



ORIGINAL

## Calidad del registro de la información acerca del consumo de antiinflamatorios y analgésicos en la Historia clínica del Centro de Salud

M.D. González-Navarro<sup>a,\*</sup>, M. Gómez-Zapata<sup>b</sup>, M.D. Pérez-Cárceles<sup>b</sup>, S. Poveda-Siles<sup>c</sup> y A. Luna-Maldonado<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Área V, Murcia, España

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Área de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Espinardo, Murcia, España

<sup>c</sup> Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Jumilla, Área V, Murcia, España

Recibido el 23 de mayo de 2011; aceptado el 13 de julio de 2011

Disponible en Internet el 11 de diciembre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Analgésicos;  
Antiinflamatorios;  
Atención primaria de salud;  
Registros médicos;  
Información al paciente;  
Uso de medicamentos

### Resumen

**Introducción:** Analizar en las historias clínicas de un centro de salud la existencia o no de datos acerca del proceso de información sobre los efectos secundarios e interacciones de los analgésicos y antiinflamatorios en una población, y establecer asimismo el perfil de los pacientes respecto a la existencia o no de información a este respecto en su historia clínica. La historia clínica no es solo un documento que nos exige la ley, sino que es o debe ser una herramienta asistencial de primer orden, que facilita y ayuda en el proceso asistencial. La cumplimentación adecuada de las historias clínicas es una obligación del profesional además de ser nuestra herramienta de trabajo, pero en la historia clínica de atención primaria no siempre se registra la información generada durante la práctica asistencial.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Se revisaron las historias clínicas de 232 pacientes pertenecientes a los 8 cupos informatizados del centro de salud, mayores de 18 años y que dieron su consentimiento verbal para la inclusión en el estudio, pertenecientes al Centro de Salud Mariano Yago de Yecla (Área V, comunidad de Murcia).

**Resultados:** El 21,6% de los facultativos anota en la historia que proporciona información sobre los efectos secundarios e incompatibilidades de la prescripción de analgésicos y antiinflamatorios. Los factores que se relacionan con la ausencia de haber proporcionado información en la historia clínica son: el tipo de prescripción, el tipo de analgésico y antiinflamatorio prescritos, las variables sobre la función renal y el cumplimiento de la gastroprotección.

**Conclusiones:** En las historias clínicas faltan registros sobre la información que se proporciona al paciente consumidor de analgésicos y antiinflamatorios.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mngdulce@gmail.com](mailto:mngdulce@gmail.com) (M.D. González-Navarro).

**KEYWORDS**

Analgesics;  
Anti-Inflammatory  
drug;  
Primary Health Care;  
Medical records;  
Patient information;  
Drug use

## Quality recording of information in the Health Centre medical records on the use of analgesic and anti-inflammatory drugs

**Abstract**

*Introduction:* To examine medical records within a health centre to determine whether there are data in the information process on the secondary effects and interactions of analgesic and anti-inflammatory drugs, and to determine the patient profile as regards whether or not this information is recorded in their medical records.

*Material and methods:* Descriptive, cross-sectional study based on electronic medical records in the Mariano Yago Primary Care Centre in Yecla (Murcia), Spain. A systematic random sample of 232 electronic medical records was reviewed. All the 232 patients, of legal age, gave their consent to review of their electronic medical records for the purposes of the study.

*Results:* The percentage of doctors who recorded the fact that they had provided information regarding secondary effects and non-compatibilities of the prescription of analgesic and anti-inflammatory drugs was 21.6%. The factors involved in the non-recording of this information in the medical record were the type of prescription, the type of analgesic and anti-inflammatory drug prescribed, glomerular filtration, and adequate gastrointestinal protection.

*Conclusions:* The degree of compliance to patients rights to information about treatment with analgesic and anti-inflammatory drugs is low.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

**Introducción**

La historia clínica es una herramienta asistencial que puede tener implicaciones de orden legal si no se cumplimenta adecuadamente; el profesional médico debe tener presente que una correcta historia clínica es una ayuda esencial en el proceso asistencial y una garantía de defensa en una posible reclamación<sup>1,2</sup>. La regulación legal que obliga a la cumplimentación correcta de la historia clínica en España está definida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>3</sup>. Desde una perspectiva práctica, la historia clínica debe recoger no solo los datos de exploración sino también la información relevante proporcionada al paciente, lo facilita el proceso de información al paciente. El cumplimiento del deber de información asistencial es una garantía de calidad asistencial además de ser un deber legal. Según la Ley de Autonomía del paciente, la información será esencialmente verbal; el artículo 4.1 señala que debe dejarse constancia en la historia clínica de que se ha proporcionado verbalmente la información. La información relacionada con la salud debe tener en cuenta el bienestar del paciente y los derechos constitucionales<sup>4-8</sup>.

Sobrequés y Piñol en su artículo «Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados» afirman que solo el 18,3% de las historias clínicas de atención primaria que revisan contienen un conjunto de datos de interés sanitario<sup>9</sup>. Pedrera-Carbonell et al., en su artículo «Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencial en atención primaria» concluyen que los documentos validados no reflejan adecuadamente la realidad de la demanda sanitaria<sup>10</sup>.

Resulta básico concienciar al personal sanitario sobre la adecuada cumplimentación de las historias clínicas, ya que además de ser una obligación legal, es la herramienta que refleja su trabajo.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los fármacos más prescritos en todo el mundo, junto con los analgésicos son los fármacos de uso más habitual en los pacientes con enfermedades reumáticas y del aparato locomotor<sup>11,12</sup>. La prevalencia del consumo de analgésicos y AINE en la población general oscila entre el 12 y el 30%<sup>13-15</sup>.

El objetivo de este trabajo ha sido analizar las referencias a la información clínica sobre el tratamiento de analgésicos y antiinflamatorios en los pacientes consumidores de estos fármacos y describir los factores del paciente que intervienen en la misma, revisando las historias clínicas informatizadas.

**Material y métodos**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal. La muestra se obtuvo a través de un muestreo aleatorio simple de un total de 12.364 historias clínicas informatizadas, pertenecientes al Centro de Salud Mariano Yago de Yecla (Área V, Región de Murcia) para una prevalencia del consumo de analgésicos y antiinflamatorios esperada del 19%, un error de estimación del 5% y un intervalo de confianza del 95%; el tamaño muestral que resultó fue de 232 historias clínicas. Se ha utilizado el dato de prevalencia del 19% para el cálculo del tamaño muestral porque según los estudios españoles y europeos la prevalencia del consumo oscila entre entre 15-31%<sup>14-18</sup>. El muestreo aleatorio simple se realizó a través de los programas informáticos: OMI estadístico y CIVITAS.

La edad media de los pacientes es de 49,25 años, con un rango de edades comprendido entre 22 y 87 años. De la muestra de 232 pacientes, 74 pacientes consumían analgésicos y antiinflamatorios, la edad media fue de 53,35 años, un rango de edades entre 25 y 87 años y el 60,8% de las historias pertenecían a mujeres, mientras que el 39,2% correspondió a varones. La edad media de las mujeres consumidoras

de analgésicos y antiinflamatorios fue de 50,267 y la de los varones fue de 58,139.

El estudio se ha realizado a través de la revisión de las historias clínicas informatizadas; se creó una hoja de registro para las 38 variables y se aplicó un protocolo de cumplimentación para la recogida sistemática de los datos con el fin de disminuir errores en su recogida. En cuanto a la dimensión temporal se realizó la prueba piloto en febrero de 2006 y la medición comprendida entre los meses de marzo y julio de 2006, los datos hacen referencia al año 2005.

Para el control del sesgo de información, la recogida de datos se hizo siguiendo unas instrucciones prediseñadas, aplicándose de forma similar en cada una de las historias, se realizó una prueba piloto con 33 historias y posteriormente se repitió la recogida de datos con las mismas historias de nuevo para garantizar que la recogida de datos fuera homogénea.

Sobre las consideraciones éticas, cabe comentar que se obtuvo el consentimiento verbal para revisar las historias clínicas de todos los pacientes que formaron parte de la muestra (contacto telefónico), 11 pacientes solicitaron que no se revisara su historia, por lo que fueron sustituidos de forma aleatoria por otros 11 pacientes a través de los programas estadísticos mencionados anteriormente.

Se respetaron las normas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, también se ha mantenido la confidencialidad de los datos de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Murcia.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 18 años, pertenecientes a los 8 cupos informatizados del centro de salud y que dieron su autorización para la inclusión en el estudio. Se decidió excluir a los pacientes menores de 18 años, porque los estudios utilizados para el cálculo de la prevalencia del consumo de analgésicos y antiinflamatorios no incluyen esta franja de edad.

Se decidió no estudiar los factores asociados al profesional porque se observó que podía existir un sesgo de información de difícil control, ya que durante la prueba piloto y durante la recogida de datos, se observó que en muchos de los cupos había anotaciones de más de 3 profesionales, además de que en 2005, el médico residente en algunos casos no tenía clave propia porque escribía en la historia supervisado por su tutor. Por tanto, hemos decidido estudiar únicamente el perfil de los pacientes. Las variables analizadas han sido: características sociodemográficas (edad, fecha de nacimiento, sexo, grupos de edad); comorbilidad (enfermedad cerebrovascular y/o cardiovascular, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad hepática, enfermedad gastroduodenal); variables sobre función renal (creatinina sérica del paciente, estimación del filtrado glomerular a través de la fórmula de Cockcroft-Gault, cálculo del filtrado glomerular a través de la fórmula MDRD); características del motivo de consulta (tipo y motivo de la prescripción, tipo y clasificación del dolor, motivo de uso previo de analgésicos-antiinflamatorios [A-A]); características del fármaco (analgésico-antiinflamatorio no opioide, opioide menor, opioide mayor, uso y tipo de coadyuvante, dosis, alcance de dosis máxima, número de fármacos

nuevos, tipo de analgésicos-antiinflamatorios previos y su dosis); información clínica (registro en la historia clínica informatizada de que se proporcionara o no información al paciente sobre los efectos secundarios, efectos adversos, contraindicaciones o riesgos); profilaxis de la gastropatía por AINE (indicación de gastroprotección, cumplimiento de gastroprotección, factor de riesgo para realizarla, tipo y dosis del fármaco gastroprotector); tipo de prescripción (atención primaria, automedicación y prescripción inducida [el médico de atención primaria realiza la receta de un fármaco prescrito por otro profesional]).

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15 para el tratamiento estadístico. Se aplicó un estudio descriptivo para todas las variables, frecuencias en las variables ordinales y cualitativas y con la media, desviación estándar, rango y varianza en las numéricas. Para el estudio de la asociación entre variables se aplicó la prueba de la ji al cuadrado (coeficiente de Pearson), la V de Kramer y el coeficiente de verosimilitudes, estableciéndose como límite de la significación la p menor o igual a 0,05. Para el análisis de muestras independientes se utilizó la prueba de Levene para la igualdad de varianzas.

## Resultados

En el 78,4% de las historias clínicas, el profesional no reflejó que hubiera proporcionado información al paciente sobre los efectos secundarios del tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios.

No se observan diferencias significativas en cuanto a las variables sexo y edad con respecto a la variable registro de información recibida. En el grupo de edad de los pacientes mayores de 40 años se dejó constancia de que se les informaba en un 81,3%.

El análisis de la relación entre la presencia de información y las variables sobre comorbilidad (enfermedad cardiovascular y/o cerebrovascular, hipertensión, enfermedad respiratoria, hepática o gástrica), tipo de dolor, alcance de dosis máxima, tipo de analgésico previo o motivo previo de prescripción, no presenta diferencias estadísticamente significativas.

Los cruces estadísticamente significativos de la variable registro de información con respecto a otras variables han sido: tipo de prescripción ( $p=0,047$ ), tipo de analgésicos y antiinflamatorios ( $p=0,033$ ), parámetros de estimación de la función renal: valor de creatinina sérica ( $p=0,001$ ), aclaramiento de creatinina MDRD ( $p=0,001$ ) y aclaramiento de creatinina de Cockcroft-Gault ( $p=0,024$ ), cumplimiento de gastroprotección ( $p=0,009$ ).

El análisis de la ji al cuadrado para valorar la asociación entre la variable información al paciente y la variable tipo de prescripción fue significativamente estadístico con una  $p=0,047$ . En el 87,5% de las prescripciones realizadas por atención primaria sí constaban en la historia referencias a la información. En la prescripción inducida, el porcentaje de pacientes en los que no se registró que se informaba supuso el doble. Entre los pacientes que se automedicaron no se dejó constancia en ninguna historia de que se explicara los riesgos de la automedicación.

La prueba de la ji al cuadrado en el análisis de las variables información al paciente y tipo de analgésicos y

antiinflamatorios fue significativamente estadística con un resultado de  $p=0,033$ . En la prescripción de paracetamol, no se reflejó en ningún caso que se proporcionara información sobre sus efectos secundarios. En los pacientes consumidores de ibuprofeno o la asociación de ibuprofeno más arginato de lisina se reflejó en la historia que recibían información en menor proporción (31,3 frente a 39,7%), en cambio, en los pacientes que consumieron el dexketoprofeno, otros fármacos como el naproxeno, el piroxicam y el metamizol y la combinación de AINE con otros fármacos, se anotó con mayor frecuencia en sus historias que recibían información.

La prueba de la  $\chi^2$  al cuadrado en el análisis de las variables información al paciente y valor de creatinina sérica, estimación del aclaramiento de creatinina por MDRD y Cockcroft-Gault fue de  $p=0,001$  para las 2 primeras y de  $p=0,024$  para la fórmula de Cockcroft-Gault. El valor de creatinina sérica y los datos para calcular el aclaramiento se registraron en el 20% de las historias.

La prueba de la  $\chi^2$  al cuadrado en el análisis de las variables información al paciente y cumplimiento de gastroprotección fue de  $p=0,009$ .

En aquellos pacientes en los que la profilaxis de la gastropatía por AINE estaba indicada y en aquellos en los que existió un adecuado cumplimiento de la misma fue más frecuente anotar que se informaba.

En la revisión de las historias clínicas de nuestros pacientes nos planteamos que puede existir un infradiagnóstico de enfermedades como la renal, hepática, digestiva, cerebrovascular y/o cardiovascular e hipertensión arterial, ya que se observan carencias en los registros de las historias clínicas, tanto entre los pacientes consumidores como entre los pacientes no consumidores, aunque esto no deja de ser una observación, dado que nuestro estudio no se diseñó para valorar este dato.

## Discusión

Como posibles limitaciones de nuestro estudio cabe citar el sesgo de información en el proceso de la recogida de datos; para controlar este sesgo diseñamos un protocolo de recogida de datos para aplicarlo de forma similar en cada paciente y además realizamos una prueba piloto de recogida de datos.

Existe un déficit en la cumplimentación adecuada de las historias clínicas para la variable registro de información al paciente, solo en el 21,6% de las historias se hace mención de que se proporciona información al paciente sobre los efectos secundarios del tratamiento con estos fármacos, en otros estudios se indica un infraregistro en las historias inferior al 50%<sup>10,19,20</sup>. Hemos observado determinadas situaciones que se relacionan con una probabilidad mayor de que sí consten en la historia referencias a la información, tipo de prescripción, tipo de fármaco, enfermedad renal o cumplimiento de la gastroprotección.

Con respecto a la variable tipo de prescripción se ha observado que entre los pacientes que recibían la prescripción inducida se hacían menos referencias a la información, probablemente porque se pensaba que el facultativo que realizó la primera prescripción ya realizó la labor de información. Entre los pacientes que se automedican, a pesar de los peligros de esta práctica, no existen referencias acerca

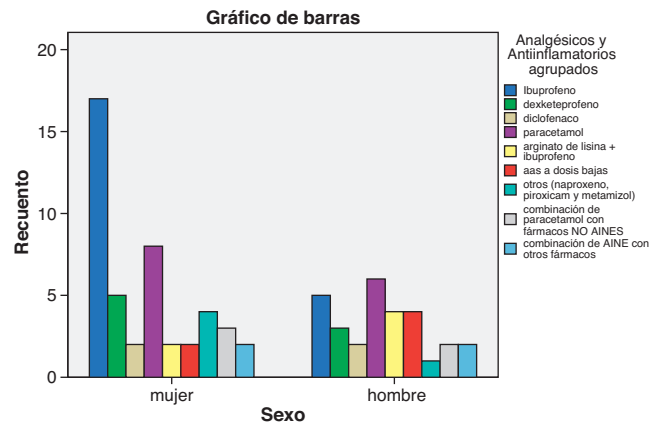


Figura 1 Consumo de analgésicos y antiinflamatorios según el sexo.

de la información de los riesgos del consumo de estos fármacos.

El grupo de mayor edad presenta más riesgos de comorbilidad asociada, lo cual justifica que se anote con mayor frecuencia que se les informa. Pensamos que las referencias a la información clínica son menores en los pacientes consumidores de paracetamol o ibuprofeno porque son fármacos de consumo universal.

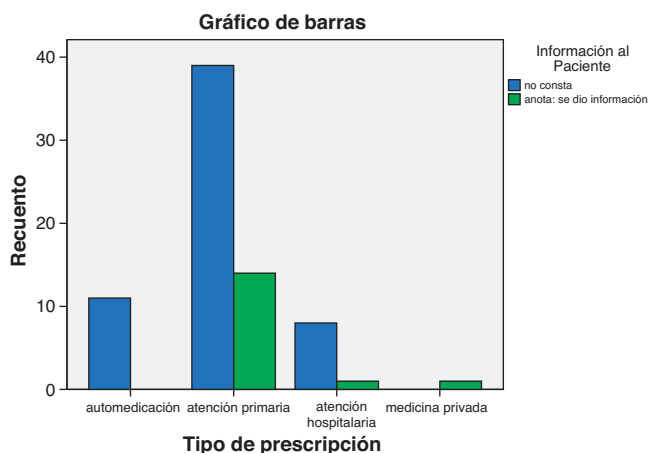
En las historias clínicas donde sí se anotan y describen variables sobre enfermedad renal es más frecuente encontrar referencias a la información sobre los perjuicios de estos fármacos, probablemente porque, entre los pacientes con mayor comorbilidad renal, el facultativo se preocupa por las interacciones de estos fármacos y realiza de forma sistemática y completa el proceso de cumplimentación de las historias.

La prescripción de gastroprotección (60,5%) debe aumentarse si la comparamos con estudios previos<sup>20,21</sup>. En este grupo de pacientes fueron más frecuentes los registros sobre consejos de información.

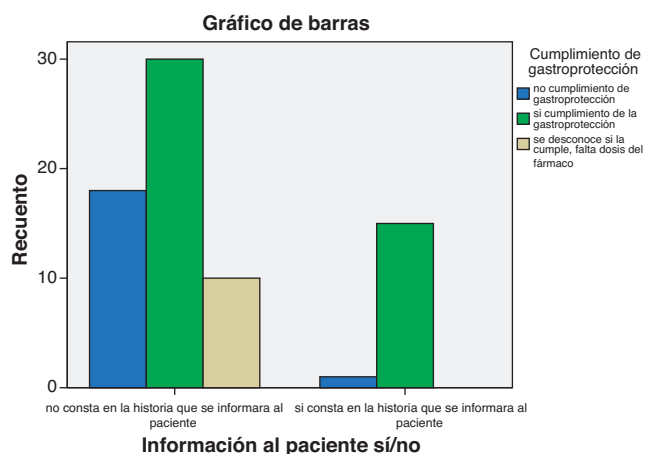
Aunque existen numerosos estudios sobre el registro en las historias clínicas de atención primaria, no hemos encontrado trabajos que aborden el registro de la información en atención primaria y el consumo de analgésicos y antiinflamatorios, por lo que no podemos contrastar nuestros resultados (fig. 1).

Se ha observado una inadecuada cumplimentación de las historias, tanto para la variable información como para otras variables, por ejemplo variables sobre función renal y comorbilidad; de hecho, la prevalencia observada para enfermedades como la renal, hepática, respiratoria o digestiva es mucho menor que las cifras de la bibliografía actual, aunque evaluar esto no era un objetivo de nuestro estudio, si ha podido suponer un problema metodológico (figs. 2-4).

Faltan datos en las historias clínicas (para el cálculo del aclaramiento de creatinina) para determinar el riesgo del consumo de los analgésicos y antiinflamatorios. Se obtiene mayor registro de la información sobre el consumo de estos fármacos en los pacientes de mayor edad, cuando se combinan varios analgésicos o cuando se utilizan los de mayor potencia, probablemente porque se identifican los riesgos. La comorbilidad del paciente no está relacionada

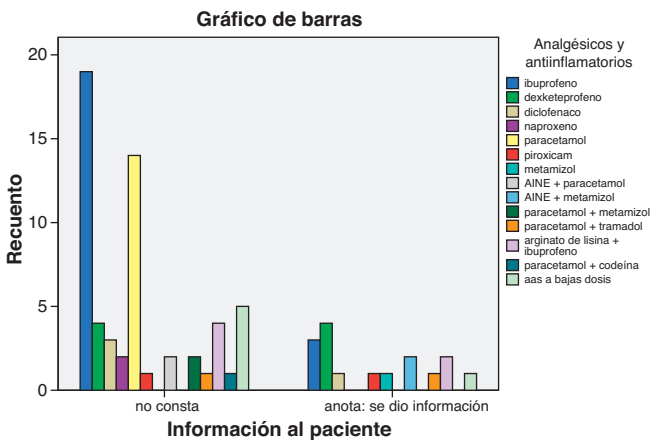


**Figura 2** Registro de información al paciente y tipo de prescripción.



**Figura 3** Registro de información al paciente y cumplimiento de gastroprotección.

estadísticamente con mayor o menor registro de la información, luego no se prioriza. Cuando la prescripción es inducida o existe automedicación se registran menos consejos sobre el consumo de estos fármacos. Como se ha comentado existe



**Figura 4** Registro de información y tipo de analgésico y antiinflamatorio.

un infraregistro de la variable información, pero también de otros datos esenciales de la historia.

El hecho de que no se anote en la historia que se informa a los pacientes no implica que no se les informe, de hecho pensamos que se informa con mayor frecuencia de la que se ha registrado<sup>10,19</sup>, pero quizás la dinámica de la consulta y las características de la relación longitudinal médico-paciente de la consulta de atención primaria influyen negativamente en la cumplimentación adecuada de las historias, tanto para la variable información como para otras. El hecho de dejar constancia en la historia clínica del procedimiento de informar mejora el proceso asistencial; es importante concienciar al personal sanitario sobre la adecuada cumplimentación de las historias clínicas, ya que son una herramienta fundamental de nuestro trabajo, además de las implicaciones médico-legales que puede suponer no realizarla.

La generalización del consumo de analgésicos y antiinflamatorios «bien por prescripción, bien por automedicación» merma el derecho a la información del paciente acerca de los efectos adversos, secundarios, interacciones, etc., ya que su uso global ha banalizado sus riesgos. Por ejemplo, los AINE son los fármacos más prescritos en todo el mundo y el consumo de analgésicos y antiinflamatorios es creciente. Por otro lado, la sistemática de la consulta de atención primaria no favorece la adecuada cumplimentación de las historias clínicas.

## Responsabilidades Éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Sobrequés J, Piñol JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria*. 2001;28:535-42.
2. Fernández-Valdivia A, Ocón P, Osuna E, Luna A. Placing medical information in the hands of the judiciary: medical problems. *Med Law*. 1994;13:277-83.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274-2002 de 15 de noviembre de 2002.
4. Luna A, Osuna E. Los derechos de los enfermos. En: Gisbert Calabuig AJ, editor. *Medicina Legal y Toxicología*. Salvat, Barcelona: Masson; 2000.

5. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez-Barranco JE, Osuna-Carrillo de Albornoz E, Luna-Maldonado A. The patient's right to information in primary care. *Aten Primaria*. 2006;37:69-77.
6. Montalvo-Jääskeläinen F, Moreno-Alemán J, Santamaría-Pastor M. Incidencia de la Ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. Nuevas perspectivas legales de la información y la historia. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:100-9.
7. Falcon M, Martínez-Cánovas FJ, Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Ethical problems related to information, pharmaceutical care in Spain. *Med Law*. 2007;26:85-93.
8. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez-Barranco JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna A. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. *Aten Primaria*. 2007;39:23-8.
9. Sobrequés Soriano J, Piñol Moreso JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria*. 2001;28:535-42.
10. Pedrera-Carbonell V, Gill-Gillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schawarz-Chavarrí G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:550-7.
11. Nickles CJ, Gasziuo PP, Del Mar CB. The role of paracetamol in chronic pain: an evidence-base approach. *Am J Ther*. 2005;12:80-91.
12. Noceda JJ, Moret C, Lauzirika L. Tratamiento del dolor osteomuscular crónico. *Aten Primaria*. 2007;39:29-33.
13. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit*. 2002;16:121-30.
14. Toranzo I, García Pascual LM, Bagan M, Sala Guiteras A, Alcón Domínguez A, Barbosa Boy J, et al. Utilización continuada de medicamentos: estudio sobre el consumidor. *Med Clin*. 1987;89:235-9.
15. Ministerio de Sanidad Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
16. Arroyo MP. Prescripción versus dispensación libre en una zona básica de salud. *Farm Clin*. 1991;8:812-22.
17. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population-prevalence, predicting factors: the Troms Study. *Int J Epidemiol*. 1994;23:1262-72.
18. Furu K, Straume B, Thelle DS. Legal drug use in a general population: association with gender, morbidity, health care utilization, lifestyle characteristics. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:341-9.
19. Spies TH, Mokkink HG, De Vries Robbe PF, Grol RP. Which data source in clinical performance assessment? A pilot study comparing self-recording with patient records, observation. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:65-72.
20. Louteslager M, Brouwer HJ, Mohrs J, Bindels PJ, Grundmeijer HG. The patient as a source to improve the medical record. *Fam Pract*. 2002;19:167-71.
21. Análisis de las diferencias entre indicación y prescripción de gastroprotección en pacientes con factores de riesgo tratados con antiinflamatorios no esteroideos: estudio GAP. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:80-91.