAS SANITARIAS
7	SÍNDROME TÓXICO
8	OTROS

- Importe de facturación, en el elemento *valuedItem / sacyl:facturablePrice /@value*
- PVP del producto por envase, en el elemento *valuedItem / unitPriceAmt / numerator /@value*
- Gasto, en el elemento *valuedItem / netAmt@value*
- Detalles especiales de cobertura, en elementos *valuedItem / coverage / coverageDefinition/ id*. EN función de si existe un elemento *@root* con un OID específico, indicará un tipo especial de cobertura.

OID	DESCRIPCIÓN
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.3	CAMPAÑA SANITARIA
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.4	SÍNDROME TÓXICO
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.5	ACCIDENTE DE TRABAJO
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.6	PENSIONISTA
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.7	SIN RECURSOS

- Tipo de cobertura en farmacia, en base a la cobertura del paciente, en el elemento *limitation / coverageCharge/code /@code*.con los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
PAY	Servicio no incluido. EL paciente paga íntegramente.
COPAYMENT	El paciente sólo paga una parte
FREE	El paciente no paga nada

- Tipo de cobertura en farmacia, en base a la cobertura del producto, en un elemento *limitation / financialParticipationCharge/ code /@code*.con los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
SINAPRT	Gratis, No se paga nada
APRTREDUCIDA	Aportación reducida
APRTNORMAL	Aportación normal
APRTTOTAL	Se paga todo

- Indicador de proceso DOE, en un elemento *limitation / financialParticipationCharge/ code /@code*:

3. Perfil de Mensajes “Gestión de prescripción”.

3.1. Descripción del escenario

Este conjunto de eventos se relaciona con los actos relativos a la gestión del ciclo de vida de una prescripción:

- Creación de una nueva prescripción.
- Modificación, cambio o cancelación de una prescripción.
- Bloqueo o desbloqueo de una prescripción.
- Consultas sobre las prescripciones de un paciente, así como del historial de las mismas.
- Notificaciones de dispensación, o anulación de las mismas.

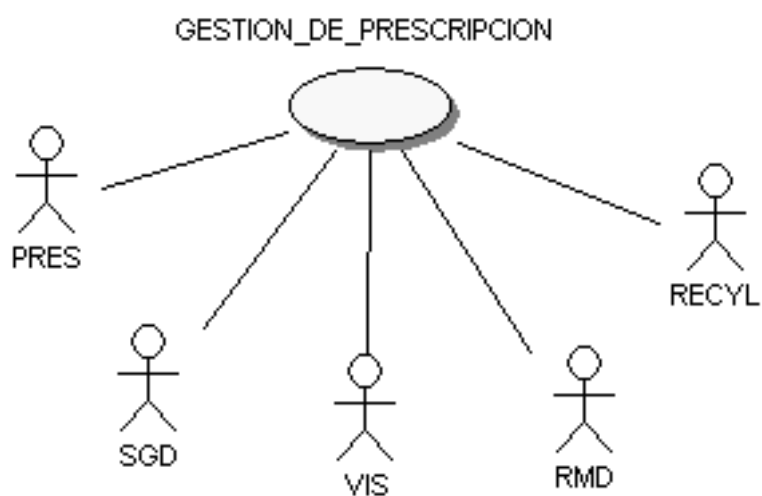
Este escenario sólo recoge transacciones entre sub-sistemas del sistema de salud de Sacyl, no se trata de servicios ofrecidos directamente a oficinas de farmacia.

3.2. Actores

Los actores de este escenario son todos ellos parte del sistema de información del servicio de salud de Sacyl. Este perfil no cubre las interacciones definidas con los sistemas de información de las oficinas de farmacia (este escenario se trata en el perfil “gestión de dispensación”).

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE PRESCRIPCIÓN [PRES]	Sistema responsable de la generación de prescripciones a través de un sistema de apoyo a la prescripción. En Sacyl, este sistema está integrado con la Receta Electrónica.
SISTEMA DE GESTIÓN DE DISPENSACIÓN [SGD]	Sistema responsable de validar las dispensaciones realizadas por los sistemas dispensadores (sistemas de las oficinas de farmacia)
VISADO [VIS]	Sistema de información que gestiona el visado de recetas.
CATÁLOGO REMEDIOS [RMD]	Sistema responsable del catálogo de productos que intervienen en el circuito de receta electrónica.
REPOSITORIO [RECYL]	Sistema de información que registra todo el historial de prescripciones, dispensaciones, y cualquier evento asistencial relacionado con los tratamientos fármaco-terapéuticos.

3.3. Caso de uso.



3.3.1. Mensajes.

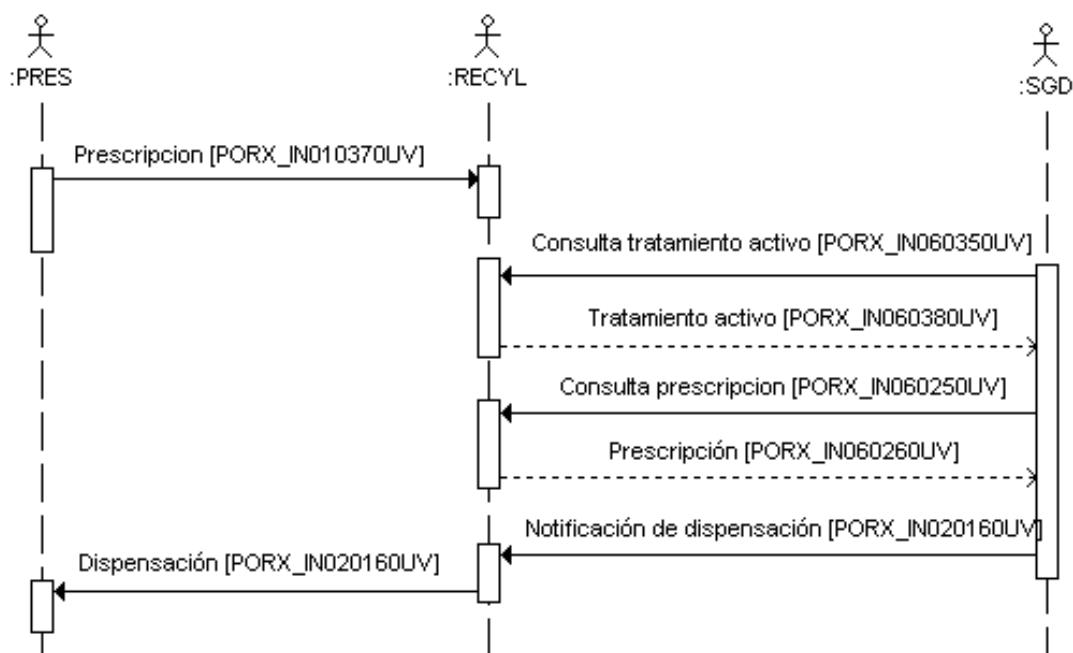
MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
PORX_IN060350UV	Consulta de tratamiento activo	*	RECYL
PORX_IN060380UV	Respuesta consulta tratamiento activo	RECYL	*
PORX_IN060250UV	Consulta de una prescripción	*	RECYL
PORX_IN060260UV	Respuesta consulta de una prescripción	RECYL	*
PORX_IN020160UV	Notificación de dispensación	DIS	SGD
		SGD	RECYL
PORX_IN060210SACYL	Consulta dispensaciones (para facturación)	*	RECYL
PORX_IN060220UV	Respuesta consulta dispensaciones (para facturación)	RECYL	*
PORX_IN060230SACYL	Consulta dispensaciones	*	RECYL

PORX_IN060240SACY	Respuesta consulta de dispensaciones	RECYL	*
PORX_IN020150UV	Notificación anulación dispensación	DIS	SGD
		SGD	RECYL
PORX_IN010370UV	Notificación nuevo/ modificación tratamiento	PRES	RECYL

3.4. Definición dinámica.

3.4.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal.



3.5. Definición estática de mensajes.

La definición exacta de la composición del mensaje puede encontrarse en los documentos anexos a éste.

Los ejemplos XML ofrecen una plantilla válida para la constitución del mensaje.

Los documentos excell permiten asociar la información con su ubicación en el mensaje.

3.5.1. Mensaje PORX_IN010370UV [Notificación de Prescripción]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando un profesional realiza una prescripción, o modifica una. Asimismo permite bloquear definitivamente un tratamiento, o desbloquear uno.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN010370UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos_prescripcion.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es la siguiente:

```
< PORX_IN010370UV xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
( ... Datos de mensajería ... )

<controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  <subject typeCode="SUBJ">
    <combinedMedicationRequest classCode="ACT" moodCode="RQO">
      ( ... Dtos de la prescripción ...)
    </combinedMedicationRequest>
  </subject>
</controlActProcess>
</ PORX_IN010370UV >
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

Esta capa es idéntica a la común., y contiene todos los datos de auditoría (informando de la persona y sistema que ha realizado la acción). Habitualmente estos datos coincidirán con el autor de la prescripción descrito en la capa de datos útiles.

Elemento <subject> contiene toda la descripción del la prescripción y su estado.

Capa de datos

Toda la descripción de la prescripción está contenida en el elemento “combinedMedicationRequest”

```
<combinedMedicationRequest classCode="ACT" moodCode="RQO">

  <!-- subject: Datos del paciente para quien esta dirigida la prescripcion -->
  <subject typeCode="SBJ">
    <patient classCode="PAT">
      (Datos del paciente )
    </patient>
  </subject>
  <directTarget typeCode="DIR" >
    <medication classCode="ADMM">
      (Datos del producto prescrito...)
    </medication>
  </directTarget>
  <!-- autor de la prescripcion -->
  <author typeCode="AUT">
    (Autor de la prescripción)
  </author>
  <!-- Diagnóstico -->
  <reason typeCode="DIAG">
    (Diagnóstico)
  </reason>
  <!-- Pauta y posología -->
  <component1 typeCode="COMP">
    <substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
      (Pauta y posología)
    </substanceAdministrationRequest>
  </component1>
  <!-- Fecha de revisión -->
  <subjectOf1 typeCode="SUBJ">
    <review classCode="REV" moodCode="RQO">
      <effectiveTime value="200101203"/>
    </review>
  </subjectOf1>
</combinedMedicationRequest>
```

Los diferentes elementos que aparecen en la prescripción son:

- **Paciente**

El elemento <subject> contiene los datos estrictamente necesarios para identificar al paciente. Está descrito en el apartado de elementos comunes.

- **Producto**

La información que se transmite se refiere al catálogo de productos de Sacyl: REMEDIOS:

La información se transmite dentro del elemento directTarget/ medication y está descrita en la sección de elementos comunes.

- **Prescriptor**

Los datos del autor de la prescripción se describen en elemento <author> , definido en el apartado de elementos comunes.

- **Diagnóstico asociado.**

El elemento <reason> permite expresar el diagnóstico asociado a la prescripción. Está descrito en el apartado de elementos comunes.

- **Posología y frecuencia de administración**

En este mensaje, el modelo de posología está simplificando, enviándose únicamente un equivalente de administración diaria para las pautas complejas.

La posología se describe en el elemento component1/ substanceAdministrationRequest descrito en el apartado de elementos comunes

- **Fecha de revisión**

En el caso que sea una prescripción a revisar, se indica la fecha en elemento *subjectOf1/review* (descrito en el apartado de elementos comunes)

3.5.2. Mensaje PORX_IN060350UV [Consulta de tratamiento activo]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando se desea consultar la información sobre los tratamientos activos de un paciente para una fecha dada.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN060350UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell “relación_datos.xls” adjunto

también a este documento.

El mensaje sigue una estructura “consultar por parámetro”

```
<PORX_IN060350UV xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera)
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
    (Datos de registro de auditoría)
    <queryByParameter>
      (Datos de la consulta)
    </queryByParameter>
  </controlActProcess>
</PORX_IN060350UV>
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene todos los datos descritos en la sección de elementos comunes para garantizar una trazabilidad de los accesos.

Capa de datos

La carga de útil de este mensaje son los parámetros de consulta, definidos en la estructura “queryByParameter”:

```
<queryByParameter>
  <!-- Identificador único de la consulta -->
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.2" extension="94567"/>
  <!-- El estado es new al ser nueva consulta -->
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    <!--
      Filtro de fecha activa. Por defecto es la fecha del momento de la consulta,
      permitiendo consultar por las prescripciones activas en ese momento.
    -->
    <administrationEffectivePeriod>
```

```

<value>
  <low value="20101001"/>
  <high value="20101001"/>
</value>
</administrationEffectivePeriod>
<!-- Tipo de filtro: incluir histórico de eventos
  (Parámetro estructural (debe ir siempre a "false")) -->
<includeEventHistoryIndicator>
  <value value="false"/>
</includeEventHistoryIndicator>

<!-- Tipo de filtro: incluir lista de incidentes
  (Parámetro estructural (debe ir siempre a "false")) -->
<includeIssuesIndicator>
  <value value="false"/>
</includeIssuesIndicator>

<!-- Tipo de filtro: incluir comentarios
  (Parámetro estructural (debe ir siempre a "false")) -->
<includeNotesIndicator>
  <value value="false"/>
</includeNotesIndicator>

<!-- Tipo de filtro: incluir cambios pendientes
  (Parámetro estructural (debe ir siempre a "false")) -->
<includePendingChangesIndicator>
  <value value="false"/>
</includePendingChangesIndicator>

<!-- Tipo de filtro: la respuesta sólo debe contener la última prescripción por cada diferente producto
  (Parámetro estructural (debe ir siempre a "false")) -->
<mostRecentByDrugIndicator>
  <value value="false"/>
</mostRecentByDrugIndicator>

<!-- Tipo de filtro: la respuesta sólo debe indicar la dispensación más reciente
  En las consultas de farmacia es indiferente ya que queda anulado por el parámetro
includeDispenseDataIndicator cuando está a "false"
  Sin embargo es un elemento estructural, por lo que debe tener valor, aunque indique "No aplica"
(nullflavor NA) -->
<mostRecentDispenseForEachRxIndicator>
  <value nullFlavor="NA"/>
</mostRecentDispenseForEachRxIndicator>

```



```

<!--      CIP del Paciente      -->
<patientID>
  <value root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="KASDF3243243"/>
</patientID>

<!--      Tipo de prescripciones a devolver
      Valor fijo a "active"      -->
<prescriptionStatus>
  <value code="active"/>
</prescriptionStatus>

<!-- Identificador hoja de tratamiento (en caso no se haya podido leer la banda magnética-->
<sacyl:treatmentSheetID>
  <sacyl:value root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.8.4" extension="435643" />
</sacyl:treatmentSheetID>

<!--      Indicador de incluir en la respuesta o no los datos de dispensaciones realizadas
      En las consultas desde farmacia este valor será "false"
      En caso de no incluirse el parámetro se considera como "true"      -->

<sacyl:includeDispenseDataIndicator>
  <sacyl:value value="false"/>
</sacyl:includeDispenseDataIndicator>

<!--      Indicador de incluir en la respuesta únicamente las dispensaciones inmediatas
      En las consultas desde farmacia este valor será "true"
      En caso de no incluirse el parámetro se considera como "false"      -->

<sacyl:mostRecentSupplyRequestForEachRxIndicator>
  <sacyl:value value="true"/>
</sacyl:mostRecentSupplyRequestForEachRxIndicator>
</parameterList>
</queryByParameter>

```

Los parámetros definidos son los siguientes:

- Identificador de la consulta [queryByParameter/ queryId]
- Paciente para el que se está realizando la búsquedas [queryByParameter/ parameterList /PatientID / value]
- Fechas de tratamiento activo: filtra la búsqueda a aquellos tratamientos que sigan activos para las fechas indicadas.

- Fecha inicio: *[queryByParameter/ parameterList / patientID / value /low/@value]*
- Fecha fin: *[queryByParameter/ parameterList administrationEffectivePeriod / value /low/@value]*
- Indicador de incluir en la respuesta los datos de la última dispensación realizada, en el parámetro *[queryByParameter/ parameterList mostRecentDispenseForEachRxIndicator / value /@value]*
- Indicador de incluir en la respuesta los datos de dispensaciones realizadas (es una extensión Sacyl), en el elemento *[queryByParameter/ parameterList /sacyl:includeDispenseDataIndicator / value /@value]*
- Indicador de incluir en la respuesta los próximos créditos. *[queryByParameter/ parameterList/ sacyl:mostRecentSupplyRequestForEachRxIndicator/ value /@value]*
- Identificador de la “hoja de tratamiento” (extensión Sacyl). *[queryByParameter/ parameterList/ sacyl: treatmentSheetID / value /@value]*

3.5.3. Mensaje PORX_IN060380UV [Respuesta a consulta de un tratamiento activo]

Evento disparador

Este mensaje se envía como respuesta a la consulta PORX_IN060350UV

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN060380UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es:

```
<PORX_IN060380UV xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">

  (Datos de cabecera)

  <acknowledgement>(Datos de ACK)</acknowledgement>

  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">

    <subject typeCode="SUBJ">
      <combinedMedicationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
        ( Datos de una prescripción)
      </combinedMedicationRequest>
    </subject>

    <subject typeCode="SUBJ" classCode="SBADM" moodCode="RQO" >
      <combinedMedicationRequest>
        (Datos de otra prescripción)
      </combinedMedicationRequest>
    </subject>

    <queryAck>
      (Datos de control de consulta)
    </queryAck>
  </controlActProcess>
</PORX_IN060380UV>
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común. Al tratarse de una respuesta a una consulta incorpora un elemento `<acknowledgement>`, también descrito en dicha sección.

Capa de control

En este mensaje, esta capa sólo contiene diferentes elementos `<subject>`, cada uno de ellos con información de las prescripciones localizadas.

Esta capa contiene también un elemento de control de la consulta `<queryAck>` descrito en el documento de elementos comunes, con la información de los registros encontrados, así como de cualquier error producido en la consulta.

Capa de datos

La carga de datos útiles se divide en diferentes elementos `<subject>`, cada uno de ellos con información de una prescripción que coincide con los parámetros de búsqueda.

La estructura de cada prescripción es la siguiente:

```
<subject typeCode="SUBJ">
  <combinedMedicationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
    <!-- Identificador unico de la prescripcion (el root y el extension dependen del sistema que genera la
prescripción-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.170989078.100.1.10.9"
      extension="IDENTIFICADOR_UNICO_PRESCRIPCION"/>

    <!-- Estado de la prescripción -->
    <statusCode code="active"/>
    <!-- Nivel de confidencialidad: -->
    <confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/>
    <!-- Datos del paciente para quien esta dirigida la prescripcion -->

    <subject typeCode="SBJ">
      (DATos del paicente)
    </subject>
    <directTarget>
      <medication classCode="ADMM">
        <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
          (Descripción del producto prescrito)
        </administerableMedicine>
        <subjectOf1 typeCode="SBJ">
          (Indicador de política especial)
        </subjectOf1>
        <subjectOf2 typeCode="SBJ">
          <approval classCode="CNTRCT" moodCode="EVN">
            <!-- Identificador de la autorización (si se ha aprobado) -->
            (Indicador de visadso)
          </approval>
        </subjectOf2>
        <subjectOf3 typeCode="SBJ">
```

```

    <characteristic classCode="OBS" moodCode="EVN">
      (Indicador de característica específica)
    </characteristic>
  </subjectOf3>
  <subjectOf3 typeCode="SBJ">
    <characteristic classCode="OBS" moodCode="EVN">
      (Indicador de característica específica)
    </characteristic>
  </subjectOf3>
</medication>
</directTarget>
<author typeCode="AUT">
  (Autor de la prescripción)
</author>
<!-- El elemento location es estructural y debe ir de la siguiente manera -->
<location>
  <serviceDeliveryLocation classCode="SDLOC" nullFlavor="NA"/>
</location>
<reason>
  (Diagnóstico)
</reason>
<!-- component1: Elemento estructural. Debe aparecer como se indica a continuación -->
<component1 negationInd="true">
  <trialSupplyPermission>
    <code code="TF"/>
  </trialSupplyPermission>
</component1>
<component2>
  <dosageInstruction moodCode="DEF">
    (Descripción de la posología)
  </dosageInstruction>
</component2>
<component3>
  <supplyRequest>
    (Datos de una dispensación disponible en un futuro)
  </supplyRequest>
</component3>
<component3>
  <supplyRequest>
    (Datos de otra dispensación disponible en un futuro)
  </supplyRequest>
</component3>
<!-- Fecha de revisión -->

```

```

<subjectOf6 typeCode="SUBJ">
  <review classCode="REV" moodCode="RQ0">
    <effectiveTime value="200101203"/>
  </review>
</subjectOf6>
<componentOf>
  <drugUseWorkingListEvent>
    (Indicador de agudo o grave)
  </drugUseWorkingListEvent>
</componentOf>
</combinedMedicationRequest>
</subject>

```

Los elementos que se pueden encontrar en una prescripción son los siguientes:

- **Identificador de la prescripción**

Descritos en un elemento `<id>`

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.170989078.100.1.10.9"
  extension="IDENTIFICADOR_UNICO_PRESCRIPCION"/>

```

El elemento `@root` depende del sistema de prescripción, ya que en Sacyl los sistemas de prescripción son distribuidos.

- **Estado de la prescripción**

Descritos en el elemento `statusCode`

```

<statusCode code="active"/>

```

Los valores que puede tener son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
ACTIVE	Normal, y tiene aún dispensaciones pendientes), pero no tiene por qué ser dispensable
SUSPENDED	En espera de algún proceso: bloqueada (por distintos motivos), pendiente de visado, visado denegado, etc.
CANCELLED	Inactiva, debido a otras causas que el fin natural de tratamiento programado
COMPLETED	Inactiva, debido a que el tratamiento se completó

- **Datos del paciente**

Descritos en un elemento `<subject>` definido en el apartado de elementos comunes.

- **Nivel de confidencialidad**

```
<confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/>
```

La implementación actual sólo admite identificadores nivel “Normal”.

- **Producto prescrito**

El producto prescrito se envía en elemento *directTarget/ medication*, descrito en el apartado de elementos comunes.

Adicionalmente, el elemento `directTarget` contiene información adicional sobre el producto:

Política de gestión especial, en el elemento `subjectOf/policy/code/@code`

```
<subjectOf1 typeCode="SBJ">
  <policy classCode="ACT" moodCode="DEF">
    <code code="ESTUPEFACIENTE" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.8"/>
  </policy>
</subjectOf1>
```

Los valores posibles son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Política Normal
ESTUPEFACIENTE	Tratamiento estupefaciente
PSICOTROPOS	Tratamiento psicotropo
HOSPITALARIO	El medicamento sólo se puede recoger en un centro hospitalario

Si el proceso está sujeto a un proceso de visado, el estado de este proceso se describe en el elemento *subjectOf2/approval* (definido en el apartado de elementos comunes).

Los atributos especiales de producto como el indicador de “genérico”, “dispensable”, “cronogramable”, se informan en estructuras *subjectOf3/characteristic* (descritas en el apartado de elementos comunes).

- **Autor de la prescripción**

Descrito en un elemento *<author>* definido en el apartado de elementos comunes.

- **Ubicación de dispensación**

La ubicación donde se debe dispensar el producto se indica en el elemento *location/serviceDeliveryLocation*, descrito en apartado de elementos comunes. Esta información sólo será útil cuando se refiera a dispensaciones en centros hospitalarios.

- **Diagnóstico**

Descrito en un elemento *<reason>* definido en el apartado de elementos comunes. Cuando la consulta provenga de un sistema de farmacia y el nivel de confidencialidad sea alto, el valor del diagnóstico se enviará enmascarado:

<value nullFlavor="MSK" />

- **Posología y frecuencia de administración**

Esta información se envía en el elemento *component2/dosageInstruction*

- **Crédito**

Cada crédito disponible se envían en un elemento *component3/ supplyRequest* Las descripción de estos elementos puede encontrarse en el apartado de elementos comunes.

De todo el cronograma, esta consulta sólo informa de los créditos inmediatamente siguientes.

- **Fecha de revisión**

La fecha de revisión del tratamiento se indica en el elemento *subjectOf6/review*, definida en el apartado de elementos comunes.

- **Indicador de aguda o crónica**

La condición general de duración de tratamiento se expresa en el elemento *componentOf/drugUseWorkingListEvent*, definido en el conjunto de elementos comunes.

3.5.4. Mensaje PORX_IN060250UV [Consulta de prescripción]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando se desea consultar la información sobre un tratamiento específico. En la consulta es necesario indicar al paciente y el identificador del tratamiento.

Estructura

El mensaje sigue el esquema *PORX_IN060250UV.xsd* (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero *excell "relación_datos.xls"* adjunto también a este documento.

El mensaje sigue una estructura "consulta por parámetro".

```
< PORX_IN060250UV xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">
  (DATOS de cabecera)
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  (Datos de registro de auditoría)
    <queryByParameter>
    (Datos de la consulta)
    </queryByParameter>
  </controlActProcess>
</PORX_IN060250UV >
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene todos los datos descritos en la sección de elementos comunes para garantizar una trazabilidad de los accesos.

Capa de datos

La carga de útil de este mensaje son los parámetros de consulta, definidos en la estructura "queryByParameter":

```
<queryByParameter>
  <!-- Identificador único de la consulta -->
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.2" extension="64345"/>
  <!-- El estado es new al ser nueva consulta -->
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>

    <!-- Indicador de incluir lista de dispensaciones completa.
      Dato estructural fijado como "false" -->
    <includeEventHistoryIndicator>
      <value value="false"/>
    </includeEventHistoryIndicator>

    <!-- Indicador de incluir incidencias
      Dato estructural fijado como "false" -->
    <includeIssuesIndicator>
      <value value="false"/>
    </includeIssuesIndicator>

    <!-- Indicador de incluir anotaciones y comentarios
      Dato estructural fijado como "false" -->
    <includeNotesIndicator>
      <value value="false"/>
    </includeNotesIndicator>

    <!-- Indicador de incluir lista de cambios pendientes
      Dato estructural fijado como "false" -->
    <includePendingChangesIndicator>
      <value value="false"/>
    </includePendingChangesIndicator>

    <!-- Fecha de nacimiento del paciente. Dado que es un dato estructural, pero que no se envía en
      Recyl, debe ir como enmascarado -->
    <patientBirthDate>
      <value nullFlavor="MSK"/>
    </patientBirthDate>
```

```

<!--      Sexo del paciente. Dado que es un dato estructural, pero que no se envía en Recyl, debe ir como
enmascarado      -->
<patientGender>
  <value nullFlavor="MSK"/>
</patientGender>

<!--      CIP del Paciente      -->
<patientID>
  <value root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="KASDF3243243"/>
</patientID>

<!--Nombre del paciente . Dado que es un dato estructural, pero que no se envía en Recyl, debe ir como
enmascarado      -->
<patientName>
  <value nullFlavor="MSK"/>
</patientName>

<!--  Identificador de la prescripción por la que se está consultando      -->
<prescriptionOrderNumber>
  <value root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.666.100.1.10.9" extension="ID_PRESCRIPCION"/>
</prescriptionOrderNumber>

<!-- Tipo de filtro: la respuesta sólo debe indicar la dispensación más reciente
En las consultas de farmacia es indiferente ya que queda anulado por el parámetro
includeDispenseDataIndicator cuando está a "false"
Sin embargo es un elemento estructural, por lo que debe tener valor, aunque indique "No aplica"
(nullflavor NA)      -->
<mostRecentDispenseForEachRxIndicator>
  <value nullFlavor="NA"/>
</mostRecentDispenseForEachRxIndicator>

<!-- Identificador de la hoja de tratamiento (en caso no se haya podido leer la banda magnética-->
<sacyl:treatmentSheetID>
  <sacyl:value root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.8.4" extension="435643" />
</sacyl:treatmentSheetID>

</parameterList>
</queryByParameter>

```

Los parámetros definidos son los siguientes:

- Identificador de la consulta [*queryByParameter/ queryId*]
- Paciente para el que se está realizando la búsquedas [*queryByParameter/ parameterList /PatientID / value*]
- Identificador del tratamiento por el que se consulta, en elemento [*queryByParameter/ parameterList / prescriptionOrderNumber / value*]
- Identificador de la “hoja de tratamiento” (extensión Sacyl). [*queryByParameter/ parameterList/ sacyl: treatmentSheetID / value /@value*]
 Este parámetro es solo necesario enviarlo si no se ha podido identificar al paciente por su Tarjeta Sanitaria.
- Indicador de incluir en la respuesta los datos de la última dispensación realizada, en el parámetro [*queryByParameter/ parameterList mostRecentDispenseForEachRxIndicator / value /@value*]

3.5.5. Mensaje PORX_IN060380UV [Respuesta a consulta de una prescripción]

Evento disparador

Este mensaje se envía como respuesta a la consulta PORX_IN060250UV

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN060380UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es:

```
<PORX_IN060380UV xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">

  (Datos de cabecera)

  <acknowledgement>(Datos de ACK)</acknowledgement>
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">

    <subject typeCode="SUBJ">
      <combinedMedicationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
        ( Datos de la prescripción consulta)
      </combinedMedicationRequest>
    </subject>

    <queryAck>
      (Datos de control de consulta)
    </queryAck>
  </controlActProcess>
</PORX_IN060380UV>
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común. Al tratarse de una respuesta a una consulta incorpora un elemento `<acknowledgement>`, también descrito en dicha sección.

Capa de control

En este mensaje sólo contiene un elemento `<subject>` con información de la prescripción consultada.

Esta capa contiene también un elemento de control de la consulta `<queryAck>` descrito en el documento de elementos comunes, con la información de los registros encontrados, así como de cualquier error producido en la consulta.

Capa de datos

La carga de datos útiles se detalla en un elemento <subject>, con información de la prescripción buscada (en el caso que exista).

La estructura de la prescripción es la siguiente:

```
<subject typeCode="SUBJ">
  <combinedMedicationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
    <!-- Identificador unico de la prescripcion (el root y el extension dependen del sistema que genera la
prescripción-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.170989078.100.1.10.9"
      extension="IDENTIFICADOR_UNICO_PRESCRIPCION"/>

    <!-- Estado de la prescripción -->
    <statusCode code="active"/>
    <!-- Nivel de confidencialidad: -->
    <confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/>
    <!-- Datos del paciente para quien esta dirigida la prescripcion -->

    <subject typeCode="SBJ">
      (Datos del paicente) (Datos de campañas especiales)
    </subject>
    <directTarget>
      <medication classCode="ADMM">
        <administerableMedicine classCode="MMAT" determinerCode="INSTANCE">
          (Descripción del producto prescrito)
        </administerableMedicine>
        <subjectOf1 typeCode="SBJ">
          (Indicador de política especial)
        </subjectOf1>
        <subjectOf2 typeCode="SBJ">
          <approval classCode="CNTRCT" moodCode="EVN">
            (Indicador de visado)
          </approval>
        </subjectOf2>
        <subjectOf3 typeCode="SBJ">
          <characteristic classCode="OBS" moodCode="EVN">
            (Indicador de característica específica)
          </characteristic>
        </subjectOf3>
        <subjectOf3 typeCode="SBJ">
          <characteristic classCode="OBS" moodCode="EVN">
```

```

        (Indicador de característica específica)
    </characteristic>
    </subjectOf3>
</medication>
</directTarget>
<author typeCode="AUT">
    (Autor de la prescripción)
</author>
<!-- El elemento location es estructural y debe ir de la siguiente manera -->
<location>
    <serviceDeliveryLocation classCode="SDLOC" nullFlavor="NA"/>
</location>

<inFulfillmentOf typeCode="FLFS">
    <supplyEvent> (Datos de una dispensación)</supplyEvent>
</inFulfillmentOf>
<inFulfillmentOf>{...}</inFulfillmentOf>

<coverage>
    (Datos de cobertura específicos)
</coverage>

<reason>
    (Diagnóstico)
</reason>
<!-- component1: Elemento estructural. Debe aparecer como se indica a continuación -->
<component1 negationInd="true">
    <trialSupplyPermission>
        <code code="TF"/>
    </trialSupplyPermission>
</component1>
<component2>
    <supplyRequest>
        (Datos de una dispensación disponible en un futuro)
    </supplyRequest>
</component2>
<component3>
    <supplyRequest>
        (Datos de otra dispensación disponible en un futuro)
    </supplyRequest>
</component3>
<component4>
    <dosageInstruction moodCode="DEF">
        (Descripción de la posología)
    </dosageInstruction>
</component4>

```

```

    </dosageInstruction>
  </component4>
  <!--      Fecha de revisión  -->
  <subjectOf6 typeCode="SUBJ">
    <review classCode="REV" moodCode="RQ0">
      <effectiveTime value="200101203"/>
    </review>
  </subjectOf6>
  <componentOf>
    <drugUseWorkingListEvent>
      (Indicador de agudo o grave)
    </drugUseWorkingListEvent>
  </componentOf>
</combinedMedicationRequest>
</subject>

```

Los elementos que se pueden encontrar en una prescripción son los siguientes:

- **Identificador de la prescripción**

Descritos en un elemento <id>

```

<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.170989078.100.1.10.9"
  extension="IDENTIFICADOR_UNICO_PRESCRIPCION"/>

```

El elemento @root depende del sistema de prescripción, ya que en Sacyl los sistemas de prescripción son distribuidos.

- **Estado de la prescripción**

Descritos en el elemento statusCode

```

<statusCode code="active"/>

```


Los valores que puede tener son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
ACTIVE	Normal, y tiene aún dispensaciones pendientes), pero no tiene por qué ser dispensable
SUSPENDED	En espera de algún proceso: bloqueada (por distintos motivos), pendiente de visado, visado denegado, etc.
CANCELLED	Inactiva, debido a toras causas que el fin natural de tratamiento programado
COMPLETED	Inactiva, debido a que el tratamiento se completó
NULLIFIED	La prescripción ha sido eliminada

- **Datos del paciente**

Descritos en un elemento `<subject>` definido en el apartado de elementos comunes.

Adicionalmente, en este mensaje es necesario indicar si el paciente está vinculado a un proceso especial como es el de “campana sanitaria”, no gestionado desde Tarjeta Sanitaria.

```
<coveredPartyOf typeCode="COV">
  <coverageRecord classCode="COV" moodCode="EVN">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.3" nullFlavor="MSK"/>
    <statusCode code="active"/>
  </coverageRecord>
</coveredPartyOf>
```

- **Nivel de confidencialidad**

```
<confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/>
```

La implementación actual sólo admite identificadores nivel “Normal”.

- **Producto prescrito**

El producto prescrito se envía en elemento *directTarget/ medication*, descrito en el apartado de elementos comunes.

Adicionalmente, el elemento *directTarget* contiene información adicional sobre el producto:

Política de gestión especial, en el elemento `subjectOf/policy/code/@code`

```
<subjectOf1 typeCode="SBJ">
  <policy classCode="ACT" moodCode="DEF">
    <code code="ESTUPEFACIENTE" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.8"/>
  </policy>
</subjectOf1>
```

Los valores posibles son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Política Normal
ESTUPEFACIENTE	Tratamiento estupefaciente
PSICOTROPOS	Tratamiento psicotropo
HOSPITALARIO	El medicamento sólo se puede recoger en un centro hospitalario

Si el proceso está sujeto a un proceso de visado, el estado de este proceso se describe en el elemento `subjectOf2/approval` (definido en el apartado de elementos comunes).

Los atributos especiales de producto como el indicador de “genérico”, “dispensable”, “cronogramable”, se informan en estructuras `subjectOf3/characteristic` (descritas en el apartado de elementos comunes).

- **Autor de la prescripción**

Descrito en un elemento `<author>` definido en el apartado de elementos comunes.

- **Ubicación de dispensación**

La ubicación donde se debe dispensar el producto se indica en el elemento `location/serviceDeliveryLocation`, descrito en apartado de elementos comunes. Esta información sólo será útil cuando se refiera a dispensaciones en centros hospitalarios.

- **Diagnóstico**

Descrito en un elemento `<reason>` definido en el apartado de elementos comunes. Cuando la consulta provenga de un sistema de farmacia y el nivel de confidencialidad sea alto, el valor del diagnóstico se enviará enmascarado:

```
<value nullFlavor="MSK"/>
```

- **Cobertura especial**

En caso de una cobertura especial, se detalla en el elemento `<coverage>`. Este elemento permite indicar que el proceso está cubierto por un garante específico.

En el caso de los accidentes de tráfico, se indica a través del siguiente elemento estructural:

```
<coverage>
  <coverageProcess moodCode="EVN">
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.5"/>
    <author>
      <underwriter>
        <id/>
        <underwritingOrganization>
          <name>INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social)</name>
        </underwritingOrganization>
      </underwriter>
    </author>
  </coverageProcess>
</coverage>
```

- **Dispensaciones**

Cada dispensación se detalla en un elemento *inFulfillmentOf / supplyEvent*, descrito en la sección de elementos comunes.

- **Posología y frecuencia de administración**

Esta información se envía en el elemento *component4/dosageInstruction* descrito en el apartado de elementos comunes.

- **Crédito**

Cada crédito disponible se envían en un elemento *component2/ supplyRequest* Las descripción de estos elementos puede encontrarse en el apartado de elementos comunes.

De todo el cronograma, esta consulta sólo informa de los créditos inmediatamente siguientes.

- **Fecha de revisión**

La fecha de revisión del tratamiento se indica en el elemento *subjectOf6/review*, definida en el apartado de elementos comunes.

- **Indicador de aguda o crónica**

La condición general de duración de tratamiento se expresa en el elemento `componentOf/drugUseWorkingListEvent`, definido en el conjunto de elementos comunes.

3.5.6. Mensaje PORX_IN020160UV dispensación]

[Notificación de

Evento disparador

Este mensaje se envía cuando en una oficina de farmacia se ha realizado una dispensación sobre una prescripción.

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN020160UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es:

```
<PORX_IN020160UV xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera de mensaje)
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
    (Datos de control)
    <subject typeCode="SUBJ">
      <combinedMedicationDispense classCode="SPLY" moodCode="EVN">
        <subject typeCode="SBJ">
          (Datos de paciente)
        </subject>
        <performer typeCode="DIST">
          (Farmacéutico que ha realizado la dispensación)
        </performer>
        <inFulfillmentOf1 typeCode="FLFS">
          (Prescripción asociada)
        </inFulfillmentOf1>
        <component1 typeCode="COMP">
          (Posibles diligencias de sustitución)
        </component1>
        <component3 typeCode="COMP">
          <supplyEvent classCode="SPLY" moodCode="EVN">
            (Detalles del acto de dispensación)
          </supplyEvent>
        </component3>
      </combinedMedicationDispense>
    </subject>
  </controlActProcess>
</PORX_IN020160UV>
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En este mensaje, esta capa contiene los diferentes elementos de auditoría definidos en la sección de elementos comunes.

La información de la dispensación realizada se detalla en un elemento *<subject>*.

Capa de datos

La carga de datos útiles se detalla en un elemento *<subject>*, con información de la dispensación realizada. La estructura es la siguiente:

```
<subject typeCode="SBJ">
  <patient classCode="PAT">
    (Datos de paciente)
  </patient>
</subject>
<performer typeCode="DIST">
  (Farmacéutico)
</performer>
<inFulfillmentOf1 typeCode="FLFS">
  (Prescripción)
</inFulfillmentOf1>
<component1 typeCode="COMP">
  <substitutionPermission classCode="SUBST" moodCode="EVN">
    (Sustitución)
  </substitutionPermission>
</component1>
<component3 typeCode="COMP">
  <supplyEvent classCode="SPLY" moodCode="EVN">
    (Dispensación)
  </supplyEvent>
</component3>
</combinedMedicationDispense>
</subject>
```

Los elementos que se pueden encontrar en una prescripción son los siguientes:

- **Identificador del paciente**

La identificación del paciente (a través de su CIP) se realiza a través del elemento *<subject>*, descrito en la sección de elementos comunes.

- **Identificador del farmacéutico**

La identificación del profesional que ha realizado la dispensación se detalla en elemento *<performer>* detallado en el apartado de elementos comunes.

- **Detalle de la prescripción**

En el elemento *inFulfillmentOf1/ combinedMedicationRequest* describe

```
<inFulfillmentOf1 typeCode="FLFS">
  <combinedMedicationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
    <!-- Identificador de la prescripción bajo la que se produce la dispensación -->
    <!-- Identificador unico de la prescripcion (el root y el extension dependen del sistema que genera la
prescripción-->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.1.170989078.100.1.10.9"
extension="IDENTIFICADOR_UNICO_PRESCRIPCION"/>
  </combinedMedicationRequest>
</inFulfillmentOf1>
```

Este mensaje sólo informa del identificador de la prescripción en el elemento *inFulfillmentOf1/ combinedMedicationRequest/id*

- **Diligencia de sustitución**

En caso que haya sido necesario realizar una sustitución, es necesario informar de la misma a través de un elemento *component1/ substitutionPermission*

```
<component1 typeCode="COMP">
  <substitutionPermission classCode="SUBST" moodCode="EVN">
    <!-- Tipo de sustitución: "G" la única sustitución permitida es entre productos con el mismo
Principio activo-->
    <code code="G" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1070"/>
    <!-- Motivo de sustitución -->
    <reasonCode code="OTH" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13">
      <originalText>Texto adicional que quiera incluir, obligatorio para "Otros"</originalText>
    </reasonCode>
  </substitutionPermission>
</component1>
```

El motivo de sustitución se indica en el elemento *reasonCode/@code*

Si es necesario añadir algún comentario adicional se realiza a través del elemento *reasonCode/originalText*

- **Dispensación**

La información de dispensación se envía en el elemento *component3 / supplyEvent*

Además de la información general descrita en el apartado de elementos comunes, este mensaje envía información adicional:

- Identificador del crédito asociado. Se refiere al identificador del crédito que ha consumido.

```
<!-- Identificador del crédito -->
```

```
<sacyl:supplyRequestId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.9.2" extension="identificador_credito"/>
```

- Identificador de la hoja de cupón precinto

```
<sacyl:dispenseSheetId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.5" extension="CODIGO_EAN_DISPENSACION" />
```

- Datos económicos relativos a la dispensación, en el elemento *subjectOf5/valuedItem*. Este elemento está descrito en el apartado de elementos comunes.
- Persona que recoge la medicación (en caso de productos especiales que requieran este registro como los psicótopos), En le elemento *receiver/assignedPerson/ id*

```
<receiver typeCode="RCV">  
  <assignedPerson classCode="ASSIGNED">  
    <!-- NIF de la persona que recoge el producto -->  
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="24270670K"/>  
  </assignedPerson>  
</receiver>
```

- Datos de la oficina de farmacia donde se ha producido la dispensación:

```
<destination typeCode="DST">  
  <serviceDeliveryLocation classCode="SDLOC">  
    <!-- Identificador único de la Oficina de Farmacia que ha hecho la dispensación -->  
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.26" extension="234.3" />  
    <!--Tipo de centro (bajo la HealthcareProviderTaxonomyHIPAA )  
    http://www.adldata.com/Downloads/Glossaries/taxonomy_80.pdf  
    3336C0003X Oficina de farmacia  
    3336I0012X Farmacia hospitalaria -->  
    <code code="3336C0003X" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.53"  
    displayName="Oficina de Farmacia"/>  
  </serviceDeliveryLocation>  
</destination>
```

- Código destination/ serviceDeliveryLocation/@extension
- Tipo de centro, en destination/ serviceDeliveryLocation/@code

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
3336C0003X	Oficina de Farmacia
3336I0012X	Farmacia Hospitalaria

3.5.7. Mensaje PORX_IN020150UV [Cancelación de dispensación]

Evento disparador

Este mensaje se envía cuando en una oficina de farmacia se debe anular una dispensación previamente notificada .

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN020150UVxsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es:

```
<PORX_IN020150UV xmlns="urn:hl7-org:v3" ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera)
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="RQ0">
    <subject typeCode="SUBJ">
      <controlActEvent>
        (Datos de la dispensación anulada)
        <subject>
          (Identificación del paciente)
        </subject>
      </controlActEvent>
    </subject>
  </controlActProcess>
</PORX_IN020150UV>
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

La capa de control, además de los elementos de auditoría y el elemento <subject> con la

información de la dispensación a anular, contiene los siguientes elementos, específicos de la anulación:

```
<!-- Descripción motivo anulación -->
<text>Motivo de la anulación</text>

<!-- Código motivo anulación -->
<reasonCode code="CODIGO_MOTIVO_ANULACION"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.11"/>
```

- Código de motivo de anulación, en el atributo reasonCode/@code
- Detalle de la anulación en el elemento text

Capa de datos

La carga de datos útiles se detalla en un elemento <subject>, con información de la dispensación a anular. La estructura es la siguiente:

```
<subject typeCode="SUBJ">
  <controlActEvent>
    <!-- Identificador único de la dispensación a anular -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.3" extension="234"/>
    <!-- Identificación del paciente a quien está asignada la dispensación -->
    <subject>
      <patient classCode="PAT">
        <!-- CIP del paciente -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.1" extension="KASDF3243243"/>
        <!--Identificador de la hoja de tratamiento (en caso que el CIP se haya digitado) -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.8.4" extension="234234324"/>
      </patient>
    </subject>
  </controlActEvent>
</subject>
```

Los elementos que se pueden encontrar en una prescripción son los siguientes:

- **Identificador de la dispensación a anular**

El elemento <id> contiene dicha información.

- **Datos del paciente**

La identificación del paciente sobre el que se realiza la dispensación se indica en el elemento <subject>, descrito en la sección de elementos comunes.

4. Perfil de Mensajes “Gestión de catálogo”.

4.1. Descripción del escenario

Este conjunto de eventos se relaciona con los actos relativos a los servicios ofrecidos por un catálogo de productos admisibles de ser prescritos en un proyecto de receta electrónica:

- Creación de una nueva prescripción.
- Modificación, cambio o cancelación de una prescripción.
- Bloqueo o desbloqueo de una prescripción.
- Consultas sobre las prescripciones de un paciente, así como del historial de las mismas.
- Notificaciones de dispensación, o anulación de las mismas.

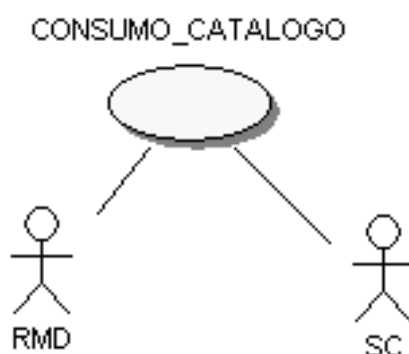
Este escenario sólo recoge transacciones entre sub-sistemas del sistema de salud de Sacyl, no se trata de servicios ofrecidos directamente a oficinas de farmacia.

4.2. Actores

Los actores de este escenario son todos ellos parte del sistema de información del servicio de salud de Sacyl. Este perfil no cubre las interacciones definidas con los sistemas de información de las oficinas de farmacia (este escenario se trata en el perfil “gestión de dispensación”).

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SACYL [SC]	Cualquier sistema de información que en Sacyl esté habilitado para realizar consultas al catálogo de REMEDIOS.
CATÁLOGO REMEDIOS [RMD]	Sistema responsable del catálogo de productos que intervienen en el circuito de receta electrónica.

4.3. Caso de uso.



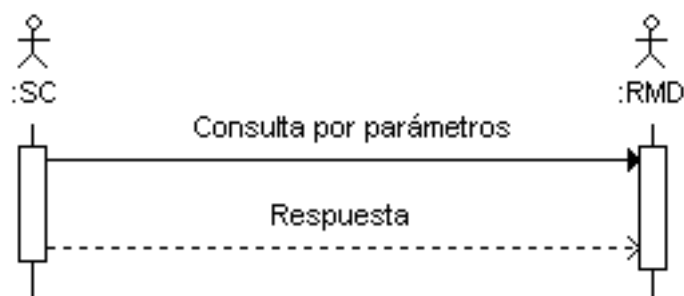
4.3.1. Mensajes.

MENSAJE	EVENTO	ORIGEN	DESTINO
POME_IN010050UV	Consulta de un producto	*	RMD
POME_IN010060UV	Respuesta de un producto	RMD	*
POME_IN010070SACYL	Consulta de productos por familia	*	RMD
POME_IN010080SACYL	Respuesta de productos por familia	RMD	*
POME_IN05010SACYL	Consulta de validez de dispensación	SGD	RMD
POME_IN010080SACYL	Nivel de validez de la dispensación	RMD	SGD

4.4. Definición dinámica.

4.4.1. Diagrama de interacción.

A continuación se muestra un diagrama de interacción para el flujo normal. Todas las interacciones definidas se basan en consultas (en base a parámetros) lanzadas por los sistemas que son respondidas con los registros coincidentes por el sistema de REMEDIOS.



4.5. Definición estática de mensajes.

La definición exacta de la composición del mensaje puede encontrarse en los documentos anexos a éste.

Los ejemplos XML ofrecen una plantilla válida para la constitución del mensaje.

Los documentos excell permiten asociar la información con su ubicación en el mensaje.

4.5.1. Mensaje POME_IN010050UV [Consulta sobre un producto]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando se desea consultar la información sobre un determinado producto.

Estructura

El mensaje sigue el esquema POME_IN010050UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

El mensaje sigue una estructura “consultar por parámetro”

```

< POME_IN010050UV xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera)
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  (Datos de registro de auditoría)
    <queryByParameter>
    (Datos de la consulta)
    </queryByParameter>
  </controlActProcess>
</ POME_IN010050UV >
  
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene todos los datos descritos en la sección de elementos comunes para garantizar una trazabilidad de los accesos.

Capa de datos

La carga de útil de este mensaje son los parámetros de consulta, definidos en la estructura “queryByParameter”:

```
<parameterList>
  <drugCode>
    <!--
      Datos de consulta: Código del medicamento. El codeSystem indica por qué se está preguntando
      Consulta por producto:
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11    Código de producto en Remedios
      2.16.840.1.113883.2.19.30.2          Código de producto en Nomenclator
      Consulta por CPA:
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9   idRp (Identificador de Remedios del CPA)
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13  Código (de Remedios del CPA          -->
    <value code="345" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11"/>
  </drugCode>
</parameterList>
</queryByParameter>
```

Los parámetros definidos son los siguientes:

- Identificador de la consulta [queryByParameter/ queryId]
- Producto sobre el que se consulta. Se trata del atributo drugCode/code/@code. El atributo @codeSystem indica con que tabla se está trabajando.

4.5.2. Mensaje MENSAJE POME_IN010060UV [Respuesta a consulta de un producto]

Evento disparador

Este mensaje se envía como respuesta a la consulta POME_IN010050UV

Estructura

El mensaje sigue el esquema PORX_IN010060UV.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es:

```
<PORX_IN010060UV xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera)
  <acknowledgement>(Datos de ACK) </acknowledgement>
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
    <subject typeCode="SUBJ">
      <target >
        ( Datos del producto)
      </target>
    </subject>
    <queryAck>
      (Datos de control de consulta)
    </queryAck>
  </controlActProcess>
</PORX_IN010060UV >
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común. Al tratarse de una respuesta a una consulta incorpora un elemento *<acknowledgement>*, también descrito en dicha sección.

Capa de control

Esta capa contiene un elemento *<subject>* con la información del producto que cumple las condiciones de la búsqueda –si hay alguno que las cumpla-

Esta capa contiene también un elemento de control de la consulta *<queryAck>* descrito en el documento de elementos comunes, con la información de los registros encontrados, así como

de cualquier error producido en la consulta.

Capa de datos

La carga de datos útiles se concentra en un elemento <subject>, con información del producto que coincide con los parámetros de búsqueda (si es que existe).

La estructura un producto es la siguiente:

```
<subject typeCode="SUBJ">
  <target classCode="ADMM">
    <administerableMedicine determinerCode="KIND"> (Descripción del producto)
  </administerableMedicine>
    <subjectOf1 typeCode="SBJ">
      <monitoringProgram> (Gestión especial) </monitoringProgram>
    </subjectOf1>
    <subjectOf2>
      <ValuedItem classCode="INVE" moodCode="DEF"> (Datos de facturación) </ValuedItem>
    </subjectOf2>
    <subjectOf3 typeCode="SBJ"> (Atributo) </subjectOf3>
    <subjectOf5>
      <sacyl:detectedIssue> (Alertas farmacológicas) </sacyl:detectedIssue>
    </subjectOf5>
    <subjectOf7 typeCode="SBJ">
      <approval classCode="CNTRCT" moodCode="EVN"> ( Indicador de necesidad de visado)
    </approval>
    </subjectOf7>
    <consumedIn>
      <administrationGuideline> (Posible Vía de administración ) </administrationGuideline>
    </consumedIn>
    <consumedIn>
      <administrationGuideline> (Posible Vía de administración ) </administrationGuideline>
    </consumedIn>
  </target>
</subject>
```

Los elementos que se pueden encontrar en una prescripción son los siguientes:

- **Descripción del producto**

El producto prescrito se envía en elemento *target/ administerableMedicine*, descrito en el apartado de elementos comunes.

Adicionalmente, el elemento target contiene información adicional sobre el producto:

- **Política de gestión especial,**

En el elemento subjectOf/ monitoringProgram /code/@code

```
<subjectOf1 typeCode="SBJ">
  <monitoringProgram>
    <code code="NORMAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.8"/>
  </monitoringProgram>
</subjectOf1>
```

Los valores posibles son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Política Normal
ESTUPEFACIENTE	Tratamiento estupefaciente
PSICOTROPOS	Tratamiento psicotropo
HOSPITALARIO	El medicamento sólo se puede recoger en un centro hospitalario

- **Datos de facturación**

Los datos específicos a tener en cuenta en la facturación se incluyen en el elemento *subjectOf3/characteristic* descrito en la sección de elementos comunes.

En este mensaje no se incluye información de la cobertura del paciente ya que no existe.

- **Atributos especiales**

Los atributos especiales de producto como el indicador de “genérico”, “dispensable”, “cronogramable”, se informan en estructuras *subjectOf3/characteristic* (descritas en el apartado de elementos comunes).

- **Vía de administración posible**

Cada una de las posibles vías de administración se define en un elemento *consumedIn/administrationGuideline*

```

<consumedIn>
  <administrationGuideline>
    <code code="RMD"/>
    <routeCode code="codigo_via_1" displayName="descripcion_via"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.2.30.2" />
    <author>
      <assignedEntity>
        <assignedOrganization>
          <name>Sacyl</name>
        </assignedOrganization>
      </assignedEntity>
    </author>
  </administrationGuideline>
</consumedIn>

```

La guía se codifica a través del elemento `administrationGuideline/routeCode/@code`

- **Vía de administración posible**

Cada una de las alertas se definen en un elemento `subjectOf5/ sacyl:detectedIssue>`

```

<subjectOf5>
  <sacyl:detectedIssue>
    <!-- Tipo de alerta
      CALIDAD
      FARMACOLOGICA
    -->
    <sacyl:code code="FARMACOLOGICA" />
    <!-- Fechas de inicio y fin -->
    <sacyl:effectiveDate>
      <sacyl:low value="20101120"/>
      <sacyl:high value="20121120"/>
    </sacyl:effectiveDate>
    <sacyl:prescriptionEndDate value="20101120"/>
    <sacyl:reference>Referencia</sacyl:reference>
    <sacyl:description>Descripción de la alerta</sacyl:description>
    <sacyl:recomendation>Recomendaciones</sacyl:recomendation>
    <sacyl:url>URL</sacyl:url>
  </sacyl:detectedIssue>
</subjectOf5>

```

El elemento es una extensión particular de Sacyl ya que aún no se incluye en el modelo de datos de V3.

- **Necesidad de Visado**

Si el proceso está sujeto a un proceso de visado ,el estado de este proceso se describe en el elemento *subjectOf7/approval* (definido en el apartado de elementos comunes).

4.5.3. Mensaje POME_IN010070SACYL [Consulta sobre una familia de productos]

Evento disparador

El mensaje se envía cuando se desea consultar la información sobre una familia de productos. Concretamente las consultas posibles son por la recuperación de todas las marcas validas para un Conjunto de Sustitución de un Principio Activo, o para todos las marcas que pertenecen al mismo grupo de sustitución de una dada.

Estructura

El mensaje sigue el esquema POME_IN010070SACYL.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell “relación_datos.xls” adjunto también a este documento.

El mensaje sigue una estructura “consultar por parámetro”

```
< POME_IN010070SACYL xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera)
  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
  (Datos de registro de auditoría)
    <queryByParameter>
    (Datos de la consulta)
    </queryByParameter>
  </controlActProcess>
</ POME_IN010070SACYL >
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común.

Capa de control

En esta interacción la capa de evento contiene todos los datos descritos en la sección de elementos comunes para garantizar una trazabilidad de los accesos.

Capa de datos

La carga de útil de este mensaje son los parámetros de consulta, definidos en la estructura "queryByParameter":

```
<queryByParameter>
  <!-- Identificador único de la consulta en el sistema consultor (PSD) -->
  <queryId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.10.2" extension="321"/>
  <statusCode code="new"/>
  <parameterList>
    <!--
      Consulta por conjunto de intercambio de principio activo (CPA)
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9 idRp (Identificador de Remedios del CPA)
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.13 Código (de Remedios del CPA
    -->
    <GDSFPGGroup>
      <value code="345" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.9"/>
    </GDSFPGGroup>

    <!-- En caso de preguntar por un conjunto de sustitución (para un producto)

    <SubstitutionGroup>
      Datos de consulta: Código del medicamento
      2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11 Código de producto en Remedios
      '2.16.840.1.113883.2.19.30.2 Código de producto en Nomenclator

      <value code="345" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.11"/>
    </SubstitutionGroup>
  -->
  </parameterList>
</queryByParameter>
```

Los parámetros definidos son los siguientes:

- Identificador de la consulta [queryByParameter/ queryId]

La consulta permite 2 modalidades:

- Consulta por Principio de intercambio de principio activo (CPA). Se enviará el id del CPA del que se quieren obtener los productos que lo forman en el elemento GDSFPGGroup/value/@code.

- Consulta del grupo de sustitución de un producto. En este caso se consulta el todo el conjunto de equivalentes al que pertenece una marca comercial, enviando el ID de dicha marca en el elemento SubstitutionGroup/value/@code.

4.5.4. Mensaje POME_IN010080SACY [Respuesta a consulta de una familia de productos]

Evento disparador

Este mensaje se envía como respuesta a la consulta POME_IN010070SACYL

Estructura

El mensaje sigue el esquema POME_IN010080SACY.xsd (enviado como anexo al documento). La relación de datos se puede encontrar en el fichero excell "relación_datos.xls" adjunto también a este documento.

La estructura del mensaje es:

```
< POME_IN010080SACY xmlns="urn:hl7-org:v3"
  xmlns:sacyl="http://sanidad.jcyl.es/estandaresIntegracion"
  ITSVersion="XML_1.0">
  (Datos de cabecera)
  <acknowledgement>(Datos de ACK) </acknowledgement>

  <controlActProcess classCode="CACT" moodCode="EVN">
    <subject typeCode="SUBJ">
      <target >
        ( Datos de un producto)
      </target>
    </subject>
    <subject typeCode="SUBJ">
      <target >
        ( Datos de otro producto)
      </target>
    </subject>

    <queryAck>
      (Datos de control de consulta)
    </queryAck>
  </controlActProcess>
</ POME_IN010080SACY >
```

Capa de mensajería

La capa de mensajería es idéntica a la común. Al tratarse de una respuesta a una consulta incorpora un elemento `<acknowledgement>`, también descrito en dicha sección.

Capa de control

Esta capa contiene un elemento `<subject>` con la información del producto que cumple las condiciones de la búsqueda –si hay alguno que las cumpla-

Esta capa contiene también un elemento de control de la consulta `<queryAck>` descrito en el documento de elementos comunes, con la información de los registros encontrados, así como de cualquier error producido en la consulta.

Capa de datos

La carga de datos útiles se divide en diferentes elementos `<subject>`, cada uno de ellos con información de un producto que coincide con los parámetros de búsqueda.

La estructura un producto es la siguiente:

```
<subject typeCode="SUBJ">
  <target classCode="ADMM">
    <administerableMedicine determinerCode="KIND"> (Descripción del producto)
  </administerableMedicine>
    <subjectOf1 typeCode="SBJ">
      <monitoringProgram> (Gestión especial) </monitoringProgram>
    </subjectOf1>
    <subjectOf2>
      <ValuedItem classCode="INVE" moodCode="DEF"> (Datos de facturación) </ValuedItem>
    </subjectOf2>
    <subjectOf3 typeCode="SBJ"> (Atributo) </subjectOf3>
    <subjectOf5>
      <sacyl:detectedIssue> (Alertas farmacológicas) </sacyl:detectedIssue>
    </subjectOf5>
    <subjectOf7 typeCode="SBJ">
      <approval classCode="CNTRCT" moodCode="EVN"> ( Indicador de necesidad de visado)
    </approval>
    </subjectOf7>
    <consumedIn>
      <administrationGuideline> (Posible Vía de administración ) </administrationGuideline>
    </consumedIn>
```

```

    <consumedIn>
      <administrationGuideline> (Posible Vía de administración ) </administrationGuideline>
    </consumedIn>
  </target>
</subject>

```

Los elementos que se pueden encontrar en una prescripción son los siguientes:

- **Descripción del producto**

El producto prescrito se envía en elemento *target/ administrableMedicine*, descrito en el apartado de elementos comunes.

Adicionalmente, el elemento target contiene información adicional sobre el producto:

- **Política de gestión especial,**

En el elemento subjectOf/ monitoringProgram /code/@code

```

<subjectOf1 typeCode="SBJ">
  <monitoringProgram>
    <code code="NORMAL" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.100.10.8"/>
  </monitoringProgram>
</subjectOf1>

```

Los valores posibles son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
NORMAL	Política Normal
ESTUPEFACIENTE	Tratamiento estupefaciente
PSICOTROPOS	Tratamiento psicotropo
HOSPITALARIO	El medicamento sólo se puede recoger en un centro hospitalario

- **Datos de facturación**

Los datos específicos a tener en cuenta en la facturación se incluyen en el elemento *subjectOf3/characteristic* descrito en la sección de elementos comunes.

En este mensaje no se incluye información de la cobertura del paciente ya que no existe.

- **Atributos especiales**

Los atributos especiales de producto como el indicador de “genérico”, “dispensable”, “cronogramable”, se informan en estructuras `subjectOf3/characteristic` (descritas en el apartado de elementos comunes).

- **Vía de administración posible**

Cada una de las posibles vías de administración se define en un elemento `consumedIn/administrationGuideline`

```
<consumedIn>
  <administrationGuideline>
    <code code="RMD"/>
    <routeCode code="codigo_via_1" displayName="descripcion_via"
codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.2.30.2" />
    <author>
      <assignedEntity>
        <assignedOrganization>
          <name>Sacyl</name>
        </assignedOrganization>
      </assignedEntity>
    </author>
  </administrationGuideline>
</consumedIn>
```

La guía se codifica a través del elemento `administrationGuideline/routeCode/@code`

- **Vía de administración posible**

Cada una de las alertas se definen en un elemento `subjectOf5/sacyl:detectedIssue`

```
<subjectOf5>
  <sacyl:detectedIssue>
    <!-- Tipo de alerta
      CALIDAD
      FARMACOLOGICA
    -->
    <sacyl:code code="FARMACOLOGICA" />
    <!-- Fechas de inicio y fin -->
    <sacyl:effectiveDate>
      <sacyl:low value="20101120"/>
      <sacyl:high value="20121120"/>
    </sacyl:effectiveDate>
    <sacyl:prescriptionEndDate value="20101120"/>
    <sacyl:reference>Referencia</sacyl:reference>
```



```
<sacyl:description>Descripción de la alerta</sacyl:description>  
<sacyl:recommendation>Recomendaciones</sacyl:recommendation>  
<sacyl:url>URL</sacyl:url>  
</sacyl:detectedIssue>  
</subjectOf5>
```

El elemento es una extensión particular de Sacyl ya que aún no se incluye en el modelo de datos de V3.

- **Necesidad de Visado**

Si el proceso está sujeto a un proceso de visado ,_el estado de este proceso se describe en el elemento *subjectOf7/approval* (definido en el apartado de elementos comunes).

5. Perfil de Mensajes “Gestión de dispensación”.

5.1. Descripción del escenario

Este conjunto de eventos se relaciona con los servicios ofrecidos a los sistemas de información de las oficinas de farmacia desde el sistema de salud de Sacyl:

- Consultas de dispensaciones.
- Propuesta de Notificación de dispensación.
- Solicitud de anulación de dispensación.

5.2. Actores

ACTOR	DESCRIPCIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE DISPENSACIÓN [SGD]	Sistema responsable de validar las dispensaciones realizadas por los sistemas dispensadores (sistemas de las oficinas de farmacia)
ESTACIÓN DISPENSADORA [DIS]	Sistemas de información de las oficinas de farmacia, que notifican de las dispensaciones al sistema de gestión de dispensación.

5.3. Caso de uso.

Este caso de uso está previsto para ser desarrollado en una próxima fase del proyecto de receta electrónica.

ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE POSOLOGÍA EN HL7 V3

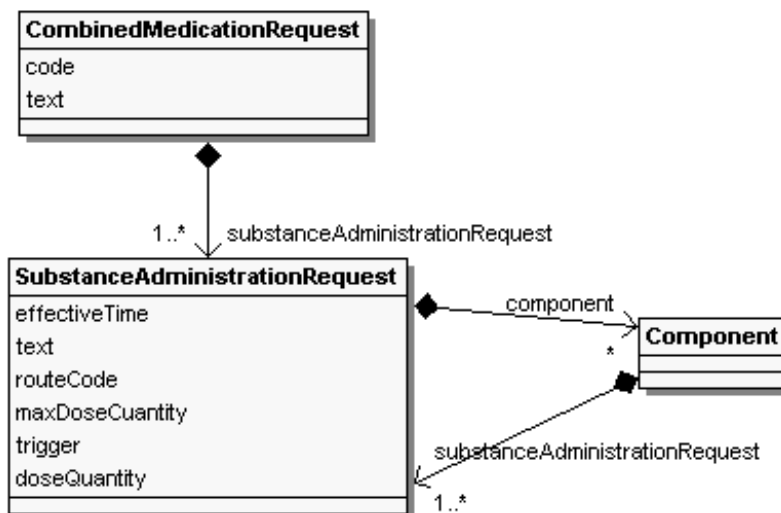
EL modelo de posología de HL7 v3 es bastante potente, pues está pensado para tratamientos hospitalarios como ambulatorios. En este documento se va a limitar al detalle de los tratamientos ambulatorios

Aunque HL7V3 define formatos de intercambio, estos formatos se basan en el modelado de la realidad sanitaria a través de un conjunto de clases. Por eso este documento hace referencia a ellas antes de detallar la sintaxis HL7.

5.1. Modelo

La definición de una prescripción se realiza a través de la clase “*CombinedMedicationRequest*”, que identifica el producto recetado (code y text). Toda prescripción lleva asociado la definición de la posología a través de varios elementos “*substanceAdministrationRequest*”.

Cada *substanceAdministrationRequest* permite realizar una asociación entre una cantidad a consumir y los instantes en el tiempo donde realizar estos consumos. Relaciones complejas de consumos se realizan a través de la clase “*component*” que permite relacionar clases *substanceAdministrationRequest*.



Cada elemento *substanteAdministationRequest*, permite definir:

- La serie temporal que define, a través de “*effectiveTime*”
- Un texto que lo describa de forma narrativa (*text*)
- La cantidad a la que se refiere la serie temporal (*doseQuantity*)

- La cantidad máxima, en las prescripciones en las que se admita cierta variabilidad. (*maxDoseQuantity*). En estos tratamiento se definirá la variabilidad a través de un evento.
- Evento asociado, a través del elemento trigger. Esto permite describir prescripciones tales como “si precisa.”.

Para definir una posología, se hará de la siguiente manera:

- 1) Se descompondrá en elementos que se refieren a una misma cantidad y serie temporal.
Así, por ejemplo, la posología “1 comprimido por la mañana, 2 comprimidos por la noche, y otro más si precisa, se descompondrá
“1 comprimido cada mañana”
“2 comprimidos todas las noches”.
“1 comprimido diario si precisa”.
- 2) Cada elemento definido anteriormente se define en un elemento “substanceAdministrationRequest. En dicho elemento se indicará en “doseQuantity” la cantidad, y en effectiveTime la secuencia temporal.

No será necesario utilizar la composición en más niveles a través del elemento “component”.

A continuación se define cómo describir las cantidades y las secuencias temporales.

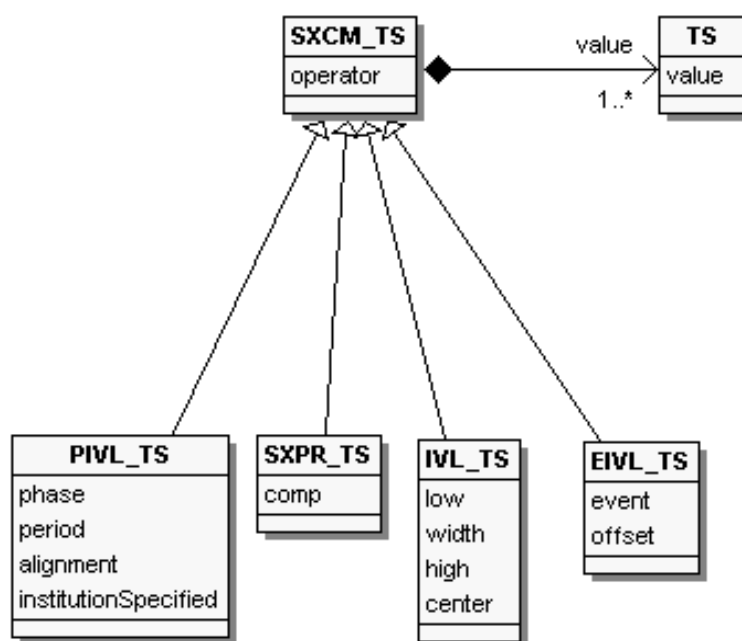
5.2. Descripción de cantidades

La cantidad se describe a través de los elementos:

- **doseQuantity**, Cantidad a administrar. Se refiere siempre a las unidades de administración del producto recetado, pero en caso que estas no existan, tienen un atributo “unit” que permite indicar la unidad en unidades del Sistema Internacional (mg, ml, etc.)
- **maxDoseQuantity**: Cantidad máxima a administrar, en un tiempo máximo. Este dato permitirá definir elementos adicionales a la posología como “hasta un máximo de 10 pastillas cada 24 horas”. Siempre que aparezca deberá estar ligado a un elemento de juicio definido por un *trigger*.

5.3. Descripción de tiempos

Los tiempos se definen a través de un conjunto de clases que especializan una clase principal “SXCM_TS”



5.3.1. Momento en el tiempo (TS)

Esta clase (TS) consiste en un valor que refleja un momento en el tiempo. Este campo tiene la forma “AAAAMMDDHHMMSSsss”

- AAAA: Año, en formato de 4 dígitos.
- MM, Mes, comenzando por 1, en formato de 2 dígitos.
- DD, Día del mes, comenzando por 1, en formato de 2 dígitos.
- HH, Hora del día, en formato de 2 dígitos y en 24h, comenzando por 0.
- MM, Minutos de la hora del día, en formato de 2 dígitos.
- SS, Segundos de los minutos de la hora del día, en formato de 2 dígitos.
- sss, milsegundos.

El formato permite describir el momento hasta que se conozca. Así por ejemplo si sólo se conoce el año el valor será AAAA, si se conoce el año y mes AAAAMM, etc.

Su formato en XML es a través del atributo “@value” de un elemento con este tipo de datos.

Ej: 2009

```
<effectiveTime value="2009"/>
```

Ej: 02/12/2009

```
<effectiveTime value="20091202"/>
```

5.3.2. Cantidad física (TQ)

Este clase (PQ) permite definir una magnitud física indicando su módulo y las unidades en las que está expresada.

EL valor numérico se indica en un atributo @value de un elemento con este tipo de datos. Las unidades, en un elemento @unit, y deberán seguir la nomenclatura del Sistema Internacional definidas por el catálogo UCUM.

Ej: 24 horas

```
<width value="24" units="h" />
```

Las unidades de tiempo UCUM más usadas, se muestran en la siguiente tabla:

código	DESCRIPCIÓN
ps	PicoSecond
ns	NanoSecond
us	MicroSecond
ms	MilliSecond
s	Second

ks	KiloSecond
Ms	Megasecond
min	Minute
h	Hour
d	Day
wk	Week
mo	Month
a	Year

5.3.3. Momento en el tiempo compuestos (SXCM_TS)

Este clase (SXCM_TS) consiste en un conjunto de valores de Timestamp (TS), y un operador, de la siguiente tabla

CÓDIGO	TEXTO	DESCRIPCIÓN
A	Intersección	Se refiere a la intersección con el resto de series temporales.
E	Exclusión	Debe excluirse del resto de series temporales.
H	Rango de cobertura (No aplica)	Este rango define el rango de menor tamaño que cubre todas las series temporales.
I	Inclusión	Esta serie temporal debe ser incluida en el resto.
P	Periódico (No aplica)	Esta serie temporal es periódica.

Los únicos niveles de operación que se van a trabajar en este escenario serán “**A**” (Intersección) “**I**” (Inclusión) y “**E**” (Exclusión).

Junto a esta, existen varias clases especializadas:

5.3.4. Rango temporal (IVL_TS)

Permite definir un intervalo temporal concreto: por ejemplo en tre el 3 y el 10 de abril de 2011. Para definirlo tiene 4 atributos: low, high, center y width, de los 4 con sólo 2 define el rango temporal.

Ejemplo “El 4 de diciembre de 2000 entre las 10:00 y las 10:30”:

```
<effectiveTime>  
  <low value='200012041000' />  
  <high value='200012041030' />  
</effectiveTime>
```

5.3.5. Intervalo relacionado con un evento (EIVL_TS)

Esta clase permite definir un evento periódico, en base a un “evento” conocido.

Los eventos definidos son:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
AC	Antes de la comida (ante cibus)
ACD	Después del almuerzo(ante cibus diurnus)
ACM	Antes del desayuno (ante cibus matutinus)
ACV	Antes de la cena (ante cibus vespertinus)
C	Comida (Cibus)
CM	Desayuno (cibus matutinus)
CV	Cena (Cibus vespertinus)
HS	A la hora de dormir
IC	Entre comidas (inter cibus)
ICD	Entre el almuerzo y la cena
ICM	Entre el desayuno y el almuerzo
ICV	Entre la cena y la hora de acostarse
PC	Después de la comida (post cibus)
PCD	Después del almuerzo (post cibus diurnus)
PCM	Después del desayuno (post cibus matutinus)
PCV	Después de la cena (post cibus vespertinus)

El elemento “offset”, es similar a un rango temporal (IVL_TS), pero en este caso el rango no

es absoluto: es decir, no entre dos fechas, sino un intervalo no fijado en el tiempo como “10 minutos”. Este atributo permite definir por un lado el momento en el tiempo en base al evento (por ejemplo, media hora después de desayunar), así como la duración del evento (“durante 19 minutos”).

Así, por ejemplo “una hora antes de desayunar durante 10 minutos), El atributo “low” del offset será 1 hora, y el “width” 10 minutos.

```
<effectiveTime xsi:type='EIVL_TS'>
  <event code='ACM' codeSystem='2.16.840.1.113883.5.139'/>
  <offset>
    <low value='1' unit='h'/>
    <width value='10' unit='min'/>
  </offset>
</effectiveTime>
```

Y “media hora después de la cena”:

```
<effectiveTime xsi:type='EIVL_TS'>
  <event code='PCV' codeSystem='2.16.840.1.113883.5.139'/>
  <offset>
    <center value='30' unit='min'/>
  </offset>
</effectiveTime>
```

Para el escenario que nos ocupa, siempre supondremos que la administración es instantánea

5.3.6. Intervalo periódico de tiempo (PIVL_TS)

Esta clase, permite definir conjuntos de series temporales “sincronizadas” con un calendario. Esto permite definir expresiones como “El 5 de cada mes”, en vez de “Cada 30 días”. También permite expresar “cada 3 meses”.

Los atributos que forman este elemento son:

- Phase (fase), de tipo IVL_TS. Define un prototipo del periodo que se repite. Es decir, permite expresar cada uno de los elementos que luego va a repetirse más adelante.

- Period (periodo), es la frecuencia de repetición de cada fase.
- Aligment (alineamiento) Es un código que indica un específico alineamiento con el calendario.
- institutionSpecified (tiempos específicos) Atributo booleano, por defecto a “falso”. No aplica para el uso simplificado.

Los valores posibles de “alignement” son:

DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	DÍGITOS	INICIO
Año	CY	4	0
Mes (de un año)	MY	2	1
Mes (continuo ej: “cada 3 meses”)	CM		0
Semana (continuo, ej: “cada 2 semanas”)	CW		0
Semana (relativa al año)	WY	2	1
Día del mes	DM	2	1
Día (continuo ej: “5 días”)	CD		0
Día del año	DY	3	1
Día de la semana (comienza en lunes)	DW	1	1
Hora del día	HD	2	0
Hora (continuo)	CH		0
Minuto	NH	2	0
Minuto (continuo)	CN		0
Segundo	SN	2	0
Segundo (continuo)	CS		0

Esta estructura, en base a la tabla anterior, permite definir expresiones del tipo “El día 5 de cada mes”, o “cada 27 de mayo”, etc. Para el primer caso (“El día 5 de cada mes”) el alineamiento sería “MY” (Mes).

Las columnas adicionales de la tabla fijan:

DÍGITOS: Indica el número de dígitos de la cifra. Así las relativas a los años tienen 4 dígitos, las de los meses (del año) 2.

INICIO. Permite cerrar el número de inicio del primer elemento. Así los meses comienzan en 1 (de 1 a 12) y los días de la semana también (1 a 7), como también los días del año (de 1 a 365-366).

El atributo de alineamiento permite definir la finalidad de esta estructura. Así, si el alineamiento es “MY” (mes del año), y en el elemento phase, el intervalo comienza en abril, entonces el elemento indica que se repite todos los meses de abril. Si por el contrario, el alihn

Ejemplo de “cada 2 horas”

```
<effectiveTime xsi:type='PIVL_TS'>
  <period value='12' unit='h' />
</effectiveTime>
```

Ejemplo de 2 veces al día:

```
<effectiveTime xsi:type='PIVL_TS'>
  <period value='12' unit='h' />
</effectiveTime>
```

Ejemplo de “cada año”, en septiembre (al ser el alineamiento en el mes, el año es irrelevante)

```
<effectiveTime xsi:type='PIVL_TS' alignment='MY'>
  <phase>
    <center value='198709' />
  </phase>
  <period value='1' unit='a' />
</effectiveTime>
```

Ejemplo de “cada año”, el 15 de septiembre. La precisión ahora es de días, por lo que la fecha ahora incluye el día.

```
<effectiveTime xsi:type='PIVL_TS' alignment='MY'>
  <phase>
    <center value='19870915' />
  </phase>
  <period value='1' unit='a' />
</effectiveTime>
```

Ejemplo de “cada mes”, el día 15. En la fase, el año y el mes es indiferente.

```
<effectiveTime xsi:type='PIVL_TS' alignment='DM'>
  <phase>
    <center value='19870915' />
  </phase>
  <period value='1' unit='mo' />
</effectiveTime>
```

Ejemplo de “cada 2 semanas, los sábados” (el 2/12/2000 fue sábado) El año mes y día de la fase son irrelevantes: sólo importa el día de la semana que fue.

```
<effectiveTime xsi:type='PIVL_TS' alignment='DW'>
  <phase>
    <center value=20001202/>
  </phase>
  <period value='2' unit='wk' />
</effectiveTime>
```

Para simplificar el cálculo de los días de la semana, se propone fijar las fechas de la forma siguiente:

DÍA	AAAAMMDD
LUNES	20100201
MARTES	20100202
MIÉRCOLES	20100203
JUEVES	20100204
VIERNES	20100205
SÁBADO	20100206
DOMINGO	20100207

5.3.7. Conjunto de expresiones agrupadas (SXPR_TS)

Este elemento permite relacionar diferentes series temporales, de diferente índole y será la clave para la organización de pautas.

Este elemento tiene 2 o más atributos de tipo “comp”. Cada elemento comp es del tipo SXCM_TS, por lo que permite realizar todas las relaciones posibles.

Permite definir al mismo tiempo la duración de una serie temporal, y la propia serie.

Ejemplo: “Todos los días a mediodía, a partir del 4 de febrero de 2011”.

```
<effectiveTime xsi:type='SXPRTS'>
  <comp xsi:type='IVL_TS'>
    <low value='20110204' />
  </comp>
  <comp xsi:type='PIVL_TS' operator='A'>
    <phase>
      <center value='201102041200' />
    </phase>
    <period value='1' unit='d' />
  </comp>
</effectiveTime>
```

Ejemplo: “4 veces al día”, a partir del 3 de junio de 2011.

```
<effectiveTime xsi:type='SXPRTS'>
  <comp xsi:type='IVL_TS'>
    <low value='20110603' />
  </comp>
  <comp xsi:type='PIVL_TS' operator='A'>
    <period value='6' unit='h' />
  </comp>
</effectiveTime>
```

5.4. Reglas para expresar una pauta

Estas reglas están ajustadas al diseño de pautas de Medora.

En Medora existe la siguiente tipología de definición de pautas. Las “X” indican posibilidad de definición conjunta (Por ejemplo, una pauta normal puede coexistir con una dedición por días de la semana y ser irregular condicionada).

	NORMAL	COMIDAS	HORAS	DÍAS SEMANA	IRREGULAR COND.	IRREGULAR ASC/DESC
NORMAL				X	X	
COMIDAS				X	X	
HORAS				X		
DÍAS SEMANA	X	X	X			
IRREGULAR COND.	X	X	X			
IRREGULAR ASC/DESC						

5.4.1. Expresión de pautas condicionadas.

Toda pauta (a excepción de la irregular ascendente/descendente) puede condicionarse a una determinada situación. En este caso el elemento *substanceAdministrationRequest* deberá incorporar 2 atributos adicionales:

- *maxDoseQuantity*, con la cantidad máxima tolerada, en un rango máximo de tiempo. La cantidad se indicará en *maxDoseQuantity/numerator/@value*, y la duración temporal en el elemento *maxDoseQuantity/denominator*, siendo *@value* la cantidad y *@unit* las unidades del periodo (h para horas, d para días).

Ejemplo: "hasta 5 pastillas cada 24 horas"

```
<maxDoseQuantity>
  <numerator value="5"/>
  <denominator value="24" unit="h"/>
</maxDoseQuantity>
```

- *Trigger*, con la indicación de la condición en el elemento `trigger/observationEventCriterion/text`

```
<trigger typeCode="TRIG">
  <observationEventCriterion classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
    <text>Si precisa, en función del dolor percibido</text>
  </observationEventCriterion>
</trigger>
```

5.4.2. Expresión de pautas normales.

Una pauta normal se define como [CAN_UND] de [TIPO_UND] cada [CANTIDAD_PERIODO] [HORAS/DIAS] Ejemplo: “4 unidades cada 8 horas”.

La cantidad [CAN_UND] expresarán a través del atributo `@value` del elemento “`doseQuantity`”. Por ejemplo, “2 aplicaciones” se expresaría de la siguiente manera:

```
<doseQuantity value="2"/>
```

- El tipo de unidad de administración (TIPO_UND), cuando sean diferentes de los definidos por el código de producto se indicarán en el elemento “`administrationUnitCode/originalText`”, al no estar codificado. Por ejemplo, “aplicaciones” se definirá de la siguiente manera:

```
<administrationUnitCode>
  <originalText>aplicaciones</originalText>
</administrationUnitCode>
```

- El periodo se definirá a través de una clase PIVL_TS, dentro del periodo. La cantidad (CANTIDAD_PERIODO) se definirá en el elemento “`value`” y el tipo de periodo en units (“h” si son horas, y “d” si son días). Por ejemplo “Cada 8 horas se definirá de la siguiente manera:

```
<comp xsi:type="PIVL_TS" operator="A">
  <period value="8" unit="h"/>
</comp>
```

Aparece en un elemento “comp” ya que es un dato que está siempre relacionado con otras series dentro de un grupo SXPR_TS.

5.4.2.1. Para pauta diaria

En caso de no indicar ningún tipo de restricción adicional, es necesario indicar la duración del tratamiento. Esto se logra:

- Definiendo el elemento *effectiveTime* de tipo SXPR_TS de forma que pueda contener varios sub-elementos de tipo “comp”.
- El primer elemento “comp” se definirá como “IVL_TS” y permitirá definir el rango de aplicación. Este rango se aplicará a través de los elemento low/@value y high/@value, indicando las fechas absolutas inicial y final de tratamiento.
- El segundo elemento “comp” será de tipo “PIVL_TS” e indicará la frecuencia del tratamiento, tal y como se ha definido antes. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango definido y la frecuencia expresada.

El elemento `substanceAdministrationRequest`, tendría el siguiente aspecto:

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <id />
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripcion de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>
    <!-- posología: frecuencia de la administración del tratamiento -->
    <comp xsi:type="PIVL_TS" operator="A">
      <period value="8" unit="h"/>
    </comp>
  </effectiveTime>
  <doseQuantity value="2"/>
  <administrationUnitCode>
    <originalText>Pastillas</originalText>
  </administrationUnitCode>
  <consumable/>
</substanceAdministrationRequest>
```

5.4.2.2. Para pautas restringidas a ciertos días de la semana

Si la posología normal se ha completado con “días de la semana”, es necesario indicar tanto la duración del tratamiento como los días de la semana donde se aplican las tomas. Esto se logra:

- Definiendo el elemento *effectiveTime* de tipo `SXPR_TS` de forma que pueda contener varios sub-elementos de tipo “comp”.
- El primer elemento “comp” se definirá como “`IVL_TS`” y permitirá definir el rango de aplicación. Este rango se aplicará a través de los elemento `low/@value` y `high/@value`, indicando las fechas absolutas inicial y final de tratamiento.
- El segundo elemento “comp” será de tipo “`PIVL_TS`” e indicará la frecuencia del tratamiento, tal y como se ha definido antes. El atributo `@operator` será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango definido y la frecuencia expresada.

- Un tercer elemento “comp” que contendrá la restricción de días de la semana. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango ya definido y la frecuencia expresada.
 - Si la pauta es de un único día de la semana, (por ejemplo sólo los lunes), el elemento comp será de tipo PIVL_TS y contendrá directamente la descripción del día.
 - En caso que sean varios días, el elemento será de tipo SXPR_TS y contendrá varios elementos comp de tipo PIVL_TS, donde cada uno de ellos se referirá a un día de la semana. Cada uno de estos elementos comp tendrá un @operator de “I” indicando inclusión.

Dado que la pauta está limitada a ciertos días de la semana, entonces es necesario usar el alineamiento al calendario. Concretamente será necesario fijar el alineamiento a “DW”.

En este caso, cada elemento de la clase PIVL_TS generado tendrá un atributo de fase (*phase*) que indicará no sólo la hora de toma, sino el día de la semana que corresponda. Para simplificar el cálculo de los días de la semana, se propone fijar las fechas de la forma siguiente:

DÍA	AAAAMMDD
LUNES	20100201
MARTES	20100202
MIÉRCOLES	20100203
JUEVES	20100204
VIERNES	20100205
SÁBADO	20100206
DOMINGO	20100207

El periodo, al ser siempre semanal será: "[<period value="1" unit="wk"/>]"

Así, si se quiere indicar que las tomas son los lunes y viernes, los elementos a informar serán:

```
<comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A">

  <!--Los lunes -->
  <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I">
    <phase >
      <center value="20100201"/>
    </phase>
    <period value="1" unit="wk"/>
  </comp>
  <!--Los viernes -->
  <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I">
    <phase >
      <center value="20100205"/>
    </phase>
    <period value="1" unit="wk"/>
  </comp>
</comp>
```

Si la toma fuera únicamente el lunes:

```
<!--Los lunes -->
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="A">
  <phase >
    <center value="20100201"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="wk"/>
</comp>
```

El elemento *substanceAdministrationRequest*, tendría el siguiente aspecto:

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <id />
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripción de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>
    <!-- posología: frecuencia de la administración del tratamiento -->
    <comp xsi:type="PIVL_TS" operator="A">
      <period value="8" unit="h"/>
    </comp>
    <!-- Indicador de los lunes -->
    <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" >
      <phase >
        <center value="20100201"/>
      </phase>
      <period value="1" unit="wk"/>
    </comp>
    <!-- Indicador de los viernes -->
    <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" >
      <phase >
        <center value="20100205"/>
      </phase>
      <period value="1" unit="wk"/>
    </comp>
  </effectiveTime>
  <doseQuantity value="2"/>
  <administrationUnitCode>
    <originalText>Pastillas</originalText>
  </administrationUnitCode>
  <consumable/>
</substanceAdministrationRequest>
```

5.4.3. Expresión de pautas de comidas.

Una pauta de comidas se define como [CAN_UNID] de [TIPO_UND] en <SET> <[DESAYUNO] , [COMIDA] , [CENA] >

Ejemplo;

Cantidad	Desayuno (Si/No)	Comida (Si/No)	Cena (Si/No)
pastillas	2	0	1

- La cantidad [CAN_UNID] expresarán a través del atributo @value del elemento “doseQuantity”. Por ejemplo, “2 aplicaciones” se expresaría de la siguiente manera:

```
<doseQuantity value="2"/>
```

- El tipo de unidad de administración (TIPO_UND), cuando sean diferentes de los definidos por el código de producto se indicarán en el elemento “administrationUnitCode/originalText”, al no estar codificado. Por ejemplo, “aplicaciones” se definirá de la siguiente manera:

```
<administrationUnitCode>  
  <originalText>pastillas</originalText>  
</administrationUnitCode>
```

- El periodo se definirá a través de una clase EIVL_TS, Cada evento de toma se definirá en un elemento de la clase EIVL_TS, con único atributo *event* que puede tomar los siguientes valores:

CÓDIGO	EVENTO
CM	Desayuno
C	Comida
CV	Cena

Por ejemplo, una posología indicada para comidas y cenas, tendrá los siguientes elementos:

```
<comp xsi:type="EIVL_TS" >
  <event code="C" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
</comp>
<comp xsi:type="EIVL_TS" >
  <event code="CV" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
</comp>
```

En estos elementos “*codeSystem*” es fijo, y se refiere a la tabla indicada previamente.

Los elemento

Aparece en un elemento “comp” ya que es un dato que está siempre relacionado con otras series dentro de un grupo SXPR_TS.

5.4.3.1. Pauta diaria

En caso de no indicar ningún tipo de restricción adicional, es necesario indicar la duración del tratamiento. Esto se logra:

- Definiendo el elemento *effectiveTime* de tipo SXPR_TS de forma que pueda contener varios sub-elementos de tipo “comp”.
- El primer elemento “comp” se definirá como “IVL_TS” y permitirá definir el rango de aplicación. Este rango se aplicará a través de los elemento low/@value y high/@value, indicando las fechas absolutas inicial y final de tratamiento.
- Un segundo elemento “comp” con las pautas de las comidas. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango ya definido y la frecuencia expresada.

- Si la pauta es de una única comida (por ejemplo sólo el desayuno), el elemento *comp* será de tipo EIVL_TS y contendrá directamente la descripción del evento.
- En caso que sean varios eventos el elemento será de tipo SXPR_TS y contendrá varios elementos *comp* de tipo EIVL_TS, donde cada uno de ellos se referirá a un evento. Cada uno de estos elementos *comp* tendrá un @operador de "I" indicando inclusión.

El elemento substanceAdministrationRequest, tendría el siguiente aspecto:

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <id />
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripcion de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>

    <comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A">
      <!--Comidas ... -->
      <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="I">
        <event code="C" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
      </comp>

      <!-- ... y cenas -->

      <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="I">
        <event code="CV" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
      </comp>

    </comp>
  </effectiveTime>
  <doseQuantity value="2"/>
  <administrationUnitCode>
    <originalText>Pastillas</originalText>
  </administrationUnitCode>
  <consumable/>
</substanceAdministrationRequest>
```

5.4.3.2.

Para pautas restringidas a ciertos días de la semana

Si la pauta está limitada a ciertos días de la semana, es necesario indicar tanto la duración del tratamiento como los días de la semana donde se aplican las tomas. Esto se logra:

- Definiendo el elemento *effectiveTime* de tipo SXPR_TS de forma que pueda contener varios sub-elementos de tipo “comp”.
- El primer elemento “comp” se definirá como “IVL_TS” y permitirá definir el rango de aplicación. Este rango se aplicará a través de los elemento low/@value y high/@value, indicando las fechas absolutas inicial y final de tratamiento.
- Un segundo elemento “comp” con las pautas de las comidas. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango ya definido y la frecuencia expresada.
 - Si la pauta es de una única comida (por ejemplo sólo el desayuno), el elemento *comp* será de tipo EIVL_TS y contendrá directamente la descripción del evento.
 - En caso que sean varios eventos el elemento será de tipo SXPR_TS y contendrá varios elementos *comp* de tipo EIVL_TS, donde cada uno de ellos se referirá a un evento. Cada uno de estos elementos *comp* tendrá un @operador de “I” indicando inclusión.
- Un tercer elemento “comp” que contendrá la restricción de días de la semana. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango ya definido y la frecuencia expresada.
 - Si la pauta es de un único día de la semana, (por ejemplo sólo los lunes), el elemento *comp* será de tipo PIVL_TS y contendrá directamente la descripción del día.
 - En caso que sean varios días, el elemento será de tipo SXPR_TS y contendrá varios elementos *comp* de tipo PIVL_TS, donde cada uno de ellos se referirá a un día de la semana. Cada uno de estos elementos *comp* tendrá un @operador de “I” indicando inclusión.

Dado que las pautas relativas a los días de la semana, fijamos el alineamiento a “DW”.

En este caso, cada elemento de la clase PIVL_TS generado tendrá un atributo de fase (*phase*) que indicará no sólo la hora de toma, sino el día de la semana que corresponda. Para simplificar el cálculo de los días de la semana, se propone fijar las fechas de la forma siguiente:

DIA	AAAAMMDD
LUNES	20100201
MARTES	20100202
MIÉRCOLES	20100203
JUEVES	20100204
VIERNES	20100205
SÁBADO	20100206
DOMINGO	20100207

El periodo, al ser siempre semanal será: “[<period value="1" unit="wk"/>]”

Así, si se quiere indicar que las tomas son a las 8, y 20, los lunes y viernes, el elemento substanceAdministrationRequest, tendría el siguiente aspecto:

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <id />
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripcion de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>
  <comp xsi:type="SXPR_TS " operator="A">
    <!-- Comidas ... -->
    <comp xsi:type="EIVL_TS " operator="I">
      <event code="C" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
    </comp>
  <!-- ... y cenas -->
</substanceAdministrationRequest>
```

```

<comp xsi:type=" EIVL_TS " operator="I">
  <event code=" CV"codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
</comp>

</comp>

<comp xsi:type="SXPRTS " operator="A">

<!-- Los lunes -->
  <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I">
    <phase >
      <center value="20100201"/>
    </phase>
    <period value="1" unit="wk"/>
  </comp>
  <!--Los viernes -->
  <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I">
    <phase >
      <center value="20100205"/>
    </phase>
    <period value="1" unit="wk"/>
  </comp>
</comp>

</effectiveTime>
<doseQuantity value="2"/>
<administrationUnitCode>
  <originalText>Pastillas</originalText>
</administrationUnitCode>
<consumable/>
</substanceAdministrationRequest>

```

5.4.4. Expresión de pautas de horas del día.

Una pauta de horas se define como varias sentencias del tipo

“ A las [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24], [CAN_UND]
[TIPO_UND]“

Ejemplo;

Cantidad	1	2	3	4	5	6	(...)	18	19	20	21	22	23
pastillas	1		1			2			1			1	

- Es necesario dividir la sentencia en aquellas que compartan la cantidad a consumir. Cada una de ellas se definirá en un elemento *substanceAdministrationRequest* diferente. En el ejemplo anterior, se generarán 2 grupos: uno para las cantidades “1” y otro para las “2”. Esto generará una serie de sentencias de la forma:

Tomar [CAN_UND] de [TIPO_UND] a las <SET>
<1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24> horas

- Una vez definidos los grupos, La cantidad [CAN_UNID] expresarán a través del atributo @value del elemento “doseQuantity”. Por ejemplo, “2 aplicaciones” se expresaría de la siguiente manera:

```
<doseQuantity value="2"/>
```

- El tipo de unidad de administración (TIPO_UND), cuando sean diferentes de los definidos por el código de producto se indicarán en el elemento “*administrationUnitCode/originalText*”, al no estar codificado. Por ejemplo, “aplicaciones” se definirá de la siguiente manera:

```
<administrationUnitCode>
  <originalText>pastillas</originalText>
</administrationUnitCode>
```

- La hora del día, se definirá en conjunto con el periodo de toma, a través de objetos de la clase PIVL_TS. Cada hora será indicada a través de un elemento de dicha clase, en el atributo de la fase (*phase*). El valor concreto de dicho atributo, junto con el valor del periodo (*period*) vendrá determinado en función de si la pauta es idéntica diariamente, está condicionada por días de la semana o por otras condiciones.

5.4.4.1.

Para pauta diaria

En caso de no indicar ningún tipo de restricción adicional, es necesario indicar la duración del tratamiento. Esto se logra:

- Definiendo el elemento *effectiveTime* de tipo SXPR_TS de forma que pueda contener varios sub-elementos de tipo “comp”.
- El primer elemento “comp” se definirá como “IVL_TS” y permitirá definir el rango de aplicación. Este rango se aplicará a través de los elemento low/@value y high/@value, indicando las fechas absolutas inicial y final de tratamiento.
- Un segundo elemento “comp” que contendrá la restricción de días de la semana. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango ya definido y la frecuencia expresada.
 - Si la pauta es de un único día de la semana, (por ejemplo sólo los lunes), el elemento comp será de tipo PIVL_TS y contendrá directamente la descripción del día.
 - En caso que sean varios días, el elemento será de tipo SXPR_TS y contendrá varios elementos comp de tipo PIVL_TS, donde cada uno de ellos se referirá a un día de la semana. Cada uno de estos elementos comp tendrá un @operator de “I” indicando inclusión.

Al ser la pauta idéntica todos los días, cada una de las hora programadas se definirá en un atributo “phase”, con el año, mes y día actual (aunque son valores indiferentes ya que sólo interesa la hora. El periodo, al referirse a un día será: “[<period value="1" unit="d"/>]”

Así, si se quiere indicar que las tomas son a las 8, 14 y 20, los elementos a informar serán:

```
<comp xsi:type="PIVL_TS" operator="A">
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="HD" operator="I">
  <phase >
    <center value="201122030800"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="d"/>
</comp>
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="HD" operator="I">
  <phase >
```

```

    <center value="201122031400"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="d"/>
</comp>
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="HD" operator="I">
  <phase >
    <center value="201122032000"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="d"/>
</comp>
</comp>

```

El elemento substanceAdministrationRequest, tendría el siguiente aspecto:

```

<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <id/>
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripción de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVL_TS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>

    <comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A" >

      <!-- A las 8:00 horas, los viernes -->
      <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="HD" operator="I">
        <phase >
          <center value="201002050800"/>
        </phase>
        <period value="1" unit="d"/>
      </comp>

      <!-- A las 20:00 horas -->
      <comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="HD" operator="I" >
        <phase >
          <center value="201002012000"/>
        </phase>
        <period value="1" unit="d"/>
      </comp>
    </comp>
  </effectiveTime>

```



```

    </comp>
  </effectiveTime>
  <doseQuantity value="2" >
    <translation><originalText>2 pastillas</originalText></translation>
  </doseQuantity>
  <maxDoseQuantity>
    <numerator value="3"></numerator>
    <denominator value="24" unit="h"></denominator>
  </maxDoseQuantity>

  <administrationUnitCode>
    <originalText>Pastillas</originalText>
  </administrationUnitCode>

  <consumable typeCode="CSM"/>

  <!-- Motivo -->
  <trigger typeCode="TRIG">
    <checkpointCode code="345"/>
    <observationEventCriterion classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
      <text>Si precisa, en función del dolor percibido</text>
    </observationEventCriterion>
  </trigger>

</substanceAdministrationRequest>

```

5.4.4.2. Para pautas restringidas a ciertos días de la semana

Si la pauta está limitada a ciertos días de la semana, es necesario indicar tanto la duración del tratamiento como los días de la semana donde se aplican las tomas. Esto se logra:

- Definiendo el elemento *effectiveTime* de tipo SXPR_TS de forma que pueda contener varios sub-elementos de tipo “comp”.
- El primer elemento “comp” se definirá como “IVL_TS” y permitirá definir el rango de aplicación. Este rango se aplicará a través de los elemento low/@value y high/@value, indicando las fechas absolutas inicial y final de tratamiento.
- Un segundo elemento “comp” que contendrá la restricción de días de la semana. El atributo @operator será “A” indicando que se trata de la intersección entre el rango ya definido y la frecuencia expresada.

- Si la pauta es de un único día de la semana, (por ejemplo sólo los lunes), el elemento comp será de tipo PIVL_TS y contendrá directamente la descripción del día.
- En caso que sean varios días, el elemento será de tipo SXPR_TS y contendrá varios elementos comp de tipo PIVL_TS, donde cada uno de ellos se referirá a un día de la semana. Cada uno de estos elementos comp tendrá un @operador de “I” indicando inclusión.

Dado que las pautas relativas a los días de la semana, fijamos el alineamiento a “DW”.

En este caso, cada elemento de la clase PIVL_TS generado tendrá un atributo de fase (*phase*) que indicará no sólo la hora de toma, sino el día de la semana que corresponda. Para simplificar el cálculo de los días de la semana, se propone fijar las fechas de la forma siguiente:

DIA	AAAAMMDD
LUNES	20100201
MARTES	20100202
MIÉRCOLES	20100203
JUEVES	20100204
VIERNES	20100205
SÁBADO	20100206
DOMINGO	20100207

El periodo, al ser siempre semanal será: “[<period value="1" unit="wk"/>]”

Así, si se quiere indicar que las tomas son a las 8, y 20, los lunes y viernes, los elementos a informar serán:

```

<comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A" >

<!-- A las 8:00 horas, los lunes -->
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I" >
  <phase >
    <center value="201002010800"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="wk"/>
</comp>
<!-- A las 8:00 horas, los viernes -->
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I" >
  <phase >
    <center value="201002050800"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="wk"/>
</comp>
<!-- A las 20:00 horas los lunes -->
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I" >
  <phase >
    <center value="201002012000"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="wk"/>
</comp>
<!-- A las 20:00 horas los viernes -->
<comp xsi:type="PIVL_TS" alignment="DW" operator="I">
  <phase >
    <center value="201002052000"/>
  </phase>
  <period value="1" unit="wk"/>
</comp>
</comp>

```

Un ejemplo de una pauta definida como “2 pastillas a las 8, y 20, los lunes y viernes, como máximo 4 diarias si precisa” se definiría:

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQ0">
  <id/>
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripcion de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPRTS">
    <!-- posología: fecha de inicio y fin del tratamiento -->
    <comp xsi:type="IVLTS">
      <low value="20091202"/>
      <high value="20091203"/>
    </comp>
    <comp xsi:type="SXPRTS" operator="A">
      <!-- A las 8:00 horas, los lunes -->
      <comp xsi:type="PIVLTST" alignment="DW" operator="I">
        <phase >
          <center value="201002010800"/>
        </phase>
        <period value="1" unit="wk"/>
      </comp>
      <!-- A las 8:00 horas, los viernes -->
      <comp xsi:type="PIVLTST" alignment="DW" operator="I">
        <phase >
          <center value="201002050800"/>
        </phase>
        <period value="1" unit="wk"/>
      </comp>
      <!-- A las 20:00 horas los lunes -->
      <comp xsi:type="PIVLTST" alignment="DW" operator="I">
        <phase >
          <center value="201002012000"/>
        </phase>
        <period value="1" unit="wk"/>
      </comp>
      <!-- A las 20:00 horas los viernes -->
      <comp xsi:type="PIVLTST" alignment="DW" operator="I">
        <phase >
          <center value="201002052000"/>
        </phase>
        <period value="1" unit="wk"/>
      </comp>
    </comp>
  </effectiveTime>
</substanceAdministrationRequest>
```

```

</effectiveTime>
<doseQuantity value="2" >
  <translation><originalText>2 pastillas</originalText></translation>
</doseQuantity>
<maxDoseQuantity>
  <numerator value="3"></numerator>
  <denominator value="24" unit="h"></denominator>
</maxDoseQuantity>

<administrationUnitCode>
  <originalText>Pastillas</originalText>
</administrationUnitCode>

<consumable typeCode="CSM"/>

<!-- Motivo -->
<trigger typeCode="TRIG">
  <checkpointCode code="345"/>
  <observationEventCriterion classCode="OBS" moodCode="EVN.CRT">
    <text>Si precisa, en función del dolor percibido</text>
  </observationEventCriterion>
</trigger>

</substanceAdministrationRequest>

```

5.4.5. Expresión de pautas irregulares ascendente/descendente

Este tipo de pauta, permite especificar la posología siguiendo un calendario en el que se especifica las cantidades requeridas en el desayuno, comida y cena para cada día.

Un ejemplo de esta prescripción es la siguiente:

	Desayuno	Comida	Cena	Fecha inicio	Fecha fin
Cantidad (pastillas)	2	3	1	22/03/2011	25/03/2011
	1	2	1	25/03/2011	30/03/2011

Este método define una serie de rangos de fechas en las que define una unidad de administración ([TIPO_UND]), una cantidad para el desayuno, otro para la comida y otro para la cena.

Para obtener la expresión HL7 en este caso se sugieren las siguientes reglas:

- 1) Agrupar las series en base a la cantidad a administrar, En el ejemplo quedarían 2 grupos: 1, 2 y 3 pastillas.
- 2) Una vez definidos los grupos, se genera un elemento `substanceAdministrationRequest`. La cantidad se expresaría a través del atributo `@value` del elemento `"doseQuantity"`. Por ejemplo, "2 aplicaciones" se expresaría como:

```
<doseQuantity value="2"/>
```

- 3) El tipo de unidad de administración (TIPO_UND), cuando sean diferentes de los definidos por el código de producto se indicarán en el elemento `"administrationUnitCode/originalText"`, al no estar codificado. Por ejemplo, "aplicaciones" se definirá de la siguiente manera:

```
<administrationUnitCode>
  <originalText>pastillas</originalText>
</administrationUnitCode>
```

- 4) El rango de fechas al que se aplican, y los eventos a los que se refieren se definen a través de un elemento de clase `SXPR_TS`. El atributo `@operator` de este elemento será "I" pues forma una unión con el resto.

Este elemento tendrá:

- Un primer grupo `"comp"` de tipo `IVL_TS` con el rango de fechas al que se aplica. Dicho
- Otro grupo `"comp"`, con el atributo `@operator` a "A" de "intersección".

Si sólo hay una comida definida, el elemento será de tipo `EIVL_TS` y definirá el evento (desayuno "CM", comida "C" o cena "CV") al que se aplica la posología.

Si hay varias comidas, el elemento será de tipo `SXPR_TS`, y contendrá a su vez tantos elementos `"comp"` de tipo `EIVL_TS` como eventos de comida. Cada uno de estos elementos indicará el evento.

Ejemplo, para el ejemplo superior, los flujos de la cantidad “1” serán los siguientes:

```
<!--
    Durante la cena, entre el 22/03 (inclusive) y el 25/03 (exclusive)
-->
<comp xsi:type="SXPR_TS">
  <comp xsi:type="IVL_TS">
    <low value="20110322" inclusive="true"/>
    <high value="20110325" inclusive="false"/>
  </comp>
  <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="A">
    <event code="CV" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
  </comp>
</comp>
<!--
    Durante el desayuno y la comida, entre el 25/03 (inclusive) y el 30/03 (exclusive)
-->
<comp xsi:type="SXPR_TS" operator="I">
  <comp xsi:type="IVL_TS">
    <low value="20110325" inclusive="true"/>
    <high value="20110330" inclusive="false"/>
  </comp>
  <comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A">
    <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="I">
      <event code="CM" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
    </comp>
    <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="I">
      <event code="C" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
    </comp>
  </comp>
</comp>
</comp>
```

El elemento *substanceAdministrationRequest*, para la cantidad "1" tendría el siguiente aspecto:

```
<substanceAdministrationRequest classCode="SBADM" moodCode="RQO">
  <id />
  <code code="DRUG" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.4"/>
  <text>Descripción de la prescripción</text>
  <effectiveTime xsi:type="SXPR_TS">
    <!-- posología: Durante la cena, entre el 22/03 (inclusive) y el 25/03 (exclusive) -->
    <comp xsi:type="SXPR_TS">
      <comp xsi:type="IVL_TS">
        <low value="20110322" inclusive="true"/>
        <high value="20110325" inclusive="false"/>
      </comp>
      <comp xsi:type="EIVL_TS">
        <event code="CV" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
      </comp>
    </comp>
    <!-- posología: Durante el desayuno y la comida, entre el 25/03 (inclusive) y el 30/03 (exclusive) -->
    <comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A">
      <comp xsi:type="IVL_TS">
        <low value="20110325" inclusive="true"/>
        <high value="20110330" inclusive="false"/>
      </comp>
      <comp xsi:type="SXPR_TS" operator="A">
        <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="I">
          <event code="CM" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
        </comp>
        <comp xsi:type="EIVL_TS" operator="I">
          <event code="C" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.139"/>
        </comp>
      </comp>
    </comp>
  </effectiveTime>
  <doseQuantity value="1"/>
  <administrationUnitCode>
    <originalText>Pastillas</originalText>
  </administrationUnitCode>
  <consumable/>
</substanceAdministrationRequest>
```


5.4.6. Expresión de duración de la prescripción completa.

La descripción de la duración del tratamiento se define como el periodo de menor tamaño que pueda incluir todos los periodos definidos en los distintos elementos substanceAdministrationRequest.

Guía General de documentos clínicos en formato CDA

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

Versión 0.4 24/02/2010

1. OBJETIVOS.....	5
1.1. ALCANCE.....	5
2. ESTRUCTURA DE DOCUMENTOS CDA.....	5
2.1. CABECERA DEL DOCUMENTO	6
2.2. CUERPO DEL DOCUMENTO	31
2.3. DATOS CLÍNICOS	34
3. DATOS COMUNES.....	36
3.1. IDENTIFICADORES (II).....	36
3.2. CÓDIGOS.....	37
3.3. FECHAS Y DATOS DE TIEMPO	37
3.1. OID (OBJECT IDENTIFIER).....	38
3.2. DATOS DESCONOCIDOS (NULLFLAVOR)	39
3.3. TEXTO NARRATIVO.....	39
4. ANEXO I: INFORME DE ALTA	41
5. ANEXO II: INFORME DE ATENCIÓN PRIMARIA	41
6. ANEXO III: INFORME DE CONSULTA EXTERNA.....	42
7. ANEXO IV: INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	42
8. ANEXO IV: INFORME DE RESULTADOS DE LABORATORIO	43
9. ANEXO V: INFORME DE RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	44
10. ANEXO VI: INFORME ESTANCIA EN URGENCIAS	45
11. ANEXO: COORDINACIÓN CON ESTÁNDAR DEL SNS	46

1. Objetivos.

El presente documento define la estructura común de todo informe o documento clínico que use el formato “Arquitectura de Documento Clínico R2” de HL7 y desee ser interoperable con los sistemas de SACYL..

El documento presenta inicialmente una descripción de la arquitectura de mensajería V3, definiendo los elementos comunes a todos los mensajes.

A continuación se definen los casos de uso contemplados en la especificación, los diagramas de secuencias asociados, y por último el contenido estático de los mensajes intercambiados

1.1. Alcance.

Esta especificación define las especificaciones a cumplir por todo documento clínico intercambiado en formato CDA R2 que desee integrarse en el sistema de historia clínica en SACYL.

El conjunto de reglas expresados en este documento definen cómo se deben codificar los datos de contexto del documento (paciente, autor, prestaciones, etc.). así como la estructura general.

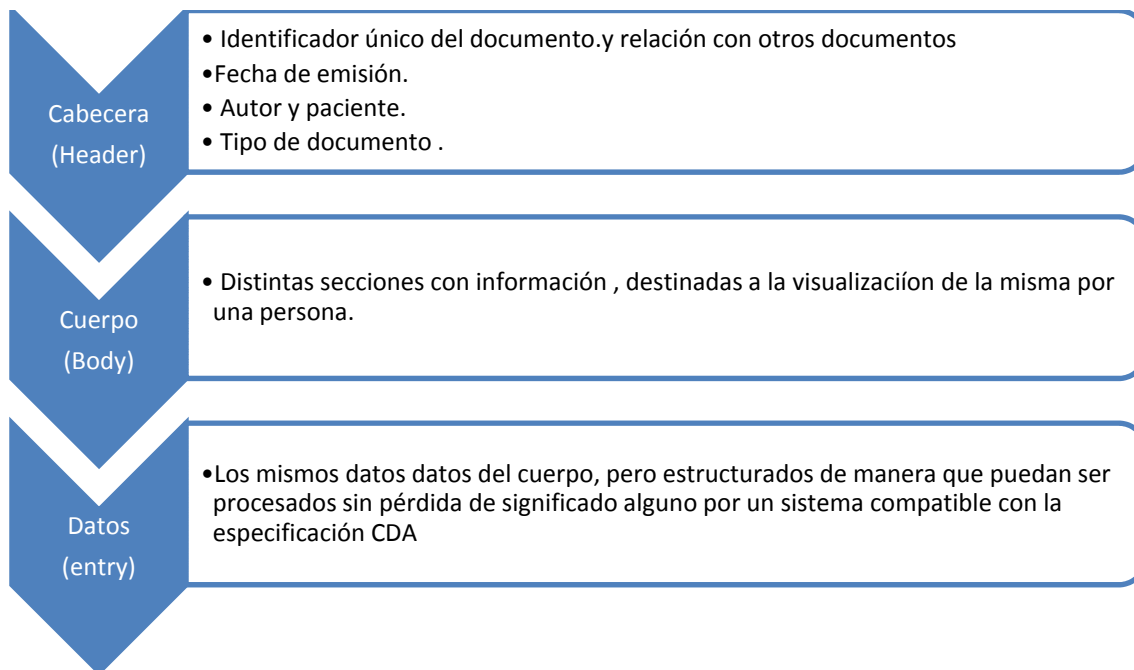
Si bien esta especificación define normas obligatorias para todo CDA, no es la única que puede exigirse. Determinados documentos, o distintos ámbitos podrán ampliar esta especificación detallando la codificación de información específica. Sin embargo, ninguna especificación adicional entrará en incompatibilidades con este documento.

La lista de especificaciones que un documento CDA anuncie cumplir se indicará en los elementos <templateld> de la cabecera del documento. Cada elemento <templateld> indicará una especificación.

.

2. Estructura de documentos CDA

Un documento CDA se puede estructura en los siguientes grupos de datos, de menor a mayor relevancia clínica.



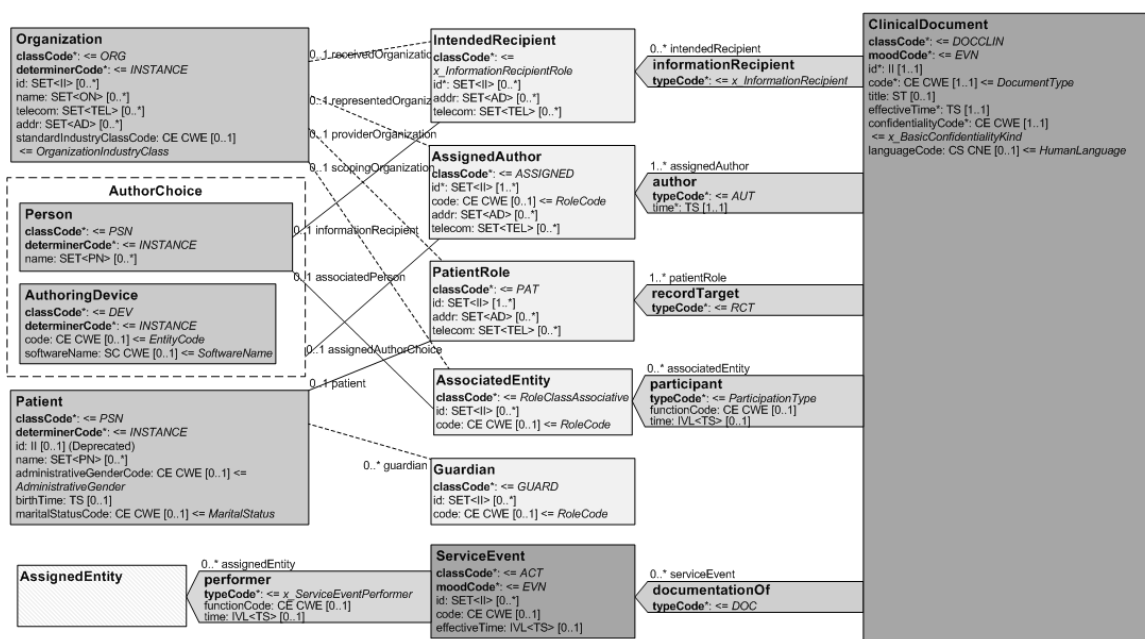
Estas capas están presentes en todos los documentos, independientemente de su propósito.

Dado que los documentos CDA se definen a través de XML, en adelante se relacionarán los distintos elementos con cada una de estas capas.

2.1. Cabecera del documento

Esta capa contiene todos los datos que permiten clasificar al documento en sí mismo

Todos los elementos de la cabecera se aplican de igual forma independientemente del propósito del documento.



Esta especificación describe los siguientes elementos de la cabecera:

Elemento	CARD	DESCRIPCIÓN
<i>id</i>	[1..1]	Identificador único del documento
<i>templateId</i>	[1..n]	Identificador de conformidad del documento con esta especificación. Debe existir al menos un elemento <i>templateId</i> con el valor <templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.1"/>
<i>code</i>	[1..1]	Tipo de documento
<i>title</i>	[1..1]	Título de documento
<i>effectiveTime</i>	[1..1]	Fecha de creación del documento
<i>confidentialityCode</i>	[1..1]	Nivel de confidencialidad
<i>languageCode</i>	[1..1]	Idioma / definición local
<i>recordTarget</i>	[1..1]	Paciente al que se refiere el documento
<i>author</i>	[1..n]	Persona(s) responsable(s) de la autoría del documento.
<i>author</i>	[0..n]	Sistema(s) informático(s) bajo el que se ha creado el documento.
<i>custodian</i>	[1..1]	Organización (GAE o CAP) responsable de
<i>legalAuthenticator</i>	[1..n]	Persona que valida que el contenido del documento es válido. Debe ser una persona con capacidad jurídica para validarlo.
<i>relatedDocument</i>	[0..2]	Documento con el que el CDA está relacionado
<i>componentOf/ encompassingEncounter</i>	[1..1]	Episodio o visita del paciente bajo cuyo contexto se genera el CDA
<i>documentationOf/ ServiceEvent</i>	[0..1]	Representa el acto clínico que se describe en el documento. Sólo aparecerá en aquellos documentos que describen un procedimiento o una exploración o un elemento similar.
<i>infulfillmentOf/Order</i>	[0..1]	Si el documento se ha generado en base a una solicitud, este elemento contiene información que permite identificar dicha orden.

2.1.1. Elemento raíz y namespace. [*ClinicalDocument*]

El elemento raíz corresponde es <ClinicalDocument> . Este elemento, así como el resto deberán estar bajo el namespace "urn:hl7-org:v3"

2.1.2. Indicador de CDA [*typeid*]

Como todo documento basado en mensajería HL7/V3 debe indicar la especificación concreta que sigue en el elemento "*ClinicalDocument/typeid*", fijo para todo CDA a "POCD_HD000040".

```
<!-- valor fijo para CDA -->
<typeid root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD_HD000040"/>
```

2.1.3. Indicador de seguimiento de esta guía [*templateId*]

Todo documento CDA que mantenga seguimiento con esta guía lo declarará en la cabecera a través un elemento *ClinicalDocument/templateId* El elemento puede aparecer varias veces por lo que es posible expresar su conformidad adicional a otras especificaciones que restrinjan otros aspectos del documento.

```
<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL -->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.1"/>
```

2.1.4. Identificador único del documento [*id*]

Este identificador se envía usando un elemento <id> del tipo II definido más adelante, en el apartado de "Identificadores" de la sección de Datos comunes de la guía. Este valor se identificará a través del elemento *ClinicalDocument/id*.

```
<!-- Identificador único del documento -->
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.2.10.1" extension="27544"/>
```

Corresponde a un código que identifica al documento de forma universal. Para asegurar que este código será único en todo el rango de aplicaciones, el ID se define usando dos elementos: el atributo extension que reflejará un ID único de mensaje en la aplicación, y el atributo root, que identifica a un identificador de documentos para la aplicación emisora. La combinación de los dos elementos dará lugar a un código único universalmente.

El atributo root es un OID (explicados más adelante en esta guía), y deberá usar el rango asignado por la Gerencia de Salud para la aplicación.

2.1.5. Tipo de documento [code]

La clasificación del documento CDA se realiza a través del elemento *ClinicalDocument/code*.

```
<!-- Tipo de documento: informe de alta -->
<code code="28634-4" codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" displayName="Informe de alta"/>
```

- El atributo @code contendrá la clasificación del documento, usando LOINC.
- El atributo @codeSystem será "2.16.840.1.113883.6.1" (el OID de LOINC).
- El atributo @displayName describirá el tipo de documento.

2.1.6. Título del documento [title]

El título del documento se indica en el elemento *ClinicalDocument/title*

```
<!-- Tipo de documento: informe de alta -->
<title>INFORME GENERAL DE ALTA</title>
```

Este título deberá ser acorde con el tipo de documento expresado en el elemento code.

2.1.7. Fecha de creación del documento [effectiveTime]

La fecha de creación del documento se indica en *ClinicalDocument/effectiveTime*

```
<!-- Fecha de creación del documento -->
< effectiveTime value="20080820102314"/>
```

Corresponde a la fecha en la que el documento que representa el CDA fue creado.

La fecha se indica en el atributo @value, en el formato Timestamp (definido en el apartado de Datos Comunes). Deberá indicar al menos precisión de segundos bajo el formato: aaaaMMddhhmmss.

2.1.8. Nivel de confidencialidad [confidentialityCode]

El nivel de confidencialidad del documento se indica en el elemento *ClinicalDocument/confidentialityCode*, que puede tener los siguientes valores:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	USO
N	NORMAL	Reglas de acceso normales. (Sólo personas autorizadas con una necesidad sanitaria o similar podrán consultar la información.
R	RESTRINGIDO	Reglas adicionales exigidas. Sólo podrán acceder a él profesionales sanitarios que estén tratando al paciente
V	MUY RESTRINGIDO	Sólo podrán acceder a esta información aquellos con autorización expresa del paciente, o bajo una situación de emergencia.

El atributo @codeSystem será "2.16.840.1.113883.5.25".

```
<!-- Nivel de confidencialidad N: Normal -->
<confidentialityCode code="N" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.25"/>
```

2.1.9. Idioma del documento [languageCode] .

Los datos del idioma principal del documento se indican bajo el atributo @code del nodo *ClinicalDocument/languageCode*

```
<!-- Idioma -->
<languageCode code="es-ES"/>
```

El atributo tiene la forma nn-CC siendo nn un valor de lengua representado por la codificación de ISO-639-1 y CC un valor de la tabla de países definida por la ISO-3166, en letras mayúsculas.

2.1.10. Datos del paciente [*recordTarget*] (sobre el que se centra la actividad descrita en el documento) .

Los datos del paciente se indican bajo el nodo *ClinicalDocument/recordTarget/patientRole*

```
<recordTarget typeCode="RCT" contextControlCode="OP">
  <patientRole classCode="PAT">
    <!-- DNI -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
    <!-- CIP SACYL -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
    <!-- NHC en el HNSS de Ávila (se repite aquí por comodidad) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10.1" extension="145643"/>

    <!-- Dirección del paciente -->
    <addr use="HP">(...)</addr>
    <patient>
      <name>
        <given>ALBERTO</given> <!-- Nombre -->
        <family>SÁEZ</family> <!-- 1º Apellido -->
        <family>TORRES</family><!-- 2º Apellido -->
      </name>
      <administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
      <birthTime value="19571230"/>
    </patient>
  </patientRole>
</recordTarget>
```

Bajo este elemento se indican los siguientes datos del paciente:

- Identificadores conocidos.

Se enviarán tantos elementos <id> como identificadores públicos se conozcan. Al menos se deben enviar los que se conozcan entre los siguientes:

@root	IDENTIFICADOR
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.ZZZZ.10.1	NHC (DEPENDIENDO DEL HOSPITAL)
1.3.6.1.4.1.19126.3	DNI
1.3.6.1.4.1.19126.4	NASS
2.16.840.1.113883.2.19.10.1	CIP (SNS)
2.16.840.1.113883.2.19.10.9	ID-SNS
2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1	CIP SACYL

- Nombre del paciente.

Se envía el nombre con los dos apellidos del paciente –si es que se conocen – en el elemento name (patient /name)

```
<name>
    <family>1º Apellido</family>
    <family>2º Apellido</family>
    <given>Nombre</given>
</name>
```

- El nombre se envían en el elemento name/given
- El 1º apellido, en el name/family[1]
- El 2º apellido –si existe-, en el name/family[2]

- Sexo del paciente

El atributo @code del elemento administrativeGender indica el sexo del paciente.

```
<administrativeGenderCode code="M" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.1"/>
```

El valor del atributo @codeSystem será "2.16.840.1.113883.5.1" correspondiente a la siguiente tabla de HL7:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
M	Masculino
F	Femenino

Para indicar que el sexo no se conoce se utiliza el atributo @nullFlavor con valor UNK (Desconocido), o con otro de los valores detallados en la parte de “Datos desconocidos” del apartado de datos comunes de este documento.

```
<administrativeGenderCode nullFlavor="UNK"/>
```

- Direcciones del paciente.

Se permite enviar varias direcciones de usuarios, bajo el elemento <addr>. En función del tipo de dirección, ésta se califica a través del atributo use.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	USO
HP	Hogar principal	Dirección de contacto principal
HV	Dirección en vacaciones	Para episodios que acontezcan en el lugar de veraneo de la persona.
WP	Dirección de trabajo	Dirección de la oficina donde trabaja
BAD	Dirección errónea	Permite marcar el registro como no-válido
TMP	Dirección temporal	Para episodios que acontezcan en un lugar de tránsito de la persona.

```

<addr use="HP">
  <!-- Provincia.-->
  <state>Ávila</state>
  <!-- Municipiov-->
  <city>Ávila</city>
  <!-- Localidad -->
  <precinct>Ávila</precinct>
  <!-- País -->
  <country>ESPAÑA</country>
  <!-- Código Postal-->
  <postalCode>05003</postalCode>
  <!-- Tipo de calle (Calle, plaza, etc. )-->
  <streetNameType>Calle</streetNameType>
  <!-- Nombre de la calle -->
  <streetNameBase>De la Trinidad</streetNameBase>
  <!-- Número de portal -->
  <houseNumber>28</houseNumber>
  <!-- NDP del callejero -->
  <censusTract>NDP</censusTract>
  <!-- Escalera: si no hay, se omite -->
  <unitType>Escalera</unitType>
  <unitID>2º</unitID>

  <!-- Bloque: si no hay, va en blanco -->
  <unitType>Bloque</unitType>
  <unitID>4º</unitID>
  <!-- Piso: Si no hay, va en blanco -->
  <unitType>Piso</unitType>
  <unitID>3º</unitID>
  <!-- Puerta: Si no hay, va en blanco -->
  <unitType>Puerta</unitType>
  <unitID>B</unitID>
  <!-- Otros datos de la dirección: Si no hay, se omite o se deja en blanco -->
  <additionalLocator>Preguntar por Panxo</additionalLocator>
</addr>

```

Los datos que permite codificar esta estructura son los siguientes:

- Provincia: bajo el elemento *state*
- Municipio: bajo el elemento *city*
- Localidad: bajo el elemento *precint*
- País: bajo el elemento *country*

- Código postal bajo el elemento *postalCode*

El resto de los datos de dirección pueden darse de dos maneras diferentes:

- En una única línea:

Un bloque de datos conjunto descritos en el elemento *streetAddressLine*

```
<addr use="HP">
  (...)
  <!-- Tipo de calle (Calle, plaza, etc. )-->
  <streetAddressLine>Calle De la Trinidad N 28 2º Bloque 4º Piso 3º B, preguntar por Panxto</streetNameType>
</addr>
```

- Desglosados en los siguientes elementos:

- Tipo de vía: bajo *streetNameType*
- Nombre de la calle: bajo el elemento *streetNameBase*
- Número del portal bajo el elemento *houseNumber*.
- Si la dirección es de CyL, su NDP en el callejero: bajo el elemento *censusTract*.
- Escalera (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='ESCALERA']/following-sibling::unitID[1]* Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de ESCALERA.
- Bloque (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='BLOQUE']/following-sibling::unitID[1]*. Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de BLOQUE.
- Piso (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='PISO']/following-sibling::unitID[1]* Si no existe este dato. Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de PISO.
- Puerta (si forma parte de la dirección) *[addr]/unitType[uppercase(.)='PUERTA']/following-sibling::unitID[1]* Si no existe este dato, se omitirá e par unitType/unitID con el unitType de PUERTA.
- Otros datos (si es necesario completar datos de contacto) *[addr/additionalLocator]* Si no existe este dato.

- Datos de contacto del paciente (teléfono, email, etc.).

Se permite enviar varias direcciones de contacto de pacientes bajo el elemento *patient/patientRole/telecom*. Este elemento tiene 3 componentes principales:

- El atributo *@use*, para indicar si es de trabajo, de casa, etc. Idéntico al atributo *@use* del elemento *addr* descrito anteriormente en este documento.
- El atributo *@value*, que indica la dirección de contacto siguiendo las directrices del RFC 2396. (Así para un teléfono será tel:22222 para un fax fax:22222 para un correo mailto://2222@mail.com, etc.)

TIPO	@use	@value
Teléfono principal del hogar	HP	tel:/[numero_telefono] Ej: tel:111111111
Otros teléfonos del hogar	H	tel:/[numero_telefono] Ej: tel:123456789
Fax (hogar)	HP	Fax: [numero_telefono] Ej: fax:123456759
Fax (trabajo)	WP	Fax: [numero_telefono] Ej: fax:123456759
Teléfono móvil	MC	Tel:/[numero_telefono] Ej: tel:22222222
Teléfono de trabajo	WP	Tel:/[numero_telefono] Ej: tel:22222222
Email personal	DIR	Tel:/[numero_telefono] Ej: mailto://alberto.saez@mail.com

```

<recordTarget (...)>
  <patientRole>
    (...)
    <!-- un móvil -->
    <telecom use="MC" value="tel:666666666">
      <useableData>No llamar antes de las 16:00</useableData>
    </telecom>
    <!-- un fax -->
    <telecom use="HP" value="fax:666666666"/>
    <!-- Contacto email -->
    <telecom use="DIR" value="mailto://albertos@sacyl.es"/>
  </patientRole>
</recordTarget >

```


- Fecha de nacimiento

La fecha de nacimiento se envía en el atributo `@value` del elemento `<birthTime>`

```
<birthTime value="19901010"/>
```

El formato es `aaaa[MM[dd]]` (es decir, es obligatorio enviar el año al menos).

En caso de no conocer la fecha, será necesario utilizar el atributo `nullFlavor` como se indica en el apartado de datos comunes “Datos desconocidos”.

- Centro donde está siendo atendido el paciente

La información del centro donde está siendo atendido el paciente se indica en el elemento `providerOrganization`

- Identificador en la tabla de centros (id).
- Nombre del centro (name).
- Datos de contacto (telecom).
- Dirección.
 - Calle: `addr/streetAddressLine`
 - Localidad: `addr/city`
 - Provincia: `addr/state`
 - Código postal: `addr/postalCode`

```
<!-- Centro donde está siendo atendido el paciente (hospital o centro de salud -->
<providerOrganization>
  <!-- Identificador del centro -->
  <id extension="50101" root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5"/>
  <!-- Nombre del centro -->
  <name>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles</name>
  <!-- Datos de contacto -->
  <telecom value="tel:920355800"/>
  <telecom value="tel:920358064"/>
  <!-- Dirección de contacto -->
  <addr>
    <streetAddressLine>Avda. Juan Carlos I, s/n</streetAddressLine>
    <city>Avila</city>
    <state>Avila</state>
    <postalCode>05071</postalCode>
  </addr>
</providerOrganization>
```

2.1.11. Autor [author]

Cada autor participante se define a través de un elemento <author>, que contiene los siguientes valores:

```
<author typeCode="AUT" contextControlCode="OP">
  <!--
    Cargo con la que el autor participa en el informe (si tiene cargo)
  -->
  <functionCode code="codigo_cargo" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.5"/>
  <time value="200802221240"/>
  <assignedAuthor classCode="ASSIGNED">
    <!-- DNI del médico -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13152398D"/>
    <!-- N° de colegiado del profesional -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.10.8" extension="983t4950934258"/>
    <!-- Categoría profesional (si existe) -->
    <code code="codigo_categoria" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.6"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Turanga</given>
        <family>Leela</family>
      </name>
    </assignedPerson>

    <!-- Departamento y hospital -->
    <representedOrganization>
      <!-- Identificador del servicio -->
      <!-- Servicio en el hospital de ávila -->
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.30.1" extension="NF1"/>
      <name>Neforlogía Consultas extenas</name>
      <asOrganizationPartOf>
        <code code="NFR" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.1" codeSystemName="Clasificación servicios SNS" />
        <wholeOrganization>
          <!-- Identificador del centro -->
          <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101"/>
          <!-- Nombre del centro -->
          <name>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles</name>
        </wholeOrganization>
      </asOrganizationPartOf>
    </representedOrganization>

  </assignedAuthor>
</author>
```

- Momento de la autoría. Definido en el atributo @value del elemento time.
- Identificadores principales del médico, en los elementos author/id (DNI, N° de colegiado, etc.).
- Cargo del profesional (si tiene), en el atributo author/functionCode/@code , en el catálogo de cargos de Sacyl definido por el OID "2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.5".
- Categoría profesional del autor, en el atributo author/assignedPerson/code/@code , en el catálogo de categorías profesionales de Sacyl definido por el OID "2.16.840.1.113883.2.19.20.17.30.6".

- Nombre:
 - Nombre, en el elemento author/assignedPerson/name/given.
 - 1º Apellido, en el elemento author/assignedPerson/name/family[1].
 - 2º Apellido (si se conoce), en el elemento author/ assignedPerson/ name/family[2].

En el caso que el sistema no disponga de separación entre apellidos 1º y 2º, el 2º apellido se indicará en

- Departamento para el que trabaja, en el elemento author/ representedOrganization /id , cuyo nombre está en author/ representedOrganization /name
- El servicio para el que trabaja, se indica en author/ representedOrganization / asOrganizationPartOf/ code
- El código del centro para el que trabaja, se indica en author/ representedOrganization / asOrganizationPartOf/ code/ wholeOrganization, y su nombre en author/ representedOrganization / asOrganizationPartOf/ code/ wholeOrganization/ name

En los casos en los que el informe provenga de sistema heredado en el que no se pueda tener información del autor del mismo, es necesario indicar dicho desconocimiento a través del atributo “nullFlavor” (cuyo uso se describe más adelante en el documento).

```
<author typeCode="AUT" contextControlCode="OP">
  <time value="200802221240"/>
  <assignedAuthor classCode="ASSIGNED">
    <!-- DNI del médico -->
    <id nullFlavor="UNK"/>
    <assignedPerson nullFlavor="UNK"/>
    (.....)
  </assignedAuthor>
</author>
```

2.1.12. Sistema informático de autoría [*author*]

En el caso que el paciente CDA haya utilizado un sistema para la autoría, se añade un elemento author del tipo “assignedAuthoringDevice”

```
<!-- Sistema de autoría (si el CDA ha sido generado nativamente) -->
<author>
  <time value="200802221240"/>
  <assignedAuthor>
    <!-- Instancia de HCECyL en el complejo de Ávila -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100" extension="2"/>
    <assignedAuthoringDevice>
      <softwareName>HCECyL del Complejo Hospitalario de Ávila</softwareName>
    </assignedAuthoringDevice>
  </assignedAuthor>
</author>
```

Este elemento contiene la siguiente información:

- La fecha de autoría, en el atributo value del elemento author/time
- El ID de la aplicación en author/assignedAuthor/id
- El nombre de la aplicación en author/assignedAuthor/assignedAuthoringDevice/softwareName

2.1.13. Responsable del documento (custodio) [*custodian*]

Es obligatorio indicar el centro que se hace responsable del almacenamiento del documento original. Esto se realiza a través del elemento custodian. Se envían los siguientes datos:

```
<!-- Responsable de la custodia del documento (el hospital que la ha generado)-->
<custodian typeCode="CST">
  <assignedCustodian classCode="ASSIGNED">
    <representedCustodianOrganization classCode="ORG" determinerCode="INSTANCE">
      <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101"/>
      <name>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles</name>
    </representedCustodianOrganization>
  </assignedCustodian>
</custodian>
```

- Identificador del centro en custodian / assignedCustodian / representedCustodianOrganization/ id.
- Nombre del centro, en custodian / assignedCustodian / representedCustodianOrganization/ name.

2.1.14. Responsable legal del documento [legalAuthenticator]

Se trata del la persona que firma legalmente el documento.

```
<!-- Persona que firma el documento (en este caso es el autor humano) -->
<legalAuthenticator>
  <time value="200802221240"/>
  <signatureCode code="S"/>
  <assignedEntity>
    <!-- DNI -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13152398D"/>
    <assignedPerson>
      <name>
        <given>Turanga</given>
        <family>Saez Leeela</family>
      </name>
    </assignedPerson>
  </assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```

- Momento de la validación. Definido en el atributo @value del elemento time.
- Indicador de documento firmado, en el atributo @code del elemento signatureCode. Fijo a “S”.
- Identificador principal del validador, en el elemento legalAuthenticator / assignedEntity / id.
- Indicador de documento validado. El atributo @code del elemento legalAuthenticator / signatureCode tendrá valor fijo a “S”.
- Nombre:
 - Nombre, en el elemento legalAuthenticator / assignedEntity / name/ given.
 - 1º Apellido, en el elemento legalAuthenticator / assignedEntity / name/ family[1].
 - 2º Apellido (si se conoce), en el elemento legalAuthenticator / name/ family[2].

En los casos en los que el informe provenga de sistema heredado en el que no se pueda tener información del firmante del mismo, es necesario indicar dicho desconocimiento a través del atributo “nullFlavor” (cuyo uso se describe más adelante en el documento).

```
<!-- Persona que firma el documento (en este caso es el autor humano) -->
<legalAuthenticator>
  <time value="200802221240"/>
  <signatureCode code="S"/>
  <assignedEntity>
    <!-- DNI -->
    <id nullFlavor="UNK"/>
    <assignedPerson nullFlavor="UNK"/>
  </assignedEntity>
</legalAuthenticator>
```

2.1.15. Relación con otros documentos [*relatedDocument*]

En el caso que un documento esté vinculado a otro, ésta información se transmite en la estructura contenida en el elemento `ClinicalDocument/relatedDocument`. Este elemento contiene la siguiente información:

- Documento padre (*relatedDocument/parentDocument/id*) Identificador único del documento al que se está estableciendo la relación. Es decir, el valor del elemento `ClinicalDocument/id` del CDA referido.
- Tipo de relación. El tipo de relación con el otro documento se indica a través del atributo `@typeCode` del elemento `relatedDocument`.

@typeCode	TIPO DE RELACIÓN
RPLC	Reemplazo Este CDA reemplaza al documento al documento padre.
APND	Adenda Este CDA añade información al documento padre.
XFRM	Transformación Este CDA es una transformación del documento padre.

Un ejemplo de declaración de posibles relaciones documentales serían las siguientes:

```
<!--
RPLC (replace)
El documentno actual reemplaza al documento indicando en "parentDocument"
-->
<relatedDocument typeCode="RPLC">
  <parentDocument>
    <!-- Identificador único del documento (en la instancia del HCECYL del complejo hospitalario de Ávila) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.2.10.3" extension="2406538"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>

<!--
APND (append)
El documentno actual es un addendo al documento indicando en "parentDocument"
-->
<relatedDocument typeCode="APND">
  <parentDocument>
    <!-- Identificador único del documento (en la instancia del HCECYL del complejo hospitalario de Ávila) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.2.10.3" extension="2406538"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>

<!--
XFRM (transform)
-->
```

```

    El documentno actual es una transformación del documento indicando en "parentDocument"
-->
<relatedDocument typeCode="XFRM">
  <parentDocument>
    <!-- Identificador único del documento (en la instancia del HCECYL del complejo hospitalario de Ávila) -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.2.10.3" extension="2406538"/>
  </parentDocument>
</relatedDocument>

```

Las relaciones definen las siguientes limitaciones:

- Un documento sólo puede ser una adenda de un documento padre. Al mismo tiempo sólo puede ser una transformación de otro.
- Un documento sólo puede ser una revisión de un documento padre. Al mismo tiempo sólo puede ser una transformación de otro.
- Un documento sólo puede ser la transformación de otro. Al mismo tiempo puede ser una revisión o una adenda de otro.

2.1.16. Episodio del que trata el informe [*componentOf/ encompassingEncounter*]

La información del episodio al que está asociado este documento se transmite en el elemento ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter.

```

<!-- Episodio del que forma parte el informe -->
<componentOf>
  <encompassingEncounter>
    <code code="IMP" displayName="Hospitalizacion" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.5.4"/>
    <!-- Número de episodio (de hospitalización) deL HIS del hospital de Ávila -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.2" extension="23345673456"/>
    <effectiveTime>
      <!-- Fecha de inicio del episodio -->
      <low value="20080101"/>
      <high value="20082209"/>
      <!-- Tipo de alta -->
    </effectiveTime>
    <dischargeDispositionCode code="1" displayName="DOMICILIO" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.6" />
    <location>
      <healthCareFacility>
        <!-- Edificio donde tiene lugar el episodio (edificio principal del complejo) -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" extension="50101" />
        <!-- Habitación donde ha tenido lugar el encuentro (si cabe) -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.10" extension="CODIGO_SALA" />
        <!-- Cama donde está ubicado el paciente y ha tenido lugar el encuentro (si cabe) -->
        <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.11" extension="CODIGO_CAMA" />
        <!-- Tipo de Edificio -->
        <code code="HOSP" displayName="Centro Hospitalario" codeSystem=" 2.16.840.1.113883.5.4"/>
      </healthCareFacility>
    </location>
  </encompassingEncounter>
</componentOf>

```

La información que transmite es:

- Tipo de episodio, dato obligatorio de la siguiente tabla (subset extraído del @codeSystem 2.16.840.1.113883.5.4)¹:

@code	@displayName (Tipo de centro)
CARD	Cardiología
CHR	Crónico
DNTL	Dental
DRGRHB	Rehabilitación drogas
GENRL	General (Atención primaria)
MED	Médico
OBS	Obstetricia
ONC	Oncología
PALL	Cuidados paliativos
PED	Pediatría
PHAR	Farmacéutico
PHYRHB	Rehabilitación física
PSYCH	Psiquiatría
SURG	Cirugía
AMB	Ambulatorio (consulta)
EMER	Urgencias
FIELD	Atención externa (accidente externo)
HH	Atención en el hogar

¹ ActCode [<http://www.hl7.org/v3ballot/html/infrastructure/vocabulary/ActCode.htm>]

IMP	Hospitalización
SS	Hospital de día
VR	Virtual (atención telefónica, videoconferencia)

- Identificador de episodio (relativo al sistema que lo genera) En *encompassingEncounter /id*. Es un campo obligatorio.
- Fecha del episodio (datos obligatorios):
 - Fecha de inicio: en *encompassingEncounter/effectiveTime/low/@value*
 - Fecha de fin: en *encompassingEncounter/effectiveTime/high/@value*
Si el episodio no ha finalizado no tendrá fecha de finalización y el elemento *high* no aparecerá.
- Ubicación física en la que se desarrolla el episodio:
 - El centro se indicará en *encompassingEncounter/ location /healthCareFacility /id/@extension* cuyo *@root* es "2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5" . Es un dato obligatorio.
 - Si el paciente está ingresado en el centro (y es información relevante para la atención), se envía el código de la habitación en el elemento *encompassingEncounter/ location /healthCareFacility /id/@extension* cuyo *@root* corresponda a un OID de las habitaciones del centro.
 - Si el paciente está ingresado en el centro (y es información relevante para la atención), se envía el código de la cama en el elemento *encompassingEncounter/ location /healthCareFacility /id/@extension* cuyo *@root* corresponda a un OID de las camas del centro.
 - Si la atención ha tenido lugar bajo una agenda determinada, se envía el código de la agenda en el elemento *encompassingEncounter/ location /healthCareFacility /id/@extension* cuyo *@root* corresponda a un OID de las agendas del centro.
 - El tipo de centro, se indicará en *encompassingEncounter/ location/healthCareFacility./code/@code*, y estará basado en el siguiente subconjunto de la tabla definida por el *@codeSystem* "2.16.840.1.113883.5.111"²:

² RoleCode [<http://www.hl7.org/v3ballot/html/infrastructure/vocabulary/RoleCode.htm>]

@code	@displayName (Tipo de centro)
HOSP	Centro Hospitalario
PAINCL	Centro de especialidades
PC	Centro de atención Primaria
COMM	Consultorio
MOBL	Unidad móvil (ambulancia, etc.)
PHARM	Farmacia
ACC	Lugar del accidente
PTRES	Hogar del paciente

- Tipo de alta. El tipo de alta se indicará en el atributo encompassingEncounter/dischargeDispositionCode /@code. El atributo @codeSystem corresponde a la clasificación de altas, definido en la tabla “2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.6”
Los posibles valores en esta tabla del elemento @code son:

@code	@displayName (Tipo de alta)
0	INDETERMINADO
1	DOMICILIO - FIN DE CUIDADOS
2	TRASLADO DE HOSPITAL
3	ALTA VOLUNTARIA
4	EXITUS
0	INDETERMINADO
5	PASO A CEX
6	PASO A HOSPITALIZACIÓN
7	PASO A URGENCIAS
9	OTROS
10	EXITUS EXTRAMUROS
11	TRASLADO A CENTRO SOCIO SANITARIO

2.1.17. Orden asociada [inFullfillmentOf/ Order]

En el caso que un documento esté vinculado a una orden o petición, éste elemento permite describir la misma:

```
<!-- Descripción de la petición -->
<inFullfillmentOf>
  <order>
    <!-- Id de la petición -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.1.26" extension="2854"/>
    <priorityCode code="R" displayName="Normal" codeSystem="2.16.840.1.113883.5.7"/>
  </order>
</inFullfillmentOf>
```

Este elemento permite describir los siguientes datos:

- Identificador único de la petición, obligatorio, en el elemento order/id
- Tipo de prestación solicitada, en el elemento order/code/@code, codificado en alguna de las siguientes codificaciones:

@codeSystem	@ codeSystemName (Tipo de codificación)
SERAM	2.16.840.1.113883.2.19.30.1
LOINC	2.16.840.1.113883.6.1
CIE 9 MC	2.16.840.1.113883.6.2
CIE 10	2.16.840.1.113883.6.3
SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.5
NIC	2.16.840.1.113883.6.15
NOC	2.16.840.1.113883.6.16
NANDA	2.16.840.1.113883.6.204
IB	2.16.840.1.113883.6.18
ACR	2.16.840.1.113883.6.76
CIAP 2	2.16.840.1.113883.6.44

- Tipo de prioridad, en el elemento order/priorityCode/@code.
El atributo @codeSystem será "2.16.840.1.113883.5.7", por lo que el valor de @code estará entre los siguientes:

@code	@displayName (Tipo de prioridad)
A	Tan pronto como sea posible
CR	Tan pronto los resultados estén disponibles.
EM	Emergencia
P	Preoperatorio
PRN	Según necesidad
R	Rutina
RR	Inmediatamente
S	Máxima prioridad
T	Crítico
UR	Urgente

2.1.18. Participante (solicitante de una orden) [participant typeCode="REF"]

En caso que el CDA documente una orden, es necesario almacenar también el profesional solicitante. Esto se realiza a través del elemento *ClinicalDocument/participant* con un atributo @typeCode con valor "REF".

```
<!-- Solicitante de la orden -->
<participant typeCode="REF">
  <!-- fecha de solicitud de la orden -->
  <time value="20082104"/>
  <associatedEntity classCode="ASSIGNED">
    <!-- dni -->
    <id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
    <associatedPerson>
      <name><given>Alberto</given><family>Sáez</family><family>Torres</family></name>
    </associatedPerson>
  </associatedEntity>
</participant>
```

La información a transmitir en este elemento es:

- Fecha de la petición. Dato obligatorio en el elemento participant/time/@value
- Identificador del solicitante, en el elemento participant/ associatedEntity/id
- Nombre, en el elemento participant/ associatedEntity /associatedPerson/name/given
- 1º Apellido, en el elemento participant/ associatedEntity /associatedPerson/ name/ family[1]
- 2º Apellido, en el elemento participant/ associatedEntity /associatedPerson/ name/ family[2]

2.1.19. Participante (país o CCAA de origen) [participant typeCode="COV"]

En caso que el CDA documente una orden, es necesario almacenar también el profesional solicitante. Esto se realiza a través del elemento *ClinicalDocument/participant* con un atributo @typeCode con valor "REF".

El elemento permite enviar la información asociada al país o Comunidad Autónoma responsable último de la cobertura del paciente. La información que se envía depende del valor de participant[@typeCode="COV"]/ associatedEntity[@classCode="GUAR"] / code/@codeSystem:

- Si es "2.16.840.1.113883.2.19.40.4", entonces el elemento code/@code contiene el código ISO de la CCAA Autónoma responsable del paciente, y /@displayName su nombre.
- Si es "1.0.3166.1.2", entonces el elemento code/@code contiene el código de 2 letras del país responsable del paciente, y code/@displayName su nombre.

```
<!-- CCAA responsable del paciente -->
<participant contextControlCode="OP" typeCode="COV">
  <associatedEntity classCode="GUAR">
    <!-- CCAA responsable del aseguramiento del paciente -->
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.40.4" code="CL" displayName="Comunidad de Castilla y León"/>
  </associatedEntity>
</participant>
```

2.1.20. Acto clínico [documentationOf/ ServiceEvent]

En el caso que un documento esté describiendo un acto clínico sobre un paciente (una actuación, un procedimiento, etc.), éste elemento permite describirle:

```
<!-- Descripción del procedimiento realizado -->
<documentationOf>
  <serviceEvent>
    <!-- Id del procedimiento -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.26.3" extension="54489"/>
    <!-- Descripción del procedimiento realizado -->
    <code code="7054" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.30.46" codeSystemName="SERAM"/>
    <!-- Inicio y fin del procedimiento -->
    <effectiveTime>
      <low value="200822031435"/>
      <high value="200822031510"/>
    </effectiveTime>
  </serviceEvent>
</documentationOf>
```

Este elemento permite describir los siguientes datos:

- Identificador único del procedimiento realizado, en el elemento `serviceEvent/order/id`.
- Tipo de procedimiento realizado, en el elemento `serviceEvent/ order/code/@code`, codificado en alguna de las siguientes codificaciones:

@codeSystem	@codeSystemName (Tipo de codificación)
SERAM	2.16.840.1.113883.2.19.30.1
LOINC	2.16.840.1.113883.6.1
CIE 9 MC	2.16.840.1.113883.6.2
CIE 10	2.16.840.1.113883.6.3
SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.5
NIC	2.16.840.1.113883.6.15
NOC	2.16.840.1.113883.6.16
NANDA	2.16.840.1.113883.6.204
IB	2.16.840.1.113883.6.18
ACR	2.16.840.1.113883.6.76
CIAP 2	2.16.840.1.113883.6.44

- Fecha de realización `serviceEvent/ effectiveTime`:
 - Momento inicial (`serviceEvent/ effectiveTime/low/@value`)
 - Momento final (`serviceEvent/ effectiveTime/high/@value`)

2.2. *Cuerpo del documento*

El cuerpo del documento se define por todo el contenido que existe por debajo del elemento ClinicalDocument/component

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<ClinicalDocument xmlns="urn:hl7-org:v3" classCode="DOCCLIN" moodCode="EVN" >
  ( ....)
  <!--
    *****
    * CUERPO DEL DOCUMENTO
    *****
  -->
  <component typeCode="COMP" contextConductionInd="true">
    <structuredBody>
      <component>
        <section>
          <title>DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN</title>
          <text> (...) </text>
        </section>
      </component>
    </structuredBody>
  </component>
</ClinicalDocument>
```

El CDA permite enviar tanto contenido estructurado (donde todos los elementos son tablas, etc.) y no estructurado (pdf, Word, etc.)

2.2.1. Contenido cuerpo no estructurado.

Para incluir un cuerpo no estructurado, esto se realiza de la siguiente manera:

- El elemento ClinicalDocument/component sólo debe tener un único nodo hijo llamado "nonXMLBody".
- El elemento XMLBody debe contener un elemento text con el contenido del PDF en base64.
- El elemento ClinicalDocument/ component /nonXML/text deberá valuar de la siguiente forma sus atributos:
 - El atributo @representation tendrá el valor "B64" pues el contenido será base64 siempre.
 - El atributo @mediaType contendrá el valor MIME del tipo de contenido. Bajo CDA se permiten los siguientes contenidos:

-

TIPO	@value
PDF	application/pdf
FORMATO RTF	application/rtf
IMAGEN (jpeg)	image/jpeg
IMAGEN (png)	image/png
IMAGEN (gif)	image/gif
IMAGEN (tiff)	image/tiff
DICOM (imagen, documento)	application/dicom

```

<component typeCode="COMP" contextConductionInd="true">
  <nonXMLBody>
    <!-- El PDF se incluye, en base64 -->
    <text representation="B64" mediaType="application/pdf">
      ZJkMXCZKLKLSDFAAALSDFLKSADJFKLTSADJldk3ei,wettio348356knweg894q5njsdgqusdg
      asdffkj4tqDDASFASDncvilaLKASDFOLSDFAKLSDFASDFSDA
      (...)
      LWKJWERPM,VCWDFFM,.fTHKLJBVgo=
    </text>
  </nonXMLBody>
</component>

```

2.2.2. Contenido estructurado.

Se entiende contenido estructurado de CDA por aquel en el que la información cuyo destino es la visualización a través de un ser humano está codificada utilizando los elementos de marcado de CDA definidos en los “Narrative-Text” (texto narrativo) detallado a continuación en esta guía.

El contenido estructurado está definido a través de secciones que permiten organizar por contenido la información de los documentos.

Cada sección se define en un elemento ClinicalDocument/structuredBody/component/section

Cada sección tiene un título descriptivo, en el elemento section/title. Permite también codificar su contenido en el elemento section/code (que seguirá la codificación de secciones LOINC).

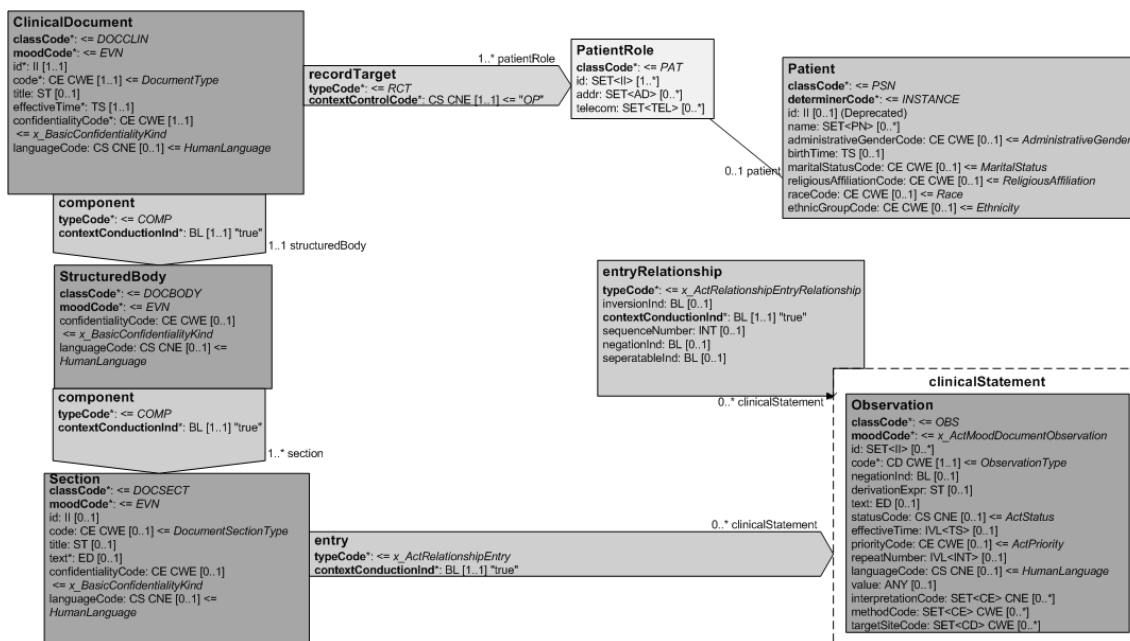
El contenido descriptivo de cada sección (lo que compondrá el informe que se mostrará) se definirá en el elemento ClinicalDocument /structuredBody/ component/section/text a través de los elementos definidos en el “Narrative Text” de CDA.

```
<structuredBody>

  <component>
    <section>
      <title>DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN</title>
      <text>
        <table>
          <tbody>
            <tr><td>Fecha de Ingreso </td> <td>>22/02/2008 10:30</td> </tr>
            <tr><td>Fecha del Alta</td> <td>>23/02/2008 14:20 </td> </tr>
            <tr><td>Anamnesis</td> <td>> contenido de la anamnesis ..... </td> </tr>
          </tbody>
        </table>
      </text>
      <entry> (.....) </entry>
      <entry> (.....) </entry>
      <entry> (.....) </entry>
    </section>
  </component>
</structuredBody>
```

Toda la información clínica visible en un documento estructurado deberá estar especificada a través de elementos <entry>, constituyendo los “datos clínicos” destinados a ser interpretados por un sistema automático, permitiendo que todo el contenido clínico del documento pueda ser incorporado por otro sistema.

En el dibujo a continuación, se expresa el modelo de datos más simple posible de un CDA (en el que no se hace referencia a los datos de la cabecera a excepción del paciente), con un cuerpo estructurado en secciones, y éstas compuestas de información visual (el bloque narrativo) y de información “procesable” (elementos entry compuestos de elementos observación)



2.3. Datos Clínicos

En caso que el documento CDA contenga un cuerpo estructurado, esta especificación exige que toda la información recogida en el bloque narrativo esté expresada como datos clínicos de forma que éstos puedan ser interpretados por un sistema automatizado, asegurando el máximo nivel de interoperabilidad. Esto es, que el sistema que reciba el informe pueda incorporar a sus registros toda la información clínica.

Cada elemento <entry> corresponde a un dato clínico. En función del tipo de dato (medicación, observación, etc.) la información se definirá en un tipo concreto de dato

TIPO DE INFORMACIÓN	DESCRIPCIÓN	ESTRUCTURA XML
Observación	Valor clínico con significado independiente por sí mismo Ej: fecha de ingreso, valor de INR, etc.	<pre> <observation classCode="OBS" moodCode="EVN"> <code /> <value/> </observation> </pre>
Tratamiento	Tratamiento fármaco-terapéutico	<pre> <substanceAdministration moodCode="EVN" classCode="SBADM"> <consumable> <manufacturedProduct > <manufacturedLabeledDrug/> </manufacturedProduct> </consumable> </substanceAdministration> </pre>

Observaciones

Las observaciones son conjuntos de datos que aportan información sobre el paciente en un momento dado. Comparten una estructura común que es la siguiente:

- Tipo de dato [Requerido]. Indica el tipo de observación, en base a un catálogo internacional (LOINC, CIE9-MC, SNOMED, etc.). El valor que puede tomar corresponde al subconjunto seleccionado de datos clínicos de SACYL. Estará expresado a través de un elemento <code>
- Valor [Requerido].. Corresponde al valor del dato clínico en sí. Está expresado a través del elemento <value>. En función del tipo de dato, el elemento value tendrá distinta construcción (que se definirá a través del atributo xsi:type). La siguiente tabla relaciona los tipos de datos admitidos para esta especificación:

TIPO DE INFORMACIÓN	DT (HL7)	ESTRUCTURA XML
Booleano (verdadero/falso)	BL	<value xsi:type="BL" value="true"/>
Fecha (momento)	TS	<value xsi:type="TS" value="200802231420"/>
Númérico	REAL	<value xsi:type="REAL" value="45.5"/>
Texto	ST ³	<value xsi:type="ST">contenido de la anamnesis </value>
Codificado	CD	<value xsi:type="CD" code="54" codeSystem="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.34" > <originalText>54</originalText> </value>
Identificador de instancia universal	II	<value xsi:type="II" root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D" />
Datos de contacto	TEL	<value xsi:type="TEL" value="tel:983101010"/>

³ Las reglas específicas para texto son las siguientes:

- Los tabuladores, espacios y caracteres de fin de línea se consideran espacios en blanco.
- Todos los espacios en blanco se consideran significativos. Diferentes caracteres de espacios en blanco no son intercambiables. Se tratan a través de la sección del estándar HL7 2.11 “End-of-Line Handling”

Dirección postal	AD	<value xsi:type="AD"> <city></city> <country></country> </value>
Nombre de persona	PN	<value xsi:type="PN"> <given>Alberto</given> <family>Sáez</family> </value>

- Fecha de validez [Opcional]. Corresponde a una fecha, o un rango de fechas donde es válido ese dato.

Por ejemplo, si la observación es una medición (ejemplo, valor de INR), se debe indicar la fecha de cuándo se ha realizado. Para otras fechas el valor de la fecha no tiene por qué tener sentido (por ejemplo, para el dato 'fecha de alta').

Ejemplo de observación para el valor de la anamnesis.

```
<entry>
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <!-- OID del dato clínico de anamnesis -->
    <code codeSystem="2.16.840.1.113883.6.1" code="anamnesis"/></code>
    <effectiveTime value="200802221240"/>
    <value xsi:type="ST">contenido de la anamnesis ..... </value>
  </observation>
</entry>
```

3. Datos comunes

3.1. Identificadores (II)

Los identificadores se envían en los mensajes a través de elementos <id>, calificados a través de OID.

Cada elemento <id> contiene dos atributos:

- **root** Que identifica la autoridad asignadora que ha asignado el identificador. Esto es: contiene un identificador universal que permite indicar qué tipo de identificador se está enviando (si es el NIF, el CIP, el número de póliza de la seguridad social, etc).
- **extension** Que contiene el valor del identificador en sí mismo.

Para calificar los root se han usado los OID (Object Identifiers) de ISO. Un OID permite construir de forma ordenada el conjunto de calificadores de identificadores necesario para cualquier escenario.

Así, por ejemplo, el DNI se enviaría con el siguiente elemento:

```
<id root="1.3.6.1.4.1.19126.3" extension="13166779D"/>
```

El CIP de CyL.

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1" extension="111111111111"/>
```

Para los Números de Historia Clínica, se han definido 14 ROOT diferentes (uno por cada complejo hospitalario)

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.10" extension="145643"/>
```

3.2. Códigos

De forma similar a los identificadores, los elementos `<code>`, permiten enviar códigos de catálogos o tablas maestras, indicando al mismo tiempo la tabla usada. El elemento code contiene los siguientes atributos:

- **codeSystem** Que identifica la tabla o catálogo usado. Será un identificador único acordado entre todos los participantes, o un OID si se requiere
- **code** Que contiene el código en sí mismo.

3.3. Fechas y datos de tiempo

Las fechas, momentos, etc, se envían en un tipo de dato TS (Time Stamping) que permite expresar el momento de tiempo con la exactitud con la que se conoce.

Se trata de una sucesión de números de la forma (expresada hasta segundos):

aaaaMMddhhmmss

Siendo aaaa el año, en formato de 4 dígitos. MM el mes , dd el día del mes, hh la hora (en formato 24 horas), mm los minutos y ss los segundos.

El formato se completa hasta donde se conozca. Así para enviar una fecha de nacimiento donde sólo se conozca el año y mes la información a enviar será "197003" Enviar "19700300" o "19700301" se consideraría un error, ya que se estaría especificando el día de nacimiento sin conocerse éste.

3.1. *OID (Object Identifier)*

Los elementos tipo códigos o identificadores son calificados a través de identificadores únicos o UID. En el caso de SACYL, se ha optado por el uso de los OID de ISO para definir ese tipo de identificadores.

Los OID utilizados en mensajería permiten identificar todo tipo de recursos, asegurando su unicidad. Entre estos recursos están:

- Identificadores (de personas, de mensajes, de muestras, etc.) tanto “reconocidos” como el DNI o el CIP, como locales (por ejemplo, el identificador interno de una aplicación).
- Tablas de catálogos. Tanto a nivel clínico (como por ejemplo la clasificación internacional de enfermedades –CIE9MC-) como a nivel administrativo (los diferentes tipos de coberturas de la Seguridad Social), o multipropósito (como la tabla sí/no)...

Aunque la asignación de OID está construida de forma lógica y por tanto su estructura aportaría cierta información, sería incorrecto procesar el OID para obtener datos más allá de su significado. Deben ser tratados exclusivamente como identificadores únicos. Es decir: si por ejemplo se envía como identificador de un mensaje el siguiente elemento:

```
<id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10.1" extension="27544"/>
```

Sería incorrecto asumir a raíz del identificador que la aplicación que lo envía es el HIS del HNSS ya que el ROOT contiene la raíz 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101, que es la del HNSS, y luego 100.1 que identifica al HIS en ese centro. Ese ROOT debe tratarse exclusivamente como prefijo que asegura que el id del mensaje sea único. El identificador de la aplicación emisora se enviará en el campo correspondiente (en este caso en el elemento <sender>).

```
<sender typeCode="SND">
  <device classCode="DEV" determinerCode="INSTANCE">
    <!-- Identificador único de la aplicación Emisora -->
    <!-- En este ejemplo, 2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10 es el identificador del HIS de
    HNSS -->
    <id root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.40.5.50101.100.1.10" extension="1" />
  </device>
</sender>
```

3.2. Datos desconocidos (*nullFlavor*)

Todos los elementos permiten expresar de forma completa que la información no se conoce. Para ello cuentan con el atributo @nullFlavor, que puede tomar uno de los siguientes códigos:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	DESCRIPCIÓN
OTH	otros	Otros.
UNK	desconocido	No se conoce.
ASKU	Preguntado, pero aún así desconocido	El paciente no conoce la información (por ejemplo, un paciente que desconozca su fecha de nacimiento).
NAV	No conocido por el momento	La información no está disponible en ese momento, pero se espera que lo esté en un futuro.
NASK	No preguntado	No se conoce la información, pero aún no se ha podido preguntar al paciente
MSK	Oculto por motivos de seguridad	La información está disponible pero no se envía en este mensaje por motivos de seguridad.
NA	No aplica	El dato no tiene sentido (por ejemplo, la fecha de la última menstruación para un paciente masculino).

3.3. Texto narrativo

La especificación HL7 define de forma estricta un conjunto de elementos XML basados en la especificación HTML que permiten dotar de estructura visual a todos los elementos narrativos dentro de un CD (contenido del elemento section/text).

A continuación se describen los elementos disponibles, y su equivalencia con elementos HTML:

CÓDIGO	CÓDIGO HTML
<content>	<a>
<linkHtml>	<href>

<renderMultiMedia>	<href>
<paragraph>	<p>
<sub> and <sup>	<sub>, <sup>
<list> , <item>	<list>, /
<caption>	<hd>
<footnote> and <footnoteRef>	No hay referencia
<table>, <td>, <tr>, <th>, <tbody>,<thead>	<table>, <td>, <tr>, <th>, <tbody>, <thead>
@styleCode	@style

4. ANEXO I: Informe de Alta

El propósito de este documento es describir las circunstancias en las que se ha dado de alta a un paciente tras un periodo de hospitalización.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento ClinicalDocument/templateId:

```
<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de alta -->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.2"/>
```

- Deberá existir un elemento /ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter que definirá el episodio de hospitalización del paciente. Dicho elemento indicará:
 - La fecha de inicio del episodio en el elemento effectiveTime/low
 - La fecha de fin del episodio (fecha de alta) en el elemento effectiveTime/high
 - El motivo de alta, en el elemento dischargeDispositionCode
 - La ubicación del centro donde se produce la atención, en location/healthCareFacility

5. ANEXO II: Informe de Atención Primaria

El propósito de este documento es describir el conjunto de observaciones, actuaciones y diagnósticos durante un periodo de tiempo que se hayan producido en un paciente desde atención primaria.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento ClinicalDocument/templateId:

```
<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de atención primaria -->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.3"/>
```

- Deberá existir un elemento /ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter que definirá el episodio de atención del paciente. Dicho elemento indicará:
 - La fecha de inicio de la atención en el elemento effectiveTime/low
 - La fecha de fin (que documenta el informe) en el elemento effectiveTime/high
 - El motivo de alta (si se ha producido), en el elemento dischargeDispositionCode.
 - Un identificador único asociado al periodo en el elemento id.

- El tipo de episodio, en el elemento code, indicará “GENRL”.
- Este documento no indica ni el tipo de episodio en el elemento code, ni el identificador del mismo (en el elemento id).
- La ubicación del centro donde se produce la atención, en location/healthCareFacility

6. ANEXO III: Informe de Consulta Externa

El propósito de este documento es describir el conjunto de observaciones y diagnósticos durante un encuentro de un paciente con un especialista durante una consulta.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento ClinicalDocument/templateId:

```
<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de consulta externa-->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.4"/>
```

- Deberá existir un elemento /ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter que definirá el episodio de consulta del paciente. Dicho elemento indicará:
 - La fecha de inicio de la consulta en el elemento effectiveTime/low
 - La fecha de fin de consulta en el elemento effectiveTime/high
 - El tipo de episodio como “ambulatorio”, con un valor “AMB” en el elemento code.
 - El identificador del episodio en el elemento id.
 - La ubicación donde se produce la consulta, en location/healthCareFacility

7. ANEXO IV: Informe de Cuidados de Enfermería

El propósito de este documento es describir el conjunto de observaciones, actuaciones y diagnósticos realizados desde enfermería a un paciente durante una estancia de éste en el hospital.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento ClinicalDocument/templateId:

<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de cuidados de enfermería-->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.5"/>

- Deberá existir un elemento `/ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter` que definirá el episodio de consulta del paciente. Dicho elemento indicará:
 - La fecha de inicio de la consulta en el elemento `effectiveTime/low`
 - La fecha de fin de consulta en el elemento `effectiveTime/high`
 - El tipo de episodio en `code/@code`.
 - El identificador del episodio en el elemento `id`.
 - La ubicación donde se encontraba el paciente, en `location/healthCareFacility`

8. ANEXO IV: Informe de Resultados de Laboratorio

El propósito de este documento es presentar una serie de determinaciones analíticas realizadas en un laboratorio sobre una muestra de un paciente.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento `ClinicalDocument/templateId`:

<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de resultados de laboratorio-->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.6"/>

- Al ser el resultado de una petición, deberá existir un elemento `/ClinicalDocument/ inFulfillmentOf/ order` con los datos de la petición:
 - El identificador de la petición (del sistema solicitante), en el elemento `id`.
 - La prioridad con la que se solicitó, en el atributo `priorityCode/@code`
- Si se conoce el solicitante de la orden, se envían los siguientes datos del peticionario en un elemento `ClinicalDocument / participant` con un `@typeCode="REF"` :
 - El momento en que se solicitó la orden se indica en el elemento `time/@value`.
 - Los identificadores del solicitante (DNI, etc.) se indican en los elementos `associatedEntity/ id`
 - El nombre y apellidos del solicitante en `/associatedEntity/ assignedPerson/ name`.
- Deberá existir un elemento `/ClinicalDocument/ documentationOf /serviceEvent` que definirá la determinación realizada. Dicho elemento indicará:
 - El identificador del proceso o solicitud (en el sistema que lo ha resuelto) en el elemento `id`.
 - El tipo de determinación, en `code/@code`. Este código permitirá identificar el ámbito o dominio de los procedimientos realizados.
 - El momento de inicio del servicio (momento de la extracción), en

- /effectiveTime/ low/ @value
 - El momento de fin del servicio (validación de los resultados), en /effectiveTime/ high/ @value
- Deberá existir un elemento /ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter que definirá el episodio de consulta del paciente. Dicho elemento indicará:
 - El tipo el episodio en code/@code.
 - El identificador del episodio en el elemento id.
 - La fecha de inicio del episodio donde se engloba el análisis realizado, en effectiveTime/low
 - La ubicación donde se encuentra el paciente en location/healthCareFacility

9. ANEXO V: Informe de Resultados de Diagnóstico por Imagen

El propósito de este documento es presentar las conclusiones obtenidas por un profesional médico tras haber analizado una serie de evidencias obtenidas por sistemas de diagnóstico por imagen.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento ClinicalDocument/templateId:

```
<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de resultados de diagnóstico por imagen-->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.7"/>
```

- Al ser el resultado de una petición, deberá existir un elemento /ClinicalDocument/ inFulfillmentOf/ order con los datos de la petición:
 - El identificador de la petición, en el elemento id.
 - La prioridad con la que se solicitó, en el atributo priorityCode/@code
- Si se conoce el solicitante de la orden, se envían los siguientes datos del peticionario en un elemento ClinicalDocument / participant con un @typeCode="REF" :
 - El momento en que se solicitó la orden se indica en el elemento time/@value.
 - Los identificadores del solicitante (DNI, etc.) se indican en los elementos associatedEntity/ id
 - El nombre y apellidos del solicitante en /associatedEntity/ assignedPerson/ name.

- Deberá existir un elemento `/ClinicalDocument/ documentationOf /serviceEvent` que definirá la determinación realizada. Dicho elemento indicará:
 - El identificador del proceso o solicitud (en el sistema que lo ha resuelto) en el elemento `id`.
 - El tipo de prueba realizada, en `code/@code`.
 - El momento de inicio del procedimiento diagnóstico en `/effectiveTime/ low/ @value`
 - El momento de fin del servicio (del procedimiento diagnóstico), en `/effectiveTime/ high/ @value`
- Deberá existir un elemento `/ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter` que definirá el episodio donde se engloban las pruebas diagnósticas. Dicho elemento indicará:
 - La fecha de inicio del episodio donde se engloban las pruebas realizadas, en `effectiveTime/low`
 - El tipo el episodio en `code/@code`.
 - El identificador del episodio en el elemento `id`.
 - La ubicación donde se ubica el paciente, en `location/healthCareFacility`

10. ANEXO VI: Informe estancia en Urgencias

El propósito de este documento es describir el conjunto de observaciones, actuaciones y diagnósticos realizados durante una visita del paciente a un hospital o centro de salud en el área de Urgencias.

Se aplican las siguientes reglas específicas a este documento:

- Deberá indicarse que sigue la especificación adicional para informes de alta a través del uso del siguiente elemento `ClinicalDocument/templateId`:

```
<!-- Indicador de conformidad para la guía SACYL de informes de urgencias-->
<templateId root="2.16.840.1.113883.2.19.20.17.50.8"/>
```

- Deberá existir un elemento `/ClinicalDocument/ componentOf/ encompassingEncounter` que definirá el episodio de consulta del paciente. Dicho elemento indicará:
 - La fecha de inicio de la atención (momento de llegada del paciente) en el elemento `effectiveTime/low/@value`
 - La fecha de fin de la atención (momento del alta) en el elemento `effectiveTime/high/@value`
 - El motivo de alta, en el elemento `dischargeDispositionCode`.
 - El identificador del episodio , en el elemento `id`.
 - El tipo de episodio, fijado a “EMER” (urgencias) en `code/@code`.
 - La ubicación donde se ha producido la atención en `location/healthCareFacility`

11. ANEXO: Coordinación con Estándar del SNS

La información que el sistema de intercambio del SNS solicita está en la cabecera del documento, pudiendo mapearse ésta de la siguiente manera:

Campos comunes a todos los informes

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
COD_DOCUMENTO	Identificador único del documento	concat(/ClinicalDocument/id/@root,'.',/ClinicalDocument/id/@extension)
COD_USUARIO_SNS	Identificador único del paciente en el SNS	CDA no lleva esta información. Es necesario recuperarlo en función del CIP del paciente CIP: /ClinicalDocument/recordTarget/patientRole/id[@root='2.16.840.1.113883.2.19.20.17.10.1']/@extension
COD_CENTRO	Código de centro emisor del documento	El código que se envía en CDA corresponde al código SACYL. Es necesario mapear con el código HCDSNS Código SACYL: /ClinicalDocument/author/assignedAuthor/id/@extension
COD_ESPECIALIDAD	Código de especialidad responsable de la emisión del	El código que se envía en CDA corresponde al código SACYL. Es necesario mapear con el código HCDSNS Código SACYL: /ClinicalDocument/author/assignedAuthor/representedOrganization/asOrganizationPartOf/code/@code
NOMBRE_REFERENCIA	Nombre médico responsable	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity/assignedPerson/name/given
APELLIDO1_REFERENCIA	1º Apellido médico responsable	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity/assignedPerson/name/family[1]
APELLIDO2_REFERENCIA	2º Apellido médico responsable	/ClinicalDocument/legalAuthenticator/assignedEntity/assignedPerson/name/family[2]
NUMERO_HISTORIA		Este valor no existe en SACYL.
FLAG_OCULTO	Marcador si hay datos o no ocultos en la comunidad	0: Si /ClinicalDocument/confidentialityCode/@code='N' 1: Resto de casos
UNIDAD	¿?	

- **Específicos del Informe de alta**

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
FECHA_ ALTA	Fecha de alta de paciente	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime/high/@value

- **Específicos del Informe de Atención Primaria**

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
FECHA _INICIO_ PERIODO	Inicio periodo	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime/low/@value
FECHA _FIN_ PERIODO	Fin periodo	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime/high/@value

- **Específicos del Informe de consulta externa**

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
FECHA DE CONSULTA	Fecha donde se realizó la consulta	Corresponde a los 8 primeros dígitos del momento de inicio de la consulta substring(/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime/low/@value,0,9)

- **Específicos del Informe de Cuidados de enfermería**

Nota: la especialidad en este caso es siempre “ENFERMERÍA”

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
COD_DISPOSITIVO_ASISTENCIAL	Código del dispositivo asistencial	El código que se envía en CDA corresponde al código SACYL. Es necesario mapear con el código HCDSNS /ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/code/@code
FECHA_DERIVACION	Fecha de derivación	Corresponde a los 8 primeros dígitos del momento de fin de atención substring(/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime/high/@value,0,9)

- **Específicos del Informe de Resultados de Imagen**

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
COD_EXPLORACION	Código del tipo de procedimiento realizado	El código que se envía en CDA corresponde al código SERAM. Es necesario mapear con el código HCDSNS /ClinicalDocument/inFulfillmentOf/order/code/@code
FECHA DE EXPLORACIÓN	Fecha de exploración	Corresponde a los 8 primeros dígitos del momento de inicio del procedimiento substring(/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent[1]/effectiveTime/low/@value,0,9)

- **Específicos del Informe de Resultados de laboratorio**

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
FECHA_MUESTRA	Fecha de recogida de la muestra	substring(/ClinicalDocument/documentationOf/serviceEvent[i]/effectiveTime/low/@value,0,9)
COD_TIPO_MUESTRA	Dominio al que pertenece la prueba solicitada	Es un código ligado a la determinación, por lo que será necesario realizar un mapeo entre las tablas SACYL y las HCDSNS /ClinicalDocument/inFulfillmentOf/order/code/@code
COD_GRUPO_DETERMINACION	Código del tipo de procedimiento realizado	El código que se envía en CDA corresponde al código SACYL. Es necesario mapear con el código HCDSNS /ClinicalDocument/inFulfillmentOf/order/code/@code
FECHA_FIRMA	Fecha de la firma del documento	Corresponde a los 8 primeros dígitos del momento de firma del documento substring(/ClinicalDocument/legalAuthenticator/time/@value,0,9)

- **Específicos del Informe de Urgencias**

CAMPOS Y TABLAS HCDSNS		
COD_DISPOSITIVO_ASISTENCIAL	Código del la unidad asistencial	El código que se envía en CDA corresponde al código SACYL. Es necesario mapear con el código HCDSNS /ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/location/healthCareFacility/code
FECHA_ALTA	Fecha del alta del paciente	/ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/effectiveTime/high/@value