



GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS EN DOCUMENTACIÓN SANITARIA

Alta: Acto médico que determina la finalización de la modalidad de asistencia que venía siendo prestada al paciente hasta el momento, por cura, mejoría, inalteración, por pedido o transferencia. El paciente podrá, si hace falta, pasar a recibir otra modalidad de asistencia, sea en el mismo establecimiento, en otro o en el propio domicilio.

Archivar: Guardar de forma ordenada documentos útiles, haciéndolo de un modo lógico y eficaz que permita su posterior localización de la forma más rápida posible cuando sea necesario. Este archivado puede ser según su clasificación que puede ser alfabética, cronológica (doble, triple y cuarto dígito terminal) y alfanumérica.

Archivo clínico: Está formado por la documentación que produce un centro sanitario en el ejercicio de la actividad que le es propia, esta documentación puede ser de servicios logísticos y clínico-administrativa.

Auditoria: Proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso.

Base de datos (BD o DB): Es un conjunto de información que está almacenada en forma sistemática, de manera tal que los datos que la conforman puedan ser utilizados en forma fragmentada cuando sea necesario.

Biopsia: Toma de tejido de una persona viva para examen microscópico con fines diagnósticos. No se considera la pieza extraída con fines terapéuticos que sistemáticamente se envía a Anatomía Patológica para examen.

Biopsia abierta: Aquella en que la muestra de tejidos se obtiene mediante incisión.



Biopsia cerrada: Aquella en que la muestra se obtiene mediante técnicas que no implican incisión: por punción o percutánea, por aspiración o por cepillado, tanto directamente como a través de endoscopia.

Biopsia intraoperatoria: Aquella en la que la muestra se obtiene en el transcurso de operación quirúrgica para otro fin.

Capítulo: Cada una de las divisiones principales de las listas tabulares en función de la etiología o por lugar anatómico ben caso de las enfermedades y en función de la anatomía en los procedimientos. Cada título de capítulo está escrito en mayúsculas y negrita y bajo el mismo se indica entre paréntesis los límites de categorías que abarca.

Carácter (conjunto mínimo o recomendable). La variable tiene el carácter de «conjunto mínimo» (CM) cuando su presencia es obligada en cualquier modelo de informe definido por cualquier servicio de salud.

Categoría: Códigos de tres dígitos en las enfermedades, de una letra (V) y dos dígitos en los códigos V, de una letra (M) y tres dígitos en los códigos M y de dos dígitos en los procedimientos que se sitúan en el margen izquierdo de la página.

CIE 9 MC: Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica. Es el inventario principal donde se recogen todos los posibles diagnósticos médicos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos para clasificar los datos sobre morbilidad y mortalidad con fines estadísticos y para la clasificación de historias clínicas por enfermedad y operaciones, con objeto de facilitar el almacenamiento y recuperación de dichos datos.

Codificar: Proceso de análisis documental mediante el que, tras analizar la información contenida en documentos clínicos en lenguaje natural, se selecciona aquella relevante y se transforma a lenguaje codificado y normalizado.

Códigos: Combinación de signos que tiene un determinado valor dentro de un sistema establecido.

Código “E”: Códigos alfanuméricos utilizados en la clasificación complementaria de causas externas de lesiones e intoxicaciones.

Complicaciones: Condiciones clínicas que aparecen como consecuencia de una cirugía o de otro cuidado médico.

Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.): Conjunto de datos codificados, administrativos y clínicos, de pacientes ingresados en los hospitales; creados para responder a las necesidades de múltiples usuarios (gestores, planificadores, clínicos, investigadores, etc.)



Consentimiento informado: Proceso que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consistente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad

Conservación: organización del archivo en activo y pasivo según el uso de la documentación (ciclo vital de los expedientes clínicos), la seguridad y confidencialidad de la información aplicando medidas que eviten la alteración, pérdida o anulación de datos y su tratamiento o acceso no autorizado. (Ley 41/2002).

Cuadros de mando: Instrumento de gestión del centro. Presentación normalizada de información precisa y sintética, para la toma de decisiones, destacando la información relevante y las desviaciones excepcionales.

Custodia: según el Diccionario de terminología archivística del Ministerio de Cultura (1993) "la responsabilidad jurídica que implica el control y la adecuada conservación de los fondos por parte de una institución archivística, cualquiera que sea la titularidad de los mismos",

Diagnóstico principal: Proceso patológico o circunstancia que después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se establece como causa del ingreso en el hospital, aunque durante su estancia apareciesen otras complicaciones importantes o incluso otras enfermedades más severas independientes de la que motivó el ingreso.

Diagnósticos secundarios: Aquellos diagnósticos que no siendo el principal coexistan con él en el momento del ingreso o se desarrollen a lo largo de la estancia hospitalaria e influyan en la duración de la misma o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no afecten al actual ingreso.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Documentación no clínica, son documentos administrativos necesarios para la gestión, organización, coordinación de recursos y factores de los centros. Estos documentos pueden facilitar la comunicación interna en el centro denominándose intracentro o bien entre centros relacionados, denominándose intercentro. No forman parte de la historia clínica.

Documento: El impreso sería el soporte del documento escrito. Una vez que éste ha sido cumplimentado, firmado y sellado por el órgano competente adquiere la consideración de documento. Está formado por un conjunto de expedientes (HC),



está creado por los profesionales del centro sanitario que asisten al paciente a lo largo del tiempo.

Endoscopia: Técnica diagnóstica y terapéutica que utiliza como vía de acceso la introducción de una cámara o lente dentro de un tubo o endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión.

Efecto adverso: Todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica del paciente, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de estancia en el hospital y/o éxitus, y que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Epónimo: Nombre de una persona o de un lugar que designa una enfermedad o un técnica.

Fichero maestro: Fuente de datos permanente que será actualizada cada vez que los archivos referentes se modifiquen.

Hardware: Se trata de los equipos (servidores y terminales) que contienen las aplicaciones y permiten su funcionamiento, a la vez que almacenan los datos del sistema de información. Incluimos en este grupo los periféricos y elementos accesorios que sirven para asegurar el correcto funcionamiento de los equipos o servir de vía de transmisión de los datos (módem, router, instalación eléctrica o sistemas de alimentación ininterrumpida, destructores de soportes

Historia clínica: es el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro

Impreso: sería un formulario en el que encontramos algunas partes ya cumplimentadas (datos fijos o comunes) y otras en blanco (datos variables) en los que se demandan datos específicos a cumplimentar por el interesado.

Intoxicación: Manifestaciones que son producto de una sustancia terapéutica en que la administración fue incorrecta en la pauta o dosis (sobredosificación), hubo error con respecto al paciente o al fármaco prescrito o hubo interacción entre fármacos cuando en alguno de ellos se dé una de las anteriores circunstancias.

Lista de espera quirúrgica: Es la unidad que centraliza y mantiene actualizado el registro de pacientes para intervención quirúrgica.

Lista Tabular: Parte de la CIE-9-MC donde la información está estructurada a partir de la ordenación por códigos de los diagnósticos y de los procedimientos. La referida a diagnósticos contiene tres clasificaciones: Lista tabular de enfermedades,



Clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios y Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones e intoxicaciones.

Modificadores esenciales: Aquellos que aparecen listados bajo el término principal en orden alfabético, están indentados un espacio con respecto al término que modifican y determinan el código a asignar.

Modificadores no esenciales: Aquellos que aparecen entre paréntesis tras un término principal o un subtérmino, dan información adicional sin modificar la asignación del código.

Neoplasia: Crecimiento o formación de tejido nuevo, anormal, especialmente de carácter tumoral, benigno o maligno.

Neoplasia benigna: Aquella que refiere un tumor localizado, con una cápsula fibrosa, de crecimiento potencialmente limitado, forma regular y células bien diferenciadas. No invade el tejido adyacente ni metastatiza a distancia. Sólo causa daño por compresión y habitualmente no recurre después de la extirpación quirúrgica.

Neoplasia maligna: Aquellas en que las células del tumor pierden su diferenciación celular, se extienden más allá de la localización primaria con las características propias de las células del tejido de origen e invaden las estructuras adyacentes o se extienden a sitios distantes.

Neoplasia primaria: Aquella que refiere el lugar original donde se desarrolla el tumor.

Neoplasia secundaria: Aquella que refiere la extensión de las células del tumor a otras localizaciones y también conocido como metástasis.

Normalización: Regularizar o poner en orden lo que no estaba, tipificar, ajustar a un tipo, modelo o norma. La normalización tiene 3 objetivos: Simplificación del contenido informativo de los documentos, evitando dispersión y redundancia en la información. Homogeneización de la estructura externa. Organización unificada del orden y estructura de los documentos.

Preservación: Conjunto de procedimientos y medidas destinados a la prevención de posibles alteraciones físicas en los documentos y a la restauración de éstos cuando la alteración se ha producido. Peligros potenciales son el fuego, agua, excesiva o poca humedad y temperatura, luz, ruido, insectos, roedores, personas, polvo y contaminación.



Préstamo: Salida temporal de la HC a través de los circuitos internos (urgencias, hospitalización; codificación; docencia; estudios y epidemiología y personal sanitario; y préstamos externos.

Procedimientos diagnósticos: Técnicas aplicadas al paciente con el fin de filiar el proceso que padece

Procedimientos obstétricos: Técnicas diagnósticas y terapéuticas relacionadas con los cuidados del embarazo, parto y puerperio.

5º dígito: Nivel máximo de codificación de enfermedades correspondiente a las subclasificaciones.

Reacción adversa: Manifestaciones que son producto de una sustancia terapéutica correctamente prescrita y adecuadamente administrada.

Recepción: apertura e identificación de expedientes clínicos, ordenación, numeración de los documentos que integran la HC.

Referencias cruzadas: Aquellas instrucciones que envían a otro lugar del índice alfabético para completar la información del término.

Registro: donde se centraliza la entrada y/o salida de documentos. La finalidad básica del registro en términos generales es el control de todos los documentos que entran y/o salgan en los diferentes órganos de la entidad.

Sección: Cada uno de las divisiones de los capítulos. Bajo el título de la sección también están indicados entre paréntesis los límites de las categorías que contiene.

Seguridad informática: es la disciplina que se ocupa de diseñar las normas, procedimientos, métodos y técnicas destinados a conseguir un sistema de información seguro y confiable.

Sistema de información: El sistema de información sanitario (SIH), debe ser único, integrado y acumulativo, ya que su objetivo es poner a disposición de los profesionales los datos y la información necesaria para que puedan realizar su trabajo en el centro sanitario

Sistema informático: está constituido por un conjunto de elementos físicos (hardware, dispositivos, periféricos y conexiones), lógicos (sistemas operativos, aplicaciones, protocolos...) y con frecuencia se incluyen también los elementos humanos (personal experto que maneja el software y el hardware).

Sistema sanitario: Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí que actúan con una finalidad común y están sujetos a determinadas leyes.



Software: Constituido por los sistemas operativos y el conjunto de aplicaciones instaladas en los equipos de un sistema de información que reciben y gestionan o transforman los datos para darles el fin que se tenga establecido.

Subcategoría: Códigos de cuatro dígitos en las enfermedades, de una letra (V) y tres dígitos en los códigos V, de una letra (M) y cuatro dígitos en los códigos M y de tres dígitos en los procedimientos en que se subdividen las categorías.

Subclasificación: Códigos de cinco dígitos en las enfermedades, de una letra (V) y cuatro dígitos en los códigos V, t de cuatro dígitos en los procedimientos en que se subdividen las subcategorías.

Término principal: Aquel que aparece impreso en negrita en los índices alfabéticos de la CIE-9-MC e identifica en cada diagnóstico la palabra clave que permitirá su codificación.

Valores. Se refiere a los diferentes contenidos que puede adoptar la variable. Para determinadas variables, el valor posible debe estar incluido entre los comprendidos en una lista cerrada.

Variables no clínicas: Parte del CMBD formada por información administrativa referida al paciente y al episodio de hospitalización.

Vías de acceso: Modo de abordaje para acceder la localización en que se va a realizar una técnica diagnóstica o terapéutica.