



UNIDAD 2.

RECEPCIÓN DEL PACIENTE



Introducción

El punto inicial de una relación sanitario-paciente es la llegada de la persona enferma al centro de salud u hospital. En ese momento, cualquier acción es clave para conseguir un vínculo fructífero y de confianza, pues el paciente se hace su propia idea del lugar en el que se encuentra y del trato futuro que se le puede dar.

Es un instante especial porque se le puede transmitir tranquilidad o nerviosismo, seguridad o incomodidad.

En consecuencia, y aunque lo trataremos con detenimiento más adelante, la acogida del cliente debe poner en práctica una serie de características y condiciones que tienen que ver con:

- **El trato personal:** es decir, una comunicación cercana.
- **El empleo de activadores:** aquellas herramientas y detalles que dan cuenta de que el profesional se preocupa por el estado de salud del paciente.
- **La empatía:** es, quizá, lo más importante. La mayor seguridad y cercanía proviene de una actitud entre iguales: que el sanitario sea capaz de ponerse en la situación del paciente.



1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

Hoy en día, el registro y la identificación de los pacientes facilitan la buena práctica de un protocolo de citación. Las aplicaciones de gestión de citas se ayudan de los programas de datos para agilizar las tareas administrativas de un centro de salud u hospital. Pero ¿cómo funciona el sistema de citación en España? Los pacientes tienen la posibilidad de coger su cita a través de distintos medios, lo cual ha ido mejorando con el paso del tiempo. Puede solicitarse cita médica a través de:

- plataformas digitales: cualquier persona puede gestionar su propia solicitud *online*. ([*SERGAS MÓBIL](#))
- correo electrónico: el paciente espera una respuesta con unas fechas y horas disponibles.
- llamada telefónica: similar a la anterior, pero a respuesta de la administración es más rápida.
- el profesional sanitario puede asignar una nueva visita a un paciente si lo estima oportuno (tratamiento que requiere seguimiento).

Una vez que se ha confirmado la cita, el sistema recoge pautas de recordatorio y ofrece posibilidad de hacer modificaciones



1. Acogida al paciente



La citación del paciente consiste en asignar un día y una hora, en la agenda correspondiente, para poder realizar la atención asistencial correspondiente.

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

La DOCUMENTACIÓN DE CITACIÓN.

Los documentos de citación son la herramienta esencial para el buen funcionamiento de un centro sanitario, pues a partir de ellos se organizan las tareas y las acciones relacionadas con los pacientes y la jornada. Son imprescindibles para organizar a los profesionales y a los pacientes, y evita confusiones y malentendidos. Pueden ser convencionales (agendas manuales, etc.), o informatizadas (programas, bases de datos...).

CRITERIOS DE PRIORIDAD DE ATENCIÓN.

Al igual que el resto de las acciones y funciones del Sistema de Salud, en España el Plan de Salud de cada comunidad autónoma determina los criterios de prioridad de atención sanitaria. Aún así casi todas las CCAA tienen un consenso en la atención de situaciones prioritarias. Para ello se tiene en cuenta:

- La **magnitud** (incidencia, prevalencia).
- La **gravedad** y la severidad del caso (mortalidad, incapacidad o carga social).
- La **efectividad** (ganancia de salud y vulnerabilidad).
- La **factibilidad** (el coste económico y la gestión de los recursos disponibles).

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

La DOCUMENTACIÓN DE CITACIÓN.

La citación debe contener datos administrativos y datos clínicos, ambos de gran importancia:

- **Datos administrativos:** nombre del recurso que se va a utilizar para la prueba, especialidad, ubicación en el centro, responsable, fecha, hora y minutos de la atención. También debe incluir la referencia del centro: nombre, dirección completa y teléfono.
- **Datos clínicos:** motivo del diagnóstico por el cual es atendido el paciente. Criterio clínico que aconseja la atención que se debe ofrecer, la prioridad en la atención (urgente, prioritario, ordinario), previsión de preparación del paciente, y previsión de disponer de consentimiento informado.

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Todos los pacientes que son atendidos en un centro asistencial deben estar debidamente identificados. Existen tres bloques de datos imprescindibles para una correcta identificación del paciente.

1. Datos referentes al paciente.
2. Datos poblacionales.
3. Datos económicos.

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1. **Datos referentes al paciente:** nombre y apellidos, edad (fecha de nacimiento), sexo, código de identificación (CIP=código de identificación personal) o nº de historia clínica.
2. **Datos poblacionales:** dirección completa, teléfono y correo electrónico (si lo tiene). A menudo errores en estos datos (por ejemplo número de teléfono), impiden la citación de un paciente, o el cambio de cita en caso de desprogramación, con la consecuencia de la pérdida o retraso de una atención.
3. **Datos económicos:** referidos al responsable del pago de la prestaciones sanitarias.



Aproximadamente un 13% de los errores notificados en el área quirúrgica y un 67% de los relacionados con transfusiones de componentes sanguíneos tiene que ver con la identificación errónea de pacientes. Por este motivo el establecimiento de medidas que garanticen la identificación inequívoca de pacientes, de sus muestras y de toda su información es una de las prácticas prioritarias recomendadas por diversas organizaciones internacionales como la OMS. La **pulsera identificativa** y la **correcta aplicación del protocolo**, darán al profesional la seguridad de que estamos prestando nuestros cuidados al paciente correcto.

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

La identificación verbal no es suficiente, ya que pueden darse situaciones en las que el paciente sea incapaz de responder: pacientes sedados, con pérdida de atención, indiferentes o confusos. Pueden existir también barreras de lenguaje, idiomáticas o problemas de audición o tratarse de pacientes pediátricos, contribuyendo todo ello a que aumente la probabilidad de error.

En muchas ocasiones a los pacientes se les identifica por el número de habitación o por su patología, lo que compromete tanto su intimidad como su seguridad.

La falta y/o los fallos en la identificación de los pacientes conllevan un riesgo que pueden acabar en complicaciones asociadas a errores en la asistencia como son:

- Errores en la administración de medicamentos.
- Errores en la realización de pruebas diagnósticas.
- Errores de resultados analíticos por confusión de pacientes en las extracciones.
- Errores en transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Errores en cirugía, paciente incorrecto.

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Las pulseras identificativas son los sistemas más útiles utilizados para la identificación inequívoca del paciente.

- Pulseras identificativas de distintos tamaños.
- Kits de pulseras madre-hijo.
- Pulseras identificativas de transfusión.
- Distintivo identificativo de paciente con alergia medicamentosa y/o alimenticia o alergia al látex.



El **personal técnico** que vaya a realizar un procedimiento al paciente siempre deberá verificar los datos de identificación de la pulsera.

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Verificación verbal

La verificación verbal de la identidad del paciente se deberá realizar durante todo el proceso de la atención sanitaria, es decir, comprobar la identidad del paciente y certificar que se trata del paciente correcto y del procedimiento indicado antes de realizarlo.

La aplicación de los procedimientos de identificación segura es responsabilidad de los profesionales sanitarios y no sanitarios que tengan contacto directo con el paciente a lo largo de la asistencia sanitaria.

Entendemos por **verificación verbal** el proceso mediante el cual el profesional sanitario o no sanitario comprueba la identidad del paciente preguntándole directamente a él el nombre, apellidos y fecha de nacimiento, siendo el paciente el que conteste a estos datos preferiblemente si es posible. Esta información la cotejará con la información documental.

- En el hipotético caso de obtener a dos o más pacientes con mismo nombre y apellidos y misma fecha de nacimiento, comprobar el CIP.
- Realizar al paciente preguntas "abiertas" para que las conteste mientras el profesional comprueba (ejemplo: ¿Cuál es su nombre y apellidos? y no realizar preguntas que permitan ser contestadas con sí o no, ejemplo: ¿es usted José?).

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: Verificación verbal

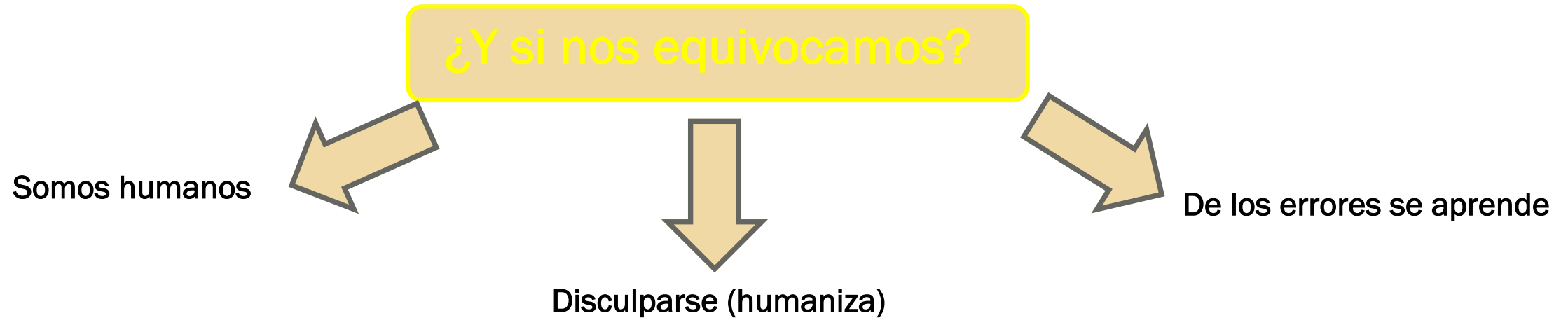
En la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, la identificación se realizará en las diferentes partes del proceso:

- Si el paciente está ingresado
 - *antes de abandonar la unidad de procedencia.*
 - *en el traslado del paciente.*
 - *En el Servicio de realización de la prueba, confirmando de forma activa con el paciente la pulsera identificativa, y la petición de la prueba.*
 - Si el paciente acude de manera ambulatoria a la realización de la prueba.
 - Verificación verbal del paciente, petición de la prueba y comprobación con la documentación.
- SITUACIONES EXCEPCIONALES
- Pacientes con enfermedad mental (requerimiento de acompañante).
 - Situaciones de emergencia vital (antes la atención que la identificación).
 - Paciente desconocido (un paciente no podrá estar más de 24h sin identificar). ➡ POLICÍA

1. Acogida al paciente

1.1. Protocolos de citación, registro e identificación de pacientes

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE: ERRORES MÁS FRECUENTES EN RAYOS.



Pasos a seguir:

- Notificar al radiólogo responsable y que sea conocedor del error.
- Cambiar el nombre de la exploración en la modalidad.
- Reenviar al PACS (Sistema de Comunicación y Archivado de Imágenes.)
- Borrar del PACS las imágenes equivocadas.
- Nunca borrar nada antes de verificar.

2. Documentos clínicos

IMPORTANTE

En el sector de la salud es importante la recopilación de documentos clínicos que rodean a la propia asistencia. Se trata de un **conjunto de archivos que dan cuenta de las actuaciones sanitarias de un profesional y del estado de salud de un paciente**. Un buen registro y archivo será indispensable para el control de la salud de un individuo.

LA HISTORIA CLÍNICA

Es el documento clínico de mayor interés, pues se trata de la recopilación de toda la información relacionada con la asistencia sanitaria de un paciente y sirve de herramienta de comunicación entre médicos, investigadores, técnicos diagnósticos, enfermeros y personal administrativo, entre otros. Debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente.

Este documento nace en el primer instante en el que un paciente acude a una consulta por una molestia determinada. A partir de ese momento se comienzan a recoger datos siguiendo un método clínico, de diferentes fuentes:

- **Entrevista clínica**, se produce en la primera consulta a un centro de salud, ambulatorio u hospital. Esta información recogida se la llama **anamnesis** y proviene del propio paciente o algún familiar.
- **Examen médico**, que viene justo después de la comunicación con el paciente
- **Pruebas médicas**, en el caso de ser necesarias, como exploración complementaria.
- **Diagnósticos presuntivos** (primeras conjeturas sobre el estado de salud tras la exploración)
- **Tratamientos** aplicados al paciente
- **Diagnóstico diferencial** (procedimiento que compara las manifestaciones típicas de una enfermedad con la sintomatología del paciente.
- **Pronóstico** o predicción del proceso patológico a partir de unos criterios lógicos y bien definidos. Predicción de evolución, probabilidad de curación.

2. Documentos clínicos

IMPORTANTE

LA HISTORIA CLÍNICA: Funciones

Las funciones de la historia clínica son:

- **Asistencial:** facilita el intercambio de información entre profesionales y la existencia rápida al paciente, pues incluye la evolución, los antecedentes, etc., que hemos señalado con anterioridad.
- **Administrativa:** todos los historiales clínicos se relacionan con un número y este, con un paciente concreto. Por lo tanto, el archivo y los datos pueden clasificarse y guardarse de manera organizada.
- **Investigadora y docente** (epidemiología): la información consentida de las historias clínicas aporta datos que pueden ser esenciales para los avances sanitarios y la formación.
- **Jurídico-legal:** es un documento legal y, como tal, está enmarcado en la política de protección de datos. Ayuda a consolidar una relación médico-paciente.

Se resume de toda esta información que la historia clínica es un **documento personal, integrado, acumulativo y ordenado**. Para llevarla a cabo, se puede optar por tres métodos distintos:

CRONOLÓGICO	POR PROBLEMAS DE SALUD	PROTOCOLIZADO
Se ordena en función de la fecha en la que se desarrollan los acontecimientos. Es la historia clínica clásica.	En lugar de utilizar un orden cronológico, se registra teniendo en cuenta problemas concretos de salud.	Los datos se obtienen a partir de respuestas a preguntas cerradas.
Se realiza normalmente en hospitales.	Se realiza normalmente en atención primaria.	Se realiza en centros especializados que requieren un seguimiento de enfermedades concretas.

2. Documentos clínicos

IMPORTANTE

LA HISTORIA CLÍNICA

Los documentos que forman la HC pueden ser los siguientes:

- Hoja clínico-estadística.
- Autorización de ingreso.
- Informe de urgencia.
- Anamnesis y la exploración física.
- Órdenes médicas.
- Hoja de interconsulta.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Consentimiento informado.
- Informe de anestesia.
- Informe de quirófano o de registro del parto.
- Informe de anatomía patológica.
- Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- Aplicación terapéutica de enfermería.
- Gráfico de constantes.
- Informe clínico de alta.

LA HISTORIA CLÍNICA se rige por la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales**.

El acceso a la HC con estas finalidades obliga a preservar la **privacidad del paciente**, por lo que los datos de identificación personal deben permanecer separados de los de carácter clínico-asistencial, asegurando su anonimato. Si el paciente da su consentimiento, esta restricción no será necesaria.

2. Documentos clínicos

Existen otros documentos de carácter clínico que vienen a complementar la información de la historia clínica. Algunos de ellos son:

- **Petición de traslado intrahospitalario:** hoja que recoge el traslado del paciente de un hospital a otro.
- **Informe de laboratorio:** consta de los resultados de las pruebas de laboratorio (bioquímica, hematología, etc.).
- **Autorizaciones y hojas operatorias:** hay tratamientos o pruebas que requieren de autorización del paciente o responsable, hay tres tipos: de intervención quirúrgica, de anestesia, y de enfermería.
- **Nota de alta clínica y voluntaria:** las rellena el médico responsable. En el segundo caso, a petición del paciente, que ha de firmarla.
- **Información de autopsia y autorización de autopsia:** el primero hace constar el diagnóstico final en la vida de un paciente y el segundo, la petición firmada y cumplimentada de un familiar o persona con capacidad legal.
- **Hoja de mortalidad:** recoge el fallecimiento de un paciente.

2. Documentos clínicos

DOCUMENTOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO O DE MEDICINA NUCLEAR

En un servicio de radiodiagnóstico o medicina nuclear identificamos tres documentos básicos:

1. DOCUMENTO PRIMARIO DE EXPLORACIÓN

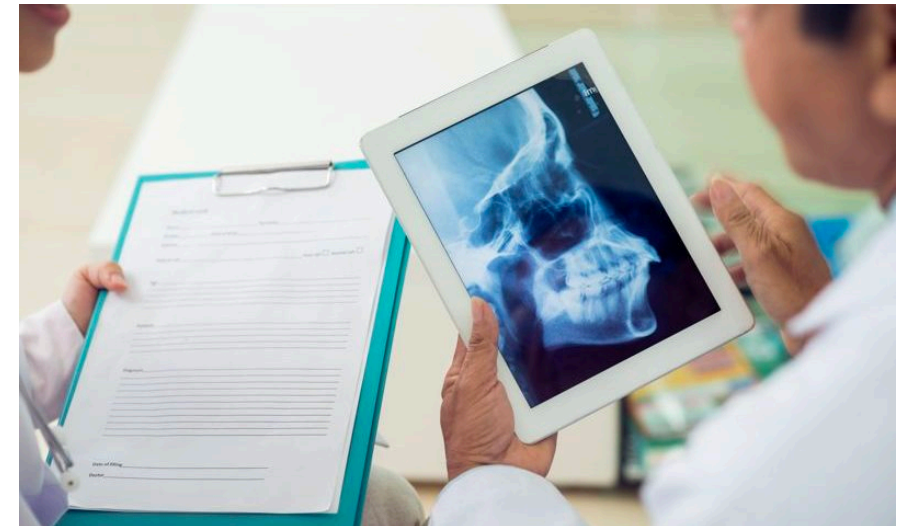
La mayoría de la exploraciones radiológicas generan un documento denominado “**primario**”, que puede ser una placa radiográfica como una imagen digital de la exploración.

2. DOCUMENTO SECUNDARIO DE EXPLORACIÓN (INFORME)

El documento “**secundario**” es el informe que el médico radiólogo realizará explicando el contenido y resultado de la exploración.

Tanto el documento primario como el secundario debe contener:

- la identificación del paciente
- fecha de la realización
- tipo de proyección de la exploración.



2. Documentos clínicos

DOCUMENTOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO O DE MEDICINA NUCLEAR

2. DOCUMENTO SECUNDARIO DE EXPLORACIÓN (INFORME):

Es el documento donde el radiólogo explica el resultado de la exploración: placa radiográfica, o acto intervencionista. Este informe debe contener una descripción de los resultados de la exploración, la identificación completa del paciente, la identificación de la prueba o tratamiento, el responsable de la prueba, resultado y profesional a quien va dirigido el informe.

Según el resultado de la exploración, debemos garantizar que el informe llegue lo más rápidamente posible al médico que ha solicitado la prueba, ya que el tiempo que transcurra puede retrasar un tratamiento crítico para el paciente.

- Si la exploración realizada se incluye dentro de un estudio anatomopatológico hay que tramitar la petición junto con la pieza de la biopsia al departamento de anatomía patológica, que será la encargada de enviar los resultados al médico solicitante.

2. Documentos clínicos

DOCUMENTOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS EN UN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO O DE MEDICINA NUCLEAR

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es el documento clínico que tiene la finalidad de informar al paciente del procedimiento que se le plantea realizar y recabar su autorización para poder efectuarlo. Debe incluir el diagnóstico del paciente, las alternativas terapéuticas en caso de existir, la evolución previsible de la enfermedad con o sin el tratamiento o exploración propuesta y las complicaciones habituales y excepcionales de dicho procedimiento, tanto cercanas como a largo plazo.

- El paciente (en plena facultad de decisión) firma el documento con nombre y apellidos.
- Es importante que el paciente entienda el contenido de este consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES EMABARAZADAS PARA RADIOLOGIA SIMPLE Y TAC

El profesional médico en Colombia tiene el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que puedan derivarse del procedimiento que le será practicado, solicitando su consentimiento de forma anticipada.

Por tanto, con el presente documento y con la información dada a conocer tanto de forma verbal como escrita, se pretende informar a usted y/o acompañante acerca del procedimiento que se le practicará, por lo cual solicitamos diligencie los siguientes espacios:

Nombre Paciente:

Identificación:

Acompañante y/o representante legal paciente:

Identificación:

Fecha y Hora:

Examen a realizar:


Nombre del médico que solicita el estudio

Para el paciente:

Este consentimiento informado se aplica sólo a estudios de radiología simple y tomográficos de adquisición única.

Descripción del Examen a realizar: Usted está programada para un examen de imagen que incluye radiación ionizante de su cuerpo. Usted y su hijo por nacer estarán expuestos a esta radiación, la exposición conlleva potenciales riesgos relacionados con enfermedades asociadas a la propia exposición sin embargo el potencial real de una vida sana es muy similar al de otros niños en circunstancias similares a la suya, pero que no han sido sometidos a este examen médico. Este examen no aumenta los riesgos de defectos de nacimiento. Su médico tratante ha considerado los riesgos asociados con este examen y cree que realizarlo es lo mejor para usted y para su hijo. Cualquier pregunta que tenga con respecto a este examen debe dirigirse al médico radiólogo.

2. Documentos clínicos

 Osakidetza SAN ELOY OSPITALEA HOSPITAL SAN ELOY	Nombre: Apellido 1: Apellido 2: Nº Historia: CIC
	SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS RADIOLÓGICAS EN PACIENTES EMBARAZADAS

Exploración solicitada:

INFORMACION

Usted va a someterse a una exploración radiológica solicitada por su médico. Esta prueba utiliza **radiación ionizante**, en forma de rayos X, para proporcionar una información diagnóstica que nos ayudará a identificar y tratar mejor su enfermedad

RIESGOS Y EFECTOS SECUNDARIOS.

Al realizarse la prueba, recibirá una dosis de radiación que conlleva un cierto riesgo. En general, las dosis de radiación recibidas en este tipo de pruebas no representan ningún peligro significativo para la salud del feto, siendo los riesgos asociados a la prueba mucho menores que el riesgo natural de que aparezca alguna alteración. Sin embargo, existe la posibilidad, aunque pequeña, de provocar mediante la radiación los siguientes daños:

- Aborto, malformaciones orgánicas y disminuciones del coeficiente intelectual o del crecimiento.- Según los conocimientos actuales, y debido a que las dosis utilizadas en las pruebas radiológicas están muy por debajo del umbral peligroso, la probabilidad de que esto ocurra se considera prácticamente nula.
- Un incremento sobre la probabilidad natural de padecer cáncer en la infancia. La posibilidad de una alteración de este tipo es muy baja. Para la mayoría de las radiografías es inferior a uno de cada varios miles de fetos.
- Enfermedades genéticas hereditarias.- La posibilidad de una alteración de este tipo es todavía más baja.

Las posibilidades de que su hijo disfrute de una vida sana son prácticamente iguales a las de cualquier niño en condiciones semejantes.

Si después de leer detenidamente este informe desea alguna aclaración, por favor, no dude en preguntar a su médico o al radiólogo.

BENEFICIOS.

Los derivados del estudio necesario para su diagnóstico y tratamiento.

Si decide realizarse el estudio propuesto debe saber que se efectúa con equipos calibrados periódicamente y utilizados por personal cualificado que intentarán minimizar la exposición a las radiaciones, protegiendo su cuerpo en la medida de lo posible. Le informamos que SOLO se le realizarán las radiografías indispensables.

ALTERNATIVAS

Aunque en determinados casos pueden existir procedimientos diagnósticos alternativos que no precisan la exposición a los rayos X, la información que se obtiene puede ser menor.

En su caso particular se ha considerado que esta es la prueba diagnóstica más adecuada, pero como alternativa se le ofrecen las siguientes posibilidades:

.

2. Documentos clínicos



Recuerda: sin la autorización del paciente no podemos efectuar exploraciones o tratamientos cuando estos impliquen cierto riesgo .

DOCUMENTOS CLÍNICOS ESPECÍFICOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA

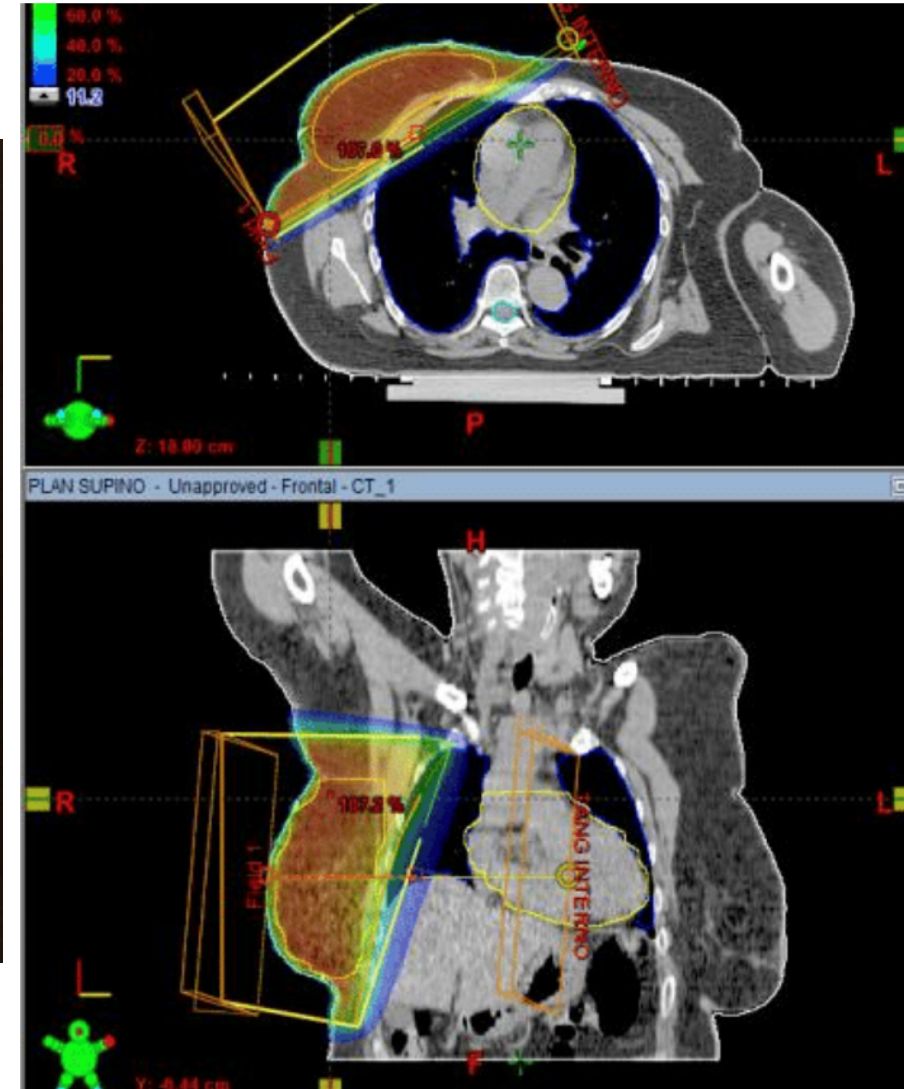
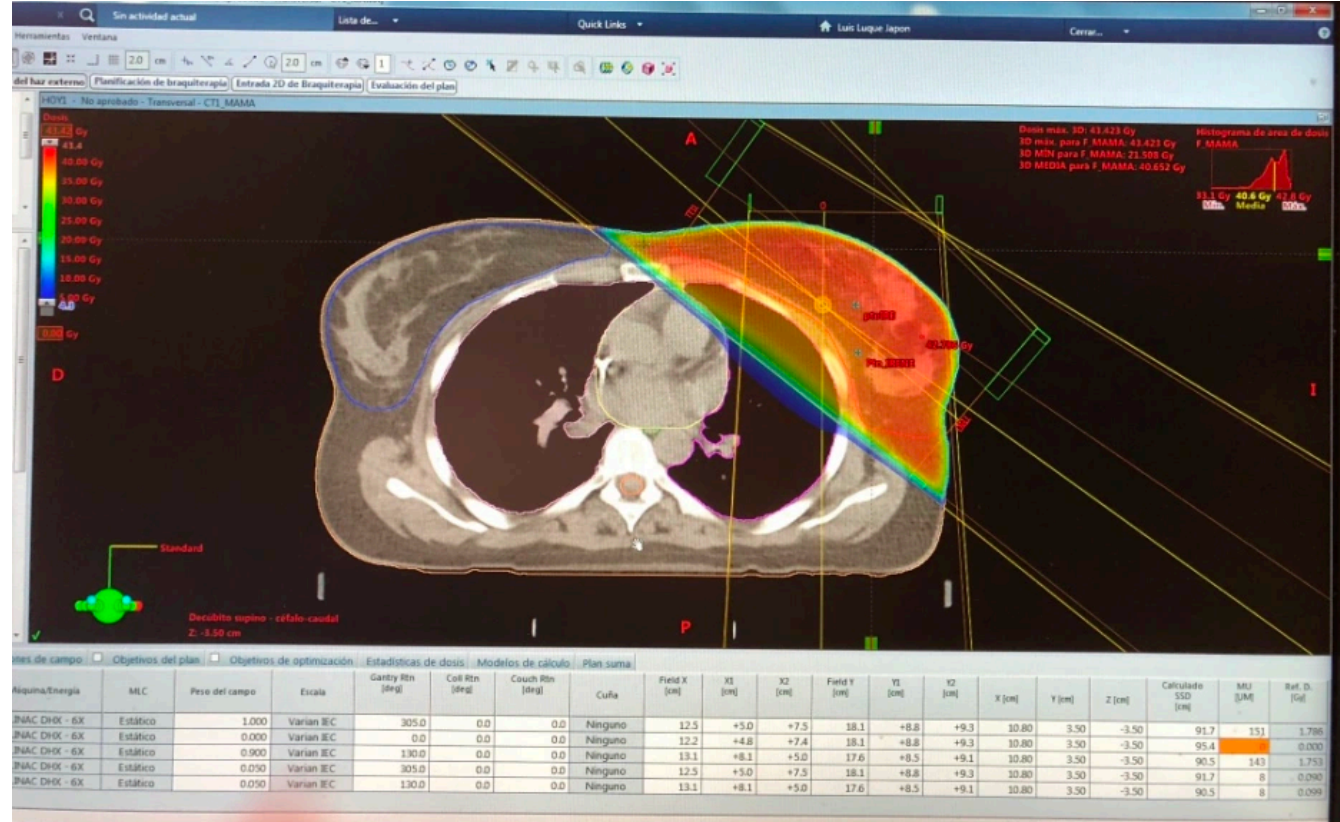
RADIOTERÁPICA

Existen 3 documentos importantes:

1. **DOCUMENTO DE SIMULACIÓN:** Contiene la información sobre la región anatómica donde debe realizarse el tratamiento. Debe contener la información del paciente completa, y la posición a adoptar y los sistemas de inmovilización utilizados. En ocasiones se acompaña de la foto del paciente. También puede contener información sobre la dosis de radiación prevista y la técnica que se va a utilizar. Lo normal es que también se identifique al Técnico y médico responsable. Siempre lleva asociado las imágenes tridimensionales del área propuesta y el volumen que se va a irradiar.
2. **DOSIMETRÍA:** Documento que resume las puertas de entrada de los haces de radioterapia (radioterapia externa) o la posición de la fuentes (braquiterapia). Deberá identificarse también al paciente y a los responsables tanto médicos como físicos. Es el conjunto de procedimientos y técnicas necesarios para calcular la distribución de la dosis absorbida en los volúmenes de irradiación prefijados por el especialista en Oncología Radioterápica.
3. **HOJA DE TRATAMIENTO:** Registro en el que consta el tipo de tratamiento y las dosis que debe administrarse. Debe incluir la fecha y dosis administrada cada día y la dosis acumulada. Igual que en todos los anteriores debe estar siempre presente la identificación del paciente y habitualmente una foto. Este documento permite verificar que se está realizando el tratamiento al paciente correspondiente y comprobar qué dosis ha recibido.

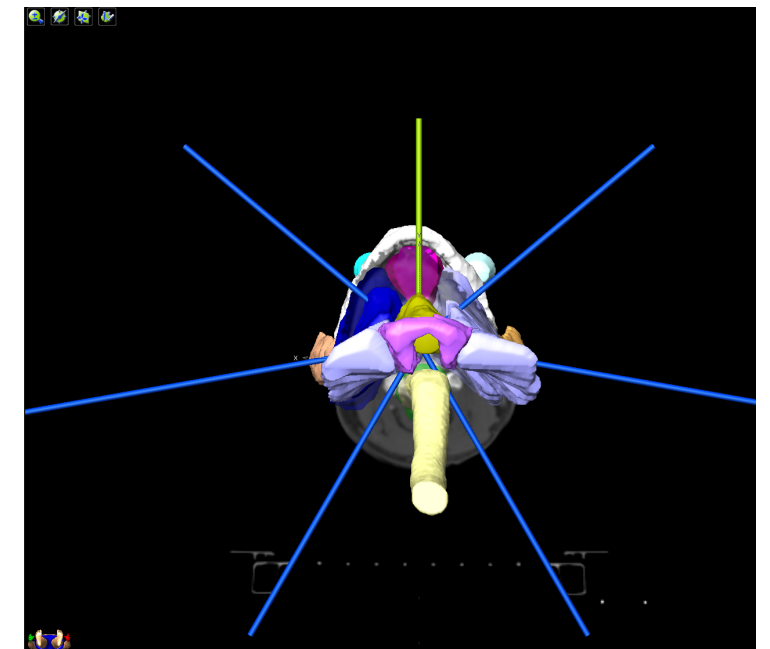
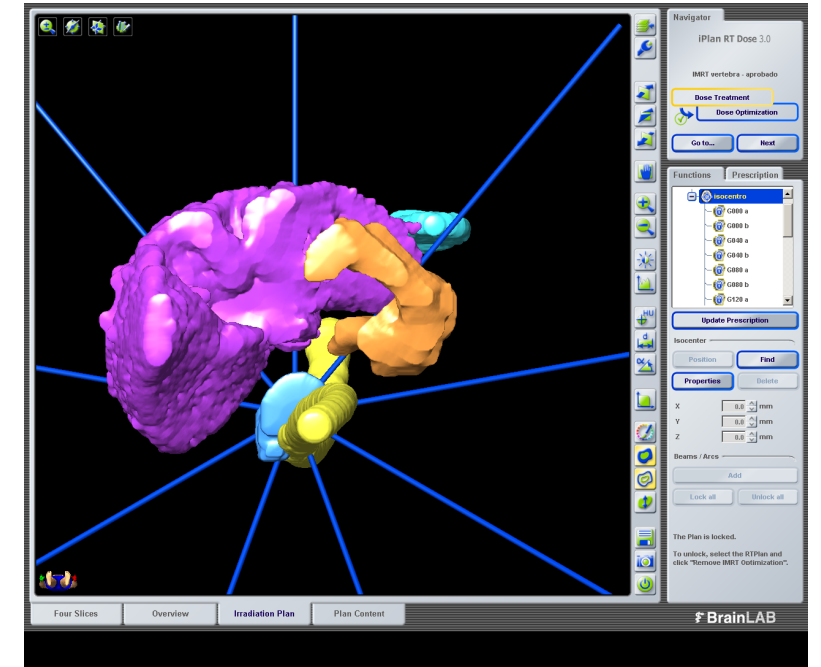
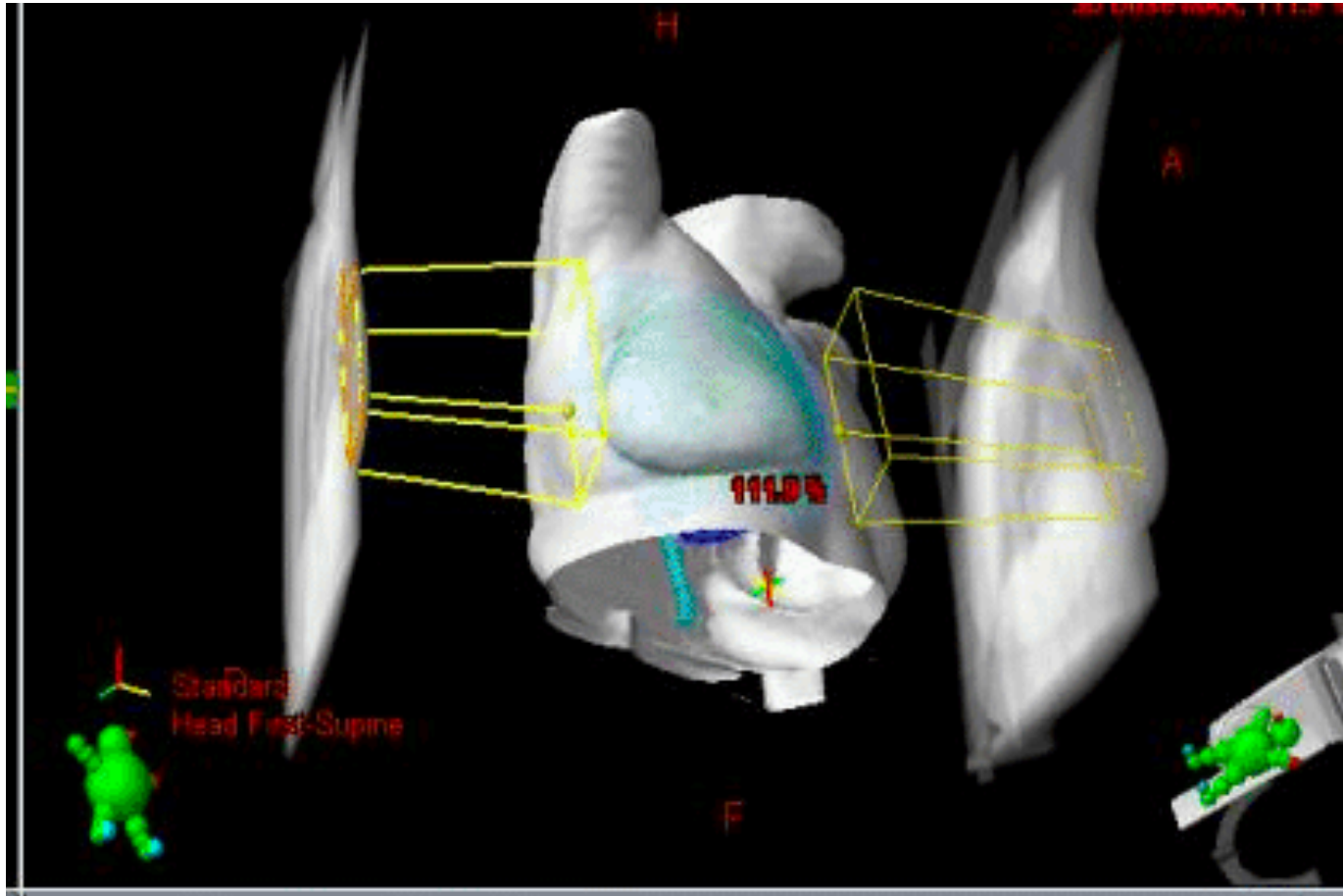
2. Documentos clínicos

SIMULACIÓN



2. Documentos clínicos

DOSIMETRÍA



2. Documentos clínicos

HOJA DE TRATAMIENTO



CENTRO ONCOLÓGICO DE GALICIA SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA HOJA DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

DIAGNÓSTICO:

Fecha INICIO tratamiento:/...../.....
Hora sesión (aproximada): :
Hospitalizado: ☐ Ambulancia: ☐
Centro:
Cama:



Nº Historia (COG):
Nombre:
Dirección:
Localidad:
Teléfono:
Fecha nacimiento: Años:
Nº SS:

Tlfno. CONTACTO:

DOCUMENTACIÓN INCLUIDA:

Datos Previos: ☐ Prescripción: ☐ Dosimetría: ☐
Consentimiento: ☐ Otros:

COMPLEJIDAD:

Co1 Co2 Co3 A1 A2 A3 A4 A5

VOLUMENES DE TRATAMIENTO:
(márquense con una X, según hoja de "Datos previos")

CTV 1	CTV 2	CTV 3	CTV 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRUPOS DE CAMPOS:
(según hoja de "Dosimetría")

A: B:
C: D:
E: F:
G: H:

PLAN DE TRATAMIENTO:

Grupo de campos (ID):	A		B		C		D		E		F		G		H	
CTV/s asociado/s:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
Unidad de tratamiento:																
Posición del paciente:																
Inmoviliz.:																
Nº fracc.:																
Dosis fracc.:																
Dosis total:																
Fecha inicio:																

INCIDENCIAS/NOTAS:

Complejidad final (si modificada): Sesiones ambulatorias: Sesiones ingresado:

Fecha FIN tratamiento: Oncólogo Radioterapeuta: Fdo:

3. Documentos no clínicos

Son documentos de tipo organizativo, informativo y de evaluación del servicio prestado. Los más habituales son las hojas de citación, y las encuestas de satisfacción del paciente.

1. **HOJA DE CITACIÓN:** informa al paciente sobre cuando y dónde se va a realizar la exploración o tratamiento, pudiéndose acompañar de un folleto informativo de las características de la prueba que se va a realizar y la preparación que debe seguir el paciente. Este documento no clínico no es necesario conservarlo más allá de la fecha de la citación y no formará parte de la historia clínica.
2. **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE:** Posiblemente en la mayoría de la ocasiones exploración o tratamiento es de alta calidad en cuanto a criterios clínicos, pero no sabemos si el paciente así lo ha percibido, si se ha sentido bien atendido o informado. Para ello se emplean encuestas de satisfacción que consiste en pedir al paciente o familiar que aporte su opinión sobre la atención recibida. Esta información debidamente recopilada y analizada, indica cómo nos relacionamos con el paciente y conocer las opciones de mejora. El análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción deben ser públicas en la propia unidad y en la entidad sanitaria.
3. **OTROS:** Solicitudes y volantes, justificantes, reclamaciones y sugerencias, partes del juzgado de guardia(describe el estado del paciente a su llegada al hospital cuando existen casos de violencia o criminalidad).

4. Documentación informativa sobre exploraciones y tratamientos

El punto 4 sólo lo vamos a leer de manera comprensiva; NO PARA EXAMEN

Antes de determinadas exploraciones o tratamientos es necesario indicar cómo debe prepararse el paciente para ser sometido a la prueba o si existe alguna contraindicación para realizarla. También es necesario conocer si una paciente está embarazada, si puede sufrir crisis de pánico, y debe estar informado de por ejemplo como prepararse para una colonoscopia.

El servicio de oncología radioterápica debe verificar que el folleto informativo que se le entrega al paciente al programar las sesiones de simulación y radioterapia aportan información sobre el desarrollo de las visitas, qué es la radioterapia, cómo se administra y los efectos del tratamiento (generales y específicos según el área irradiada) además de la dosis. ESTOS DOCUMENTOS SUELEN SER ESPECÍFICOS DE CADA PRUEBA.

Por lo tanto el paciente, además de mantenerse informado de aquello que tiene que ver con su salud, también puede aprobar su tratamiento y colaborar en el buen resultado de la prueba.

La documentación informativa se da para cualquier tipo de exploración médica: colonoscopias, manometrías (presión y contracción esofágica), radioterapia, cateterismos, etc.

4. Documentación informativa sobre exploraciones y tratamientos

El punto 4 sólo lo vamos a leer de manera comprensiva; NO PARA EXAMEN

1. PROTOCOLO DE PREPARACIÓN: Cada prueba solicitada debe ir acompañada de un **consentimiento informado**. En él se encuentra toda la información pertinente sobre la exploración que se le va a realizar, que depende del tipo de prueba.

Por ejemplo, el protocolo médico para informar de la realización de una colonoscopia es el siguiente:

- **Informar al paciente de los beneficios:** detectar el cáncer de colon o alguna enfermedad digestiva crónica, llevar un seguimiento del estado del intestino, etc.
- **Instrucciones:** es necesario limpiar el colón totalmente para facilitar la exploración. Para ello, se dan pautas de alimentación baja en residuos para los días previos a la prueba, que el paciente debe seguir. Además, deberá beber un medicamento que lo ayude a limpiar el intestino.
- **Se facilitan datos sobre la metodología:** se explica el funcionamiento de la prueba y se determina la hora y el día en el que se va a realizar. Igualmente, si llevará sedación o no y posibles efectos secundarios.
- **Firma del paciente:** deberá autorizar la prueba y dar su consentimiento.

4. Documentación informativa sobre exploraciones y tratamientos

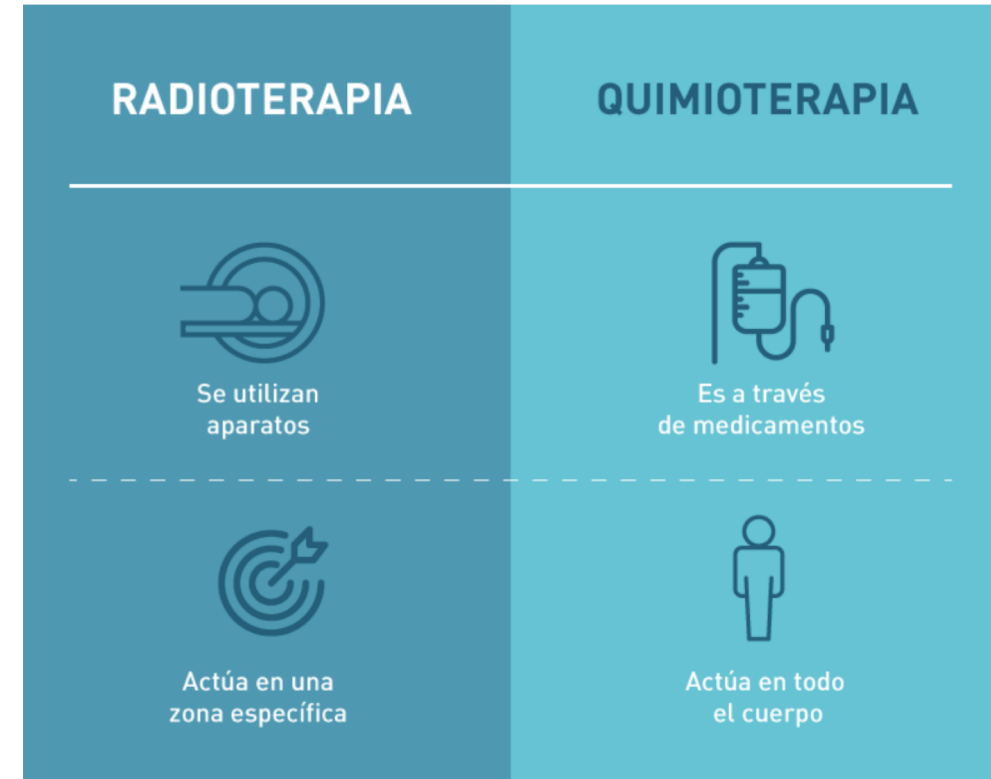
El punto 4 sólo lo vamos a leer de manera comprensiva; NO PARA EXAMEN

2. PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS AGUDOS DE LA RADIOTERAPIA Y LOS TRATAMIENTOS ASOCIADOS:

ASOCIADOS:

La radioterapia tiene la finalidad de destruir todas las células cancerosas que habitan un organismo, por lo que la intensidad de su tratamiento es elevada. Para evitar o disminuir la aparición de efectos secundarios, debemos tener en cuenta el tipo de cáncer que vamos a tratar, su localización, el estado de salud del paciente y la dosis que tenemos que administrar en cada sesión.

El procedimiento de radioterapia es muy invasivo y puede destruir, además de esas células dañinas, otros tejidos sanos del cuerpo. No obstante, a diferencia de la quimioterapia, la radioterapia es un procedimiento de aplicación local que afecta principalmente a la zona a la que va dirigido.



4. Documentación informativa sobre exploraciones y tratamientos

El punto 4 sólo lo vamos a leer de manera comprensiva; NO PARA EXAMEN

2. PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS AGUDOS DE LA RADIOTERAPIA Y LOS TRATAMIENTOS ASOCIADOS:

Por tanto, la prevención ante posibles complicaciones tiene que ver con la preparación del personal médico y técnico, el estado anímico y físico de cada paciente y la buena práctica del tratamiento. No obstante, los efectos secundarios pueden aparecer, a pesar de que se tengan en cuenta todas las prevenciones posibles.

Algunas de las prevenciones que pueden llevarse antes o durante un tratamiento de radioterapia son:

- **Evitar el cansancio:** el mejor método para mantener las fuerzas o recuperarlas es descansar y dormir lo suficiente diariamente.
- **Cuidar la alimentación:** llevar una dieta equilibrada y saludable, medida si es necesario por el profesional sanitario.
- **Atender el cuidado de la piel:** es una parte muy sensible del cuerpo y durante el tratamiento queda expuesta a sufrir daños.

4. Documentación informativa sobre exploraciones y tratamientos

El punto 4 sólo lo vamos a leer de manera comprensiva; NO PARA EXAMEN

3. COMPLICACIONES Y LAS REACCIONES MÁS FRECUENTES AL TRATAMIENTO RADIOTERAPÉUTICO

Según el lugar de aplicación, algunos de los efectos secundarios agudos más frecuentes del tratamiento de radioterapia son:

- **A nivel general:** se puede experimentar cansancio o fatiga. La debilidad después del tratamiento es habitual y temporal.
- **Cutáneos:** algunas personas padecen de sequedad en la piel, picazón o ampollas. Puede tenerse una sensación similar a la provocada por quemaduras solares que raramente da lugar a alteraciones más graves como dermatitis o epitelitis.
- **Sobre el cuero cabelludo:** puede dar lugar a la caída temporal del pelo o, si la aplicación ha sido más intensa, definitiva.
- **En la boca:** es una de las zonas más vulnerables a la radiación, pero los efectos secundarios que sufre no suelen ser graves.

- Mucositis

-Hongos

- Pérdida del gusto

-Problemas dentales

4. Documentación informativa sobre exploraciones y tratamientos

El punto 4 sólo lo vamos a leer de manera comprensiva; NO PARA EXAMEN

3. COMPLICACIONES Y LAS REACCIONES MÁS FRECUENTES AL TRATAMIENTO RADIOTERAPÉUTICO

Según el lugar de aplicación, algunos de los efectos secundarios agudos más frecuentes del tratamiento de radioterapia son:

- **A nivel general:** se puede experimentar cansancio o fatiga. La debilidad después del tratamiento es habitual y temporal.
- **Cutáneos:** sequedad en la piel, picazón o ampollas. Puede tenerse una sensación similar a la provocada por quemaduras solares que raramente da lugar a alteraciones más graves como dermatitis o epitelitis.
- **Sobre el cuero cabelludo:** puede dar lugar a la caída temporal del pelo o, si la aplicación ha sido más intensa, definitiva.
- **Sobre el tórax:** normalmente, los órganos más afectados son el pulmón y el esófago, por lo que el paciente puede sufrir disfagia (dificultar para tragar por la inflamación de la mucosa del esófago) y complicaciones respiratorias.
- **En el aparato digestivo:** la vejiga y el intestino son los más afectados. Las reacciones suelen ser diarreas, náuseas y vómitos, cistitis y pérdida del apetito.
- **En la boca:** es una de las zonas más vulnerables a la radiación, pero los efectos secundarios que sufre no suelen ser graves: Mucositis, hongos, pérdida del gusto o problemas dentales entre otros.

5. Normas deontológicas

Los miembros que forman parte de una profesión determinada aprueban y pactan un código ético que describe sus pautas de conducta. En el ámbito médico, el primer código deontológico se desarrolló en 1978 y ha sufrido modificaciones hasta 2011.

El **código deontológico** médico es un conjunto de normas, valores y principios éticos que los profesionales de la salud se comprometen a seguir en el ejercicio de su actividad.

Los principios generales de compromiso sobre los que se sostiene el Código de Deontología Médica son los siguientes:

- **Promover la beneficencia, la autenticidad, la honestidad y la empatía** en situaciones de asistencia sanitaria.
- **Garantizar el compromiso de calidad y profesionalidad**, a través de la formación y la colaboración educativa.
- Guardar secreto profesional, priorizar la atención del paciente sobre otros intereses y, en definitiva, **quedar al servicio del hombre y la sociedad**.
- **LOS TÉCNICOS DE RADIODIAGNÓSTICO** tienen su propio código ético de “buenas prácticas” con 10 principios.

6. Responsabilidad social y principios éticos

La **Ley General de Sanidad de 1986** indica que el paciente tiene derecho a la información, consentimiento informado y la disponibilidad de una historia clínica.

Los **principios éticos** que normalizan la actividad sanitaria son cuatro y buscan armonizar los derechos fundamentales de los pacientes y el bienestar de los profesionales. La rama que describe estos principios es la bioética.

La **bioética sanitaria** es una rama de la ética que establece los cuatro principios éticos fundamentales que han de cumplirse en el ejercicio sanitario.

Los principios éticos están en consonancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Ley General de Sanidad. Son los siguientes:

6. Responsabilidad social y principios éticos

1. **Autonomía:** es, en realidad, un derecho del paciente a decidir sobre las actividades sanitarias. Según la LGS, el profesional sanitario está obligado a informar al paciente y a actuar únicamente bajo el consentimiento de este. Estas son dos de las aportaciones principales de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002).
2. **Beneficencia:** todo profesional sanitario tiene la obligación moral de hacer el bien; es decir, de buscar la mejora en el bienestar del paciente.
3. **No-maleficencia:** no solo tiene el deber de hacer el bien, sino que no puede intencionadamente hacer el mal; esto es, provocar daño o sufrimiento.
4. **Justicia:** determina si una actividad es o no moralmente justa valorando la distribución de los recursos, que deben estar al alcance equitativamente para todo el mundo.
 - *En el caso de existir un conflicto entre varios de estos principios éticos, los de justicia y no-maleficencia prevalecen sobre los otros. Es decir, por encima de los que tienen carácter privado primarían los de carácter público y social.*

La Ética en Sanidad



6. Responsabilidad social y principios éticos

Ensañamiento terapéutico

LA DAMA Y LA MUERTE

Premio Goya al mejor corto 2010.

Nominación premios Oscar al mejor corto 2010.

Dirigido por Javier Recio Gracia.



El corto ilustra a la perfección lo que se denomina “ensañamiento terapéutico, un término contradictorio en la medida que todo tratamiento debe perseguir el bienestar del paciente y que la primera obligación de un médico es no hacer daño al enfermo que trata “Primum non nocere” primer párrafo del juramento hipocrático.

¿QUÉ ES EL ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO?