

**UNIDAD DE COMPETENCIA**      **Extraer los términos clínicos y de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de la documentación clínica.**

**Nivel**      3

**Código**      UC2074\_3

### **Realizaciones profesionales y criterios de realización**

**RP 1: Identificar los diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.**

CR 1.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los diagnósticos médicos.

CR 1.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos asignados.

CR 1.3 El diagnóstico médico principal se identifica, entre todos los diagnósticos, comprobando que el diagnóstico seleccionado corresponde con el que originó el ingreso del paciente.

**RP 2: Identificar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.**

CR 2.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los diagnósticos quirúrgicos.

CR 2.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos quirúrgicos.

CR 2.3 Las complicaciones surgidas en el pre o postoperatorio se identifican, valorando la relación de estas con la intervención.

CR 2.4 El diagnóstico quirúrgico principal se identifica entre los diagnósticos, comprobando que el diagnóstico seleccionado corresponde con el que originó el ingreso del paciente.

**RP 3: Identificar los diagnósticos y procedimientos obstétricos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.**

CR 3.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar todas las incidencias acaecidas durante el embarazo, el parto y el puerperio.

CR 3.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los procedimientos obstétricos realizados.

CR 3.3 El diagnóstico obstétrico se identifica entre todos los diagnósticos, comprobando si es o no el que corresponde con el que originó el ingreso de la paciente.

**RP 4: Identificar los diagnósticos y procedimientos oncológicos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.**

CR 4.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar el término histológico principal en episodios tumorales.

CR 4.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para obtener el término esencial que describe el lugar anatómico de la neoplasia.

CR 4.3 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica, si fuera preciso, se revisan para obtener la naturaleza primaria o secundaria, la conducta de malignidad y/o benignidad y el tipo histológico de la neoplasia.

**RP 5: Identificar los procedimientos terapéuticos, no quirúrgicos, empleados en el tratamiento y/o rehabilitación del paciente, contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.**

CR 5.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar los procedimientos terapéuticos y/o quirúrgicos, su vía de acceso y cierre, si no están incluidos en el propio procedimiento quirúrgico.

CR 5.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer otros procedimientos previstos y no realizados.

CR 5.3 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer otros procedimientos iniciados y no concluidos.

CR 5.4 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los exámenes microscópicos clasificándolos por lugar anatómico e indicando el tipo de examen.

**RP 6: Identificar los efectos adversos producidos por drogas, diferenciando entre reacción adversa e intoxicación, contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.**

CR 6.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar posibles reacciones adversas y/o intoxicación.

CR 6.2 En el caso de existencia de efectos adversos se diferencia, si se trata de una reacción adversa o de una intoxicación.

CR 6.3 La circunstancia en que la reacción adversa se ha producido se clasifica entre las siguientes posibilidades: accidente, homicidio, intento de suicidio, uso terapéutico o indeterminado.

## **Contexto profesional**

### **Medios de producción**

Historias clínicas, sistema internacional de clasificación de enfermedades.

### **Productos y resultados**

Identificación e indexación de los diagnósticos médicos, quirúrgicos, obstétricos, procedimientos terapéuticos, tumores, reacciones adversas e intoxicaciones.

### **Información utilizada o generada**

Manuales de anatomía, fisiología, patología médica, quirúrgica, obstetricia y toxicología. Diccionarios médicos. Boletines de unidades técnicas de codificación. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.