



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TESIS DOCTORAL

Título
<b>Mejora de la calidad del informe clínico de alta hospitalaria desde el punto de vista lingüístico</b>
Autor/es
<b>Ana Rosa Terroba Reinares</b>
Director/es
Miguel Angel Muro Munilla
Facultad
Facultad de Letras y de la Educación
Titulación
Departamento
Filologías Hispánica y Clásica
Curso Académico



**Mejora de la calidad del informe clínico de alta hospitalaria desde el punto de vista lingüístico**, tesis doctoral

de Ana Rosa Terroba Reinares , dirigida por Miguel Angel Muro Munilla (publicada por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



Departamento de Filologías Hispánica y Clásica

**TESIS DOCTORAL**

**MEJORA DE LA CALIDAD DEL INFORME CLÍNICO DE ALTA HOSPITALARIA  
DESDE EL PUNTO DE VISTA LINGÜÍSTICO**

**ANA ROSA TERROBA REINARES**

**Director: Miguel Ángel Muro Munilla**

**Logroño, 2015**



## RESUMEN

**OBJETIVOS:** El objetivo principal de este trabajo consiste en facilitar las herramientas al personal sanitario para que mejore la comunicación escrita, en concreto los informes médicos, y acercar la comunicación científica al paciente. Es evidente que cuanto más detallado y extenso sea el estudio del lenguaje médico, más beneficios reportará a la sociedad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizan desde el punto de vista lingüístico aproximadamente 400 informes clínicos asistenciales (ICA). La selección del material se ha realizado mediante un criterio sistemático que determina la inclusión en el estudio de informes que deben estar redactados por diferentes facultativos del área de Medicina Especializada del Sistema Público Sanitario de La Rioja y la muestra incluye altas voluntarias, por exitus, por traslado al domicilio o por fin de cuidados. Dado el enorme volumen de información obtenido, el estudio propiamente filológico se centra en los procesos de abreviación.

**RESULTADOS:** El ICA es el documento médico técnico- legal obligatorio que resume la asistencia prestada al paciente e informa acerca del diagnóstico, tratamiento y recomendaciones que se deben seguir. Según el apartado concreto, se pueden considerar como textos descriptivos, narrativos o argumentativos. A pesar de que parten de una estructura prefijada basada en una serie de ítem impuestos, el formato y contenido de estos documentos difiere en muchos casos según el Servicio y, en ocasiones, según el facultativo. La mayoría de las veces se suelen escribir con un lenguaje técnico basado en repeticiones de estructuras propiamente médicas, sin tener en cuenta la comprensión del documento por parte del receptor.

**CONCLUSIONES:** La creación de un modelo de ICA tendrá que ser una labor interdisciplinar y, para garantizar su utilidad, los ICA deberán recoger, por medio de un lenguaje claro y comprensible, datos que sean necesarios para todos aquellos receptores posibles del informe; asimismo, el resto de factores de la comunicación influirán también en la confección de este tipo de documentos, clave en la comunicación sanitaria escrita.

**PALABRAS CLAVE:** Informe clínico asistencial, calidad, sistemas de abreviación, Lingüística Clínica, comunicación sanitaria, lenguaje médico

**Objectives:** The principal aim of this study consists on facilitating the tools to the sanitary personnel in order that written communication improves, specially the medical reports, and bringing the scientific communication over to the patient. It is evident that the more detailed and extensive the study of the medical language is, the more benefits it will bring to the company.

**Material and methods:** Approximately 400 reports of hospitable discharge (IAH) are analyzed from the linguistic point of view. The selection of the material has been carried out by means of a systematic criterion that determines the incorporation in the study of reports that must be written by different physicians of the area of Specialized Medicine of the Public Sanitary System of La Rioja, and the sample includes voluntary discharges, for death, for transfers home or end of cares. In view of the enormous volume of information obtained, the properly philological study centres on the processes of abbreviation.

**Results:** The clinical report is the technical medical document – legally mandatory- that summarises the patient attention and informs about the diagnosis, treatment and recommendations which are to follow.

The IAH is the technical medical document - legally obligatory - that summarizes the assistance given to the patient and informs about the diagnosis, treatment and recommendations which must be followed. According to the concrete paragraph, they can be considered to be descriptive, narrative or argumentative texts. In spite of the fact that they depart from a prearranged structure based on a series of imposed items, the format and content of these documents differs in many cases according to the Service and, in occasions, according to the physician. They are mostly written with a technical language based on repetitions of strictly medical structures, without bearing in mind the comprehension of the document on the part of the recipient.

**Conclusions:** The creation of a model of IAH will have to be an interdisciplinary labor and, in order to guarantee its usefulness, the IAH will have to gather, by means of a clear and understandable language, data that are necessary for all those possible recipients of the report; likewise, the rest of factors of the communication will also have an influence on the making of this type of documents, key to the written sanitary communication.

**KEY WORDS:** Hospital discharge reports, Quality, Processes of abbreviation, Clinical Linguistics, sanitary communication, medical language.



Este trabajo de investigación no habría finalizado sin la inestimable colaboración de un buen número de personas que me han ayudado y apoyado en este proceso y a las cuales quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento.

En primer lugar, quisiera mencionar a quien más debo a nivel académico –el Dr. Miguel Ángel Muro Munilla, director de esta tesis–, quien apostó desde el primer momento por un proyecto innovador para la Universidad de La Rioja y depositó su confianza en él. Gracias por su disponibilidad, sus observaciones, sus sabios consejos y por haberme guiado de manera responsable y entusiasta a lo largo del desarrollo de este trabajo.

Asimismo, agradezco sinceramente la comprensión y generosidad del Dr. Claudio García Turza con quien me inicié en las labores de investigación.

Gracias también al Departamento de Filología Hispánica de la Universidad de La Rioja por haberme permitido incluir mi tesis entre sus proyectos.

Por otro lado, debo resaltar la labor del personal del Servicio Riojano de Salud y de la Consejería y, en concreto, la de aquellos que hicieron lo posible para que obtuviera el permiso de acceso a la documentación sanitaria (en especial, Félix Vadillo y Lorenzo Echeverría), los que me facilitaron los datos estadísticos, el Servicio de Atención al Paciente y los que aclararon las dudas que me fueron surgiendo en la investigación.

Mención especial merecen esos compañeros de trabajo que siempre están ahí cuando los necesito. Gracias a ellos he podido aclarar conceptos y, en momentos difíciles, me han servido de estímulo sus palabras.

Debo también recordar con gratitud a los informantes anónimos que han participado en las encuestas y el trabajo de campo.

En el plano afectivo, el agradecimiento más señalado para mi familia y amigos por su apoyo incondicional y, sobre todo, para mis padres por su cariño, dedicación y porque siempre que me ha hecho falta, los he tenido.

Y, por último, con la esperanza de que algún día comprendan y valoren mi esfuerzo, a Miguel y Adriana, tesoros sin los cuales este trabajo no tendría sentido.





# ÍNDICE



1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. OBJETIVOS.....	15
3. MARCO DE REFERENCIA .....	19
3.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....	21
3.2. NORMATIVA LEGAL .....	34
3.3. ESTRUCTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA RIOJA .....	37
4. PRINCIPIOS O FUNDAMENTOS LINGÜÍSTICOS .....	47
4.1. NOCIONES DE LINGÜÍSTICA PARA ESTA INVESTIGACIÓN .....	49
4.2. DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS LENGUAJES DE ESPECIALIDAD .....	50
4.2.1. EL LENGUAJE CIENTÍFICO .....	51
4.2.2. EL LENGUAJE SANITARIO. ....	52
4.3. COMUNICACIÓN ORAL Y ESCRITA.....	54
4.4. TIPOS DE ESCRITOS SANITARIOS .....	55
5. METODOLOGÍA .....	57
6. ESTUDIO DE LOS INFORMES.....	61
6.1. EL INFORME CLÍNICO DE ALTA (ICA). ....	63
6.2. MATERIAL Y MÉTODO. ....	69
6.3. RESULTADOS	
6.3.1. TEXTOS PREESTABLECIDOS.....	71
6.3.2. ENCABEZADO .....	73
6.3.3. MOTIVO DE INGRESO .....	76
6.3.4. ANTECEDENTES PERSONALES .....	93
6.3.5. ENFERMEDAD ACTUAL .....	106
6.3.6. EXPLORACIÓN CLÍNICA .....	114
6.3.7. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS .....	127
6.3.7.1. PRUEBAS DE ANALÍTICA .....	128
6.3.7.2. OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS .....	137
6.3.8. EVOLUCIÓN .....	139
6.3.9. TRATAMIENTO	
6.3.9.1. FORMATO .....	144
6.3.9.2. TERMINOLOGÍA DEL FÁRMACO.....	195
6.3.10. DIAGNÓSTICOS .....	214
6.3.11. RECOMENDACIONES .....	217

7. PARTE II: SISTEMAS DE ABREVIACIÓN .....	267
7.1. DEFINICIONES.....	269
7.2. CREACIÓN DEL CORPUS .....	278
7.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	279
7.3.1. ACORTAMIENTOS .....	279
7.3.2. SIGLAS .....	281
7.3.2.1. SIGLAS PROTOTÍPICAS.....	283
7.3.2.2. SIGLOIDES .....	289
7.3.2.3. ACRÓNIMOS O SIGLÓNIMOS .....	289
7.3.2.4. LARGOS ENUNCIADOS.....	292
7.3.2.5. SIGLAS MORFEMA.....	292
7.3.3. ABREVIATURAS .....	298
7.3.4. SÍMBOLOS.....	311
7.3.4.1. SÍMBOLOS ALFABETIZABLES .....	314
7.3.4.2. SÍMBOLOS NO ALFABETIZABLES .....	399
7.3.5. HÍBRIDAS .....	428
8. CONCLUSIONES .....	463
9. BIBLIOGRAFÍA.....	517
10. TABLAS Y ANEXOS .....	579
11. IMÁGENES .....	747
12. PLANTILLAS .....	757
13. TOTAL DE SIGLAS .....	763

# **INTRODUCCIÓN**



## 1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales que trabajamos en contacto con pacientes en el medio sanitario podemos atestiguar la existencia de problemas graves de comunicación, no sólo en el lenguaje oral sino también en el escrito. Los malentendidos entre sanitarios y pacientes son bastante habituales y éstos, en algunos casos, se quejan porque no comprenden la información que se les aporta, se avergüenzan y, en mayor medida, no piden aclaraciones.

Por su parte, el profesional utiliza un vocabulario desconocido para el paciente, “una jerga especializada” en la que abundan mecanismos que crean enorme ambigüedad y oscurantismo. Además, por regla general, existe la tendencia a hablar y escribir sin conciencia, con descuido, bajo la premisa de que “mientras me entiendan, no importa cómo hable”, lo cual fija el interés en el que emite el mensaje pero en ningún momento se piensa en el oyente que puede o no haber entendido lo que el emisor le expresa. Por eso, la mayoría de los sanitarios, en especial los médicos, demuestran cierta indiferencia ante cuestiones lingüísticas y, sobre todo, desinterés por aquello que no es estrictamente médico: prima lo asistencial y falta tiempo para atender a un enorme volumen de pacientes. No se trata de culpar a nadie, ya que los primeros perjudicados son los propios médicos, sino de mostrar una situación real que es reflejo de la sociedad que estamos forjando, caracterizada por la premura del tiempo, la economía lingüística, la velocidad del progreso, el materialismo práctico y la irreflexión.

Por otro lado, debido al contexto social son cada día más numerosos los problemas de traducción e interpretación en el medio sanitario: abundante inmigración que utiliza intérpretes no profesionales, traducciones científicas poco ortodoxas, profesionales con una formación lingüística en inglés bastante mediocre, etc.

Respecto a la formación, añadiremos que desde la transformación de las licenciaturas en grados se ha ampliado en parte la cantidad de materias relacionadas con la comunicación en la mayoría de las Facultades de Medicina españolas, en especial impartidas en los primeros ciclos, de tal modo que casi todas las facultades incluyen asignaturas sobre comunicación médica asistencial, sobre documentación (ambas de carácter obligatorio), sobre terminología médica e incluso se crean módulos específicos como en las facultades de Málaga y Cantabria con el módulo de Medicina Social, Habilidades de Comunicación e Iniciación a la Investigación. v.gr. tabla 1.

Entretanto, falta concienciación por parte del facultativo de que la comunicación escrita es casi tan importante como la oral y de que se debe ir más allá del mero recurso burocrático.

Desde la Universidad se debe concienciar al futuro médico de la importancia de las Humanidades, de que debe interesarse por una correcta comunicación. Comprobamos que últimamente se ha incrementado la preocupación por la comunicación pero, principalmente desde el punto de vista psicológico; no se realizan estudios de tipo lingüístico basados en la evidencia con el fin de investigar los problemas reales del instrumento comunicativo –la lengua– y así que el lingüista pueda proponer las herramientas idóneas y, de manera multidisciplinar, solucionar los probables errores de comunicación.

Si a toda esta situación añadimos el poco tiempo que pueden dedicar los profesionales sanitarios a sus pacientes, no cabe duda de que la comunicación sanitaria en España está “enferma”.

La información que se ofrece a los pacientes debe estar adaptada al nivel de conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad y al propio estado de la enfermedad. Aun con todo, entre los requisitos exigibles al profesional que aporta información relevante al paciente es esencial, en primer lugar, no sólo conocer los síntomas físicos de la persona, sino también sus costumbres y perspectivas acerca de la salud. Es importante saber lo que el paciente ya conoce y averiguar si la persona tiene una información «incorrecta», es decir, conceptos erróneos acerca de su problema de salud o acerca de «curas milagrosas» que realmente son inútiles o hasta peligrosas.

En segundo lugar, hay que conocer la información que el paciente precisa en cada momento: al principio, cuando al paciente se le diagnostica una enfermedad, necesita información básica de lo que padece y saber cómo le puede afectar a su vida cotidiana; después, en el transcurso de la enfermedad, necesita información que le anime y le permita asimilar los cambios de tratamiento.

Según Enrique Silver (1999: 19-22), en una encuesta realizada por la revista *The Patient's Network*, órgano oficial de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO), se preguntó a pacientes de diversos países si sentían que estaban recibiendo demasiada, suficiente o muy poca información en una serie de aspectos: tratamientos alternativos, riesgos del tratamiento, beneficios, efecto en la calidad de vida, consecuencias de no seguir el tratamiento y cómo controlar el progreso de la enfermedad por medio de cambios en sus costumbres o estilos de vida.



En general, los pacientes indicaron que estaban obteniendo muy poca información en casi todas estas áreas, sobre todo acerca de los tratamientos alternativos y el efecto del tratamiento en la calidad de vida. Sin embargo, consideraron que se ofrecía demasiada información sobre riesgos: «A los pacientes no nos interesa la fórmula química ni los problemas que afectan a menos del 5 % de los pacientes. En lugar de eso, necesitamos más guías con relación a si tomar la medicina con o sin alimento y qué deberíamos de informar al médico. También necesitamos más consejo sobre los alimentos y las bebidas que podemos consumir, la interacción con otros fármacos, el efecto del ejercicio físico, la dosis adecuada, los efectos de una sobredosis o del olvido de la misma».

Todos los pacientes que participaron en la encuesta, procedentes de diversos países, estuvieron de acuerdo en que la información necesita cambiar durante el curso de una enfermedad. Inicialmente existe la necesidad de tener mucha información básica acerca de la enfermedad y los tratamientos disponibles. En esta etapa, los pacientes confían fuertemente en los médicos para obtener información y apoyo; más tarde, comienzan a encontrar nuevas fuentes de información y aprenden a evaluar opiniones conflictivas. En efecto, durante el proceso de una enfermedad, los pacientes pueden estar diferentemente dispuestos a asumir determinadas informaciones y, a medida que pasan por los diferentes estados emocionales que acompañan al diagnóstico y el tratamiento, los pacientes requieren un nivel más sofisticado de información. El enfoque cambia desde lo básico de la enfermedad hacia la información sobre la conformidad al tratamiento, la investigación y sugerencias para mejorar la calidad de vida.

En suma, para que el facultativo domine la comunicación con cualquier persona en su ámbito profesional, se hace necesario que cumpla una serie de objetivos, ya expuestos algunos de ellos por M<sup>a</sup> Blanca Mayor para la formación de traductores médicos (M<sup>a</sup> Blanca Mayor, 2003: 133-34):

1. Dominar las características discursivas y textuales de la comunicación médica
2. Conocer y captar la importancia de las funciones comunicativas propias del ámbito médico
3. Conocer y captar la importancia del propósito de la transmisión de la información

4. Comprender y conocer la existencia y la importancia de la diversidad de participantes en la comunicación médica
  - 4.1. Conocer los diversos productores y receptores propios de cada tipo de texto
  - 4.2. Percatarse de cómo el tipo de receptor y el objeto de la comunicación influyen en la configuración textual
5. Saber clasificar, caracterizar y distinguir de forma contrastiva las clases de texto
  - 5.1. Captar la existencia de diferentes funcionamientos textuales
  - 5.2. Conocer las diversas clases de texto que configuran la comunicación médica
  - 5.3. Captar las características principales de la configuración de las clases de texto

¡Ars longa, vita brevis!

## **2. OBJETIVOS**



## 2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo consiste en facilitar las herramientas al personal sanitario para que mejore la comunicación y acercar la comunicación científica al paciente.

Objetivos generales:

- Se trata de ofrecer una visión general de la situación en que se encuentra el lenguaje escrito en la sanidad riojana y demostrar la existencia de diversos problemas de índole lingüística que afectan a la calidad de la asistencia sanitaria.

- Dar a conocer los beneficios de la colaboración del lingüista con el personal sanitario; es decir, promover vías de cooperación entre profesionales del lenguaje y de las ciencias de la salud.

- Abordar las posibles carencias comunicativas y obtener propuestas para futuras investigaciones.

- En definitiva, la “jerga médica”, usada en la mayoría de los textos sanitarios, es complicada y oscura, con abundantes tecnicismos, siglas, abreviaturas, etc. que crean enorme ambigüedad; por tanto, comprobaremos hasta qué punto se produce este oscurantismo en los textos sanitarios y propondremos posibles soluciones similares, por ejemplo, a la iniciativa de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria por la cual desde hace algún tiempo y mediante un programa informático más de setenta hospitales traducen los informes, recetas y prospectos de medicamentos a sus pacientes.

Objetivos concretos:

- Enumerar los rasgos comunes que caracterizan a los informes clínicos en La Rioja.

- Verificar la utilidad de los informes clínicos.

- Comprobar si están correcta o incorrectamente formulados.

- Constatar si son comprensibles o no por cualquier hablante y si todos los sanitarios comprenden cualquier tipo de informe.

- Comprobar que existe un tipo temático escrito con una fórmula que se repite.

- Obtener unos rasgos lingüísticos propios de los informes clínicos porque se prevé que su uso incorrecto impide una buena comunicación.

- Aportar soluciones y estrategias lingüísticas que permitan una comunicación asistencial más fluida y eficaz.



### **3. MARCO DE REFERENCIA**





### 3. MARCO DE REFERENCIA

#### 3.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En los últimos años hemos comprobado cómo se desarrollan profundos cambios que influyen de modo destacado en nuestra investigación:

A. Necesidad de estudios interdisciplinarios: en épocas en que las Ciencias Humanas poseían una importancia relevante en la sociedad se producía un interés global por toda forma de conocimiento; sin embargo, a finales del siglo XX, con intención de conseguir mayor productividad, se realiza un giro en el sistema educativo y la cultura pasándose a una formación especializada donde cada estudiante o investigador conoce en profundidad un único tema de su área de conocimiento y lo prioriza sobre otros aspectos más generales. Esta formación específica, sin embargo, no ha resultado a largo plazo tan positiva como se podía pensar ya que es necesario un conocimiento general del mundo para poder interpretarlo. Además, en el caso concreto de la Lingüística, aunque la especialización es totalmente necesaria, se precisa asimismo tender puentes a otras ramas del saber con el fin de analizar el mismo objeto de estudio desde distintos puntos de vista; de ahí la necesidad, en nuestro caso concreto, de recibir ayuda, asesoramiento y colaboración por parte del personal sanitario, de gestión, informáticos, etc. Este nuevo planteamiento interdisciplinario ha dado lugar a nuevas asignaturas o disciplinas como la bioética o la lingüística clínica.

Por otro lado, el sistema sanitario español tradicionalmente ha permitido el “intrusismo” de médicos en otras especialidades no médicas, esto es, médicos que trabajan en campos consagrados legalmente a otras profesiones como en el caso de los gestores sanitarios, los encargados de la documentación sanitaria y, en lo que a los lingüistas nos afecta, los redactores de textos médicos, los traductores e intérpretes, etc. Todas las profesiones mencionadas deberían estar formadas por equipos multidisciplinares que, trabajando en común y aportando sus conocimientos específicos, permitan un aumento de la calidad sanitaria.

A modo de ejemplo veamos el caso del redactor médico:

La redacción médica es la actividad de quien tiene como profesión el redactar textos de carácter científico relacionados con el mundo de la salud. Debido al aumento en las exigencias legales, metodológicas y éticas para la investigación farmacológica, y al aumento del número de publicaciones biomédicas con editores cada vez más exigentes, fue cada vez más evidente la necesidad de encomendar las tareas de redacción a quien supiera, pudiera y dispusiera del tiempo para hacerlo. Estaba naciendo la profesión de redactor de textos médicos; así en febrero de 2005 nació la Asociación Española de Redactores de Textos Médicos (AERTeM) con los siguientes objetivos: calidad científica en la preparación de textos relacionados con el área de la salud y formación continuada de sus asociados. El ámbito de la redacción médica es amplio: redacción médica de comunicación científica, redacción médica de registro de fármacos y redacción médica de información y divulgación sanitaria dirigida al público general. Las características que deben primar son la claridad, la precisión y la fiabilidad. La justificación –poco rigurosa– para que sean médicos los que se dediquen a esta profesión nos la aporta Santiago Rosales (2009: 1):

«Se dice con demasiada frecuencia que los médicos no saben escribir, pero lo cierto es que los profesionales de la salud han tenido siempre una deriva hacia las artes (literarias, musicales o plásticas) que es por todos reconocida. Sin entrar demasiado en detalles, por lo que se refiere a las artes literarias baste mencionar médicos que fueron novelistas o dramaturgos ilustres, como Pío Baroja, Conan Doyle, Chejov (más dedicados a la literatura que a la medicina), o lo son hoy, como el oftalmólogo Jaime Salom. Profesionales de reconocido prestigio (Juan José López-Ibor, por ejemplo) comunicaron fluidamente por escrito su experiencia al gran público, como lo hacen hoy muchos profesionales en ejercicio.

Aunque haya científicos que, efectivamente, carecen de habilidades literarias, parece más apropiado afirmar que quien hace ciencia e investiga suele encontrar poco tiempo y cierta dificultad en poner por escrito (en orden y listo para publicar) los resultados de sus investigaciones».

Los requisitos que debe poseer un redactor médico, concretamente en el mundo farmacológico, según Vicente Alfaro son enumerados a continuación (Vicente Alfaro, 2009: 7):

«Para incorporarse laboralmente como redactor de textos médicos en el sector farmacéutico se solicitan licenciados en ciencias de la vida o en ciencias experimentales (médicos, farmacéuticos, biólogos, bioquímicos, químicos, etc.), aunque preferentemente se requiere tener un doctorado. Haber realizado experimentación básica o finalizado un programa de doctorado es un mérito apreciado, ya que capacita a la persona para la comprensión del método científico, incluyendo el análisis de datos obtenidos en experimentación, ya sea con animales o con seres humanos, y la capacidad de concretarlos en un espacio físico breve (esto es, en formato de artículo, informe, sumarios, etc.). [...]

Para ser redactor de textos médicos no es imprescindible tener una titulación en medicina, aunque sí es importante tener conocimientos básicos, pero sólidos, de anatomía, fisiología humana y farmacología. Desde luego, tener conocimientos de las enfermedades y su tratamiento supone una ventaja, pero en la mayoría de los puestos es posible adquirir conocimientos sobre enfermedades específicas durante el desarrollo de diferentes proyectos. Lo que sí se requiere es un nivel de redacción muy bueno, y saber manejar con soltura programas de procesamiento de textos (habitualmente Microsoft Word), conocer algo sobre programas estadísticos (SAS, SPSS), conocer programas de diseño gráfico y de ilustración (Power Point, CorelDraw, etc.), de gestión bibliográfica (Endnote o Reference Manager), bases de datos en Internet tipo MEDLINE, y gestión de textos completos en formato pdf. La mayoría de las empresas piden que se realice una prueba de redacción antes o durante la entrevista, para poder valorar las habilidades del candidato. El formato de la prueba difiere según el tipo de redacción que haga falta en la empresa. Hay que tener capacidad para comunicarse por escrito, pero también para comunicarse en equipo. Por ello, se requiere facilidad para tener un trato cordial con otras personas. El redactor de textos médicos forma parte de un equipo multidisciplinario, en muchas ocasiones con la colaboración de personas ajenas a la compañía. Se buscan profesionales capaces de comunicarse con colaboradores que tienen distintos tipos de formación y conocimientos. Un redactor de textos médicos es un experto en escritura de documentos con formato variado y contenido diverso, pero muchos de ellos con un origen común: la investigación, el desarrollo y la innovación de fármacos (I+D+I). Por lo tanto, es preciso tener conocimiento de los procesos, los tipos de documentos y las regulaciones que aparecen durante esta I+D+I».

Por el contrario, el redactor de textos médicos integrado en un departamento de redacción científica de una empresa de investigación por contrato (CRO) puede tener un amplio perfil, dada la diversidad de documentos que elabora. En general, se requiere una licenciatura en ciencias de la salud, y se valora muy positivamente el poseer el grado de doctor o haber colaborado en un departamento de investigación, puesto que supone una formación adicional en metodología de investigación, normalmente una más que aceptable capacidad de redacción y, lo que es más importante, la inquietud científica necesaria para participar en un proyecto de investigación. Experiencia en metodología de la investigación clínica, conocimientos de estadística, edición de textos, inglés, y capacidad de síntesis, son otras habilidades importantes a considerar en un redactor de textos médicos. Sin embargo, como indican Laura Melgarejo y otros, el redactor de textos médicos «puede proceder también del ámbito de las letras, como filólogos, traductores, etc., que posean un excelente conocimiento del lenguaje en general y capacidad de adaptación al lenguaje médico. En principio, no es indispensable tener formación en medicina....» (Melgarejo, 2009: 22)

El redactor médico es un profesional del lenguaje, que es su herramienta de trabajo, y desempeña una labor científica de comunicación. La redacción parte del supuesto de una doble vertiente: la de redactar y la de conocer el tema sobre el que se redacta, es decir, medicina. Por tanto, el redactor debe poseer un buen conocimiento tanto de medicina como de las particularidades del lenguaje científico. Sin embargo, dado que en los programas educativos de Filología nunca se han ofrecido asignaturas enfocadas al ámbito sanitario, han tenido que ser los médicos quienes se hayan especializado en redacción y lenguaje sanitario. Momento es para que los lingüistas nos comencemos a interesar por estos aspectos y aportemos nuestras investigaciones, situación que sin duda incrementará la calidad de la sanidad en España.

En la misma línea, observamos cómo en los últimos años se ha producido, tanto a nivel nacional como internacional, un incremento de los estudios sobre la comunicación médico-paciente y son numerosas las publicaciones, sobre todo digitales, que tratan el tema de la comunicación. No obstante, la mayoría de estas publicaciones, redactadas en su mayor parte por médicos o traductores, carecen de rigor empírico.

Todos nos atrevemos a opinar sobre la lengua porque la consideramos de nuestra propiedad por el solo hecho de hacer uso de ella; sin embargo, el estudio de la lengua implica conocer muchos conceptos, muchos “términos especializados” que sólo desde el conocimiento especializado de los lingüistas se puede entender. Y la lengua es únicamente un apartado dentro de la comunicación asistencial –el principal pero no el único-; por tanto, el estudio de la comunicación en el medio sanitario requiere asimismo de la ayuda de otros puntos de vista diferentes como el psicológico, médico, de enfermería, económico, ético, legal, informático, etc.

Cada grupo profesional tiene un área específica en la que desarrollar su trabajo y sólo con equipos multidisciplinares podrá mejorar el sistema sanitario.

B. Giro en los estudios lingüísticos: los lingüistas nos esforzamos muchas veces en intentar que nuestro trabajo se tome en serio y percibimos la necesidad de justificarnos y justificar nuestra profesión; además las carreras relacionadas con la lingüística están infravaloradas y se consideran poco científicas. Este sentimiento tiene sus comienzos en el siglo XIX cuando la lingüística pasa de usar como herramienta el análisis de textos y concebirse como creación humana a transformarse en una ciencia empírica rigurosa influida por los naturalistas.

Hacia fines del siglo XIX se produce un nuevo giro hacia el humanismo y el método especulativo, tratando de aportar una visión estructural de los fenómenos lingüísticos y basándose principalmente en definir la lengua con una enorme proliferación de distintas escuelas teóricas (estructuralismo, glosemática, antropolingüismo, gramática de Montague, psicomecánica, lingüística funcional, generativismo...). Esta situación de desorientación y falta de utilidad conlleva un nuevo giro en la Lingüística que, finalmente, se dedica a temas más concretos y útiles en la que denominamos como Lingüística Aplicada, corriente emergente dentro del panorama nacional de la que forman parte: la adquisición de primeras y segundas lenguas, el español para extranjeros, el bilingüismo, el multilingüismo, la alfabetización, la lingüística clínica, la sociolingüística, la lingüística contrastiva, la traducción e interpretación, la comunicación mediatizada por ordenador (aplicaciones informáticas), la documentación de lenguas minorizadas, la evaluación lingüística, el análisis conversacional, el análisis del discurso, la pedagogía del lenguaje, la lexicografía, la normalización lingüística, la pragmática, la lingüística forense, las aplicaciones jurídicas, etc.

La Lingüística Aplicada es un área interdisciplinaria de la lingüística que se centra en el estudio de problemas sociales que tienen que ver con el lenguaje y su desarrollo se dio especialmente durante el siglo XX en Norteamérica, Gran Bretaña, Europa y Australia en el mundo anglosajón. A partir de la década de los 50, esta se preocupó de otros problemas del lenguaje que tenían que ver con la educación, la lingüística, la psicología, la antropología y la sociología. La tradición de lingüística aplicada se establece como una respuesta a la especialización de la lingüística con el advenimiento a fines de la década de 1950 de la lingüística generativa y desde entonces ha mantenido un rol social importante que demuestra el interés central por los problemas del lenguaje. La Asociación Internacional de Lingüística Aplicada (AAAL) es un foro que abarca un amplio espectro de investigadores de esta área. Algunas publicaciones incluyen *Studies in Second Language Acquisition*, *Modern Language Review*, *Language Learning*, *Applied Linguistics*, *AILA Journal* y el *TESOL Journal*.

Aunque el campo de la Lingüística Aplicada comienza en Europa y en los Estados Unidos, los estudios se difunden a nivel internacional de manera rápida.

En las últimas décadas, debido a la rapidez con que se producen los hallazgos científicos, se ha experimentado un apogeo creciente de las publicaciones sobre los lenguajes de la ciencia y la tecnología, lenguajes especializados que contienen un vocabulario que sólo puede entender un grupo muy reducido de hablantes. En este ámbito, pues, es donde enclavamos nuestra investigación.

En los últimos años se han incrementado notablemente los estudios sobre el lenguaje y la asistencia sanitaria, en concreto el tema de la comunicación entre médico y paciente; sin embargo, la mayor parte de estas publicaciones están redactadas por médicos que, aunque aportan información notable, no ofrecen estrategias que permitan mejorar la comunicación y es precisamente ahí donde cumple su papel el lingüista cuya tarea la definía ya Bloomfield, según estudios referidos a dicho autor, como «aquella que se ocuparía de estudiar el corpus de emisiones, descubriendo regularidades y estructuras»<sup>1</sup>.

Respecto al estudio de los ICA, el precedente más destacado estaría en la investigación realizada por Margaret M van Naaerssen en el año 1985 en el que analiza los informes clínicos de diversos hospitales: el léxico, la sintaxis, el contenido, el diseño y la implicación que tienen en la enseñanza de los médicos postgraduados. En los años noventa del siglo XX, surgen en España reflexiones sobre el punto de vista del informe desde Atención Primaria (Sardá, 1993; Lahoz, 1994), su peculiaridad en Urgencias (Abreu, 1994) y comienzan a surgir los primeros estudios sobre la calidad de los informes de alta (Viana, 1993, quien destaca la ausencia de algunos aspectos básicos en el informe como alergias, antecedentes, etc.; Gallart, 1999, García, 1999 que revisó informes de Medicina Interna y destacó que uno de los criterios de calidad que no se cumplen es que se siguen usando siglas no aceptadas). Ya en nuestro siglo, de entre los estudios empírico-analíticos realizados por médicos, cabría destacar por ser uno de los precursores, el estudio científico titulado “El efecto Fausto”, realizado en el Hospital Torrecárdenas de Almería con la colaboración del complejo hospitalario de Jaén y el Hospital Regional de Albacete durante el año 2005, sobre la comprensión del lenguaje médico por parte de la población, en concreto sobre el lenguaje de los informes, donde se revela que la legibilidad de los informes clínicos de alta hospitalaria es limitada y que los médicos no suelen tenerlo en cuenta. En la misma línea, el profesor de Filosofía del Derecho por la Universidad de Cantabria D. Ángel Pelayo, en septiembre de 2007, abogó por el derecho de los enfermos a recibir información por parte de los médicos sobre su estado de salud, derecho que ya fue dispuesto legislativamente en la Ley 29/2006, que aplica la Directiva 2004/27/CE.

---

<sup>1</sup> texto extraído de <https://es.scribd.com/.../51776011-Leonard-Bloomfield-Monografia> [consulta: 16/07/2015]

Sin embargo, será en el año 2009 cuando se solicite formalmente por el presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna, Pedro Conthe, una unificación de los informes de alta hospitalaria y una mejora de su calidad ya que, a partir de un estudio realizado en cuatro Servicios de Medicina Interna españoles (hospital Bellvitge de Barcelona, Gregorio Marañón de Madrid, Costa del Sol de Marbella y Hospital de Requena en Valencia), se constata una gran heterogeneidad en la realización del informe entre los diversos servicios médicos y hospitales en España, así como un amplio margen de mejora en el cumplimiento de la información administrativa y clínica que deben reflejar. En la presentación del trabajo se destacó la necesidad de elaborar un documento estándar de consenso que mejore los informes de alta y este documento fue publicado en febrero de 2010 gracias a la labor de un grupo de especialidades médicas hospitalarias y otro de médicos de Atención Primaria (junto con el asesoramiento del Foro Español del Paciente), incluyendo las recomendaciones generales para la confección del Informe clínico de alta (ICA). En las sesiones de trabajo se plantearon problemas relacionados con los informes, alternativas de solución, se elaboró una lista de recomendaciones de aplicación y se difundió el contenido del consenso entre los colectivos participantes.

Añadimos seguidamente las recomendaciones generales establecidas para el ICA, según el consenso de 2009:

#### 1. Descripción general

- a) El ICA debe ser un resumen sintético, preciso y conciso, y ha de redactarse en términos médicos
- b) El principal destinatario del ICA es el paciente, al que se le debe explicar la importancia de custodiarlo y presentarlo en cualquier acto médico posterior

#### 2. Información y comunicación al paciente

- a) El plan terapéutico debe ser claro, comprensible y ha de reflejarse en una hoja específica
- b) El médico valorará la conveniencia de señalar los objetivos terapéuticos del tratamiento y la finalidad de los fármacos, haciendo énfasis en los recién incorporados y en los cambios realizados
- c) La información escrita del ICA se debe complementar con una explicación verbal que requiere un tiempo y una dedicación específica por parte de los clínicos y otro personal sanitario
- d) Tras el alta hospitalaria, el médico de familia es el coordinador principal de los cuidados y tratamientos del paciente

#### 3. Comunicación entre médicos y datos importantes

- a) El ICA no debe ser el único contacto con el médico de familia. Una comunicación fluida entre ambos niveles es imprescindible, sobre todo en enfermedades crónicas
- b) Para facilitar la comunicación bidireccional entre la atención primaria y la hospitalaria es importante hacer constar unas referencias específicas para facilitar el contacto
- c) En el ICA deben constar explícitamente todos los datos necesarios para una buena codificación (motivo del ingreso, antecedentes, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos, complicaciones, destino al alta y otros)
- d) En el ICA se tienen que reflejar aspectos clave, como la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad y la valoración social
- e) En el ICA se debe dar importancia al razonamiento clínico en los casos en que el juicio clínico no resulte obvio
- f) Es importante reflejar los parámetros de analítica básica y los alterados
- g) En lo posible se evitará la utilización de acrónimos y siglas que no sean de uso general

#### 4. El tratamiento médico

- a) En el ICA debe quedar explícito qué sucede con el tratamiento previo o describir el tratamiento al completo
- b) Se tiene que definir con claridad el nombre del fármaco, la vía de administración, la dosis y la duración del tratamiento
- c) En caso de usar nombres comerciales será de utilidad hacer constar entre paréntesis el principio activo
- d) Cuando no se prescriban fármacos recomendados en un diagnóstico concreto, se precisará la razón para no hacerlo
- e) Se deben evitar cambios injustificados de tratamiento, revisiones sistemáticas y derivaciones innecesarias

#### 5. Implantación

- a) Las herramientas informáticas deberán facilitar la lógica y la sencilla elaboración del ICA
- b) La compatibilidad de sistemas informáticos es una condición necesaria para la coordinación médica eficaz y, por tanto, para la salud del paciente

Otros expertos se han ocupado, asimismo, de comprobar la calidad de los informes de alta –grado de cumplimiento de los CMBD-, tanto a nivel hospitalario (I. Hernández-García en el Hospital de Salamanca) como por Servicios: principalmente en Cirugía (Flores et al., Delgado Sánchez et al. y Fernando Fuertes, este último con uno de los trabajos más recientes que ha supuesto su trabajo de final de Máster Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Curso 2010/2012), Medicina Interna (la propia Sociedad Española de Medicina Interna, Zambrana con diversos artículos sobre los informes clínicos de Andalucía en los que se revisan el cumplimiento de la legislación vigente y las recomendaciones que se ofrecieron en el documento de consenso). A evaluar la fiabilidad de los informes de alta en relación con el registro de la comorbilidad y las complicaciones se ocuparon Benito Flores et al. en el año 2004 y Reyes et al. se dedicaron a valorar el peso de los informes en la evaluación de la asistencia sanitaria. Continúa, asimismo, el estudio de la repercusión del informe en Atención Primaria analizando su utilidad (Buxadé et al.) o escuchando las opiniones de los médicos de primaria con autores como Canals Innamorati. Los estudios realizados en Cataluña y Castilla-La Mancha son los más significativos y recientes, aunque en el primer caso se centran solo en un único hospital y en el segundo no son representativos de la totalidad de centros hospitalarios públicos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha; además, la escasez de estudios de este tipo demuestra una baja sistematización científica en la confección de los informes así como problemas de exhaustividad y precisión de la información. En los últimos años, finalmente, se añaden investigaciones más originales como las discrepancias dentro del informe entre los fármacos habituales del paciente y los que se prescriben al alta (Hernández Prats et. al) o el estudio de los informes de enfermería.



Sin embargo, únicamente localizamos un estudio de los informes médicos de alta desde el punto de vista del lingüista y, precisamente, en lengua catalana (Jordi Delás). Cualquiera puede hablar sobre la lengua porque es un bien común y todos lo empleamos pero el estudio de la lengua y sus usos particulares, como ciencia especializada, solo le corresponde al lingüista que será el profesional capaz de comprender términos como sociolecto, diafasia, pragmática, etc. y estará capacitado para aportar las herramientas necesarias para que la comunicación mejore (cualquiera puede conducir un vehículo pero no por ello sabe cómo está fabricado). De este punto, precisamente, parte la finalidad de esta investigación.

Continuando con las bases documentales en las que se basa el estudio, se han utilizado otro tipo de fuentes que aportan datos respecto a los informes clínicos: las revistas y manuales tanto impresos como digitales, entre los que destacamos la revista Medicina Clínica que supone un manual de estilo con abundantes recomendaciones y estudios de tipo humanístico, la base de datos DOCUMED sobre documentación médica, el médico interactivo, la revista Jano, el Diccionario Enciclopédico de Medicina, etc.

Son numerosos los autores –de profesiones muy variadas– que en los últimos años han centrado sus estudios en el lenguaje de la asistencia sanitaria y algunos, concretamente, en el análisis de los informes de alta; sin embargo, de manera especial y sin desmerecer al resto, se hace imprescindible citar a una serie de expertos en dicha materia:

- Amalio Ordóñez: médico oncólogo que en su Servicio ha realizado numerosos cuestionarios a pacientes, familiares y personal sanitario sobre la comunicación; ha publicado varios artículos sobre estas materias en revistas médicas; ha impartido cursos de doctorado sobre lenguaje médico y realizó su tesis doctoral con el título “Diversos aspectos del lenguaje médico”

- Fernando Navarro: médico especialista, traductor médico en los Laboratorios Roche de Basilea (Suiza) y miembro de la comisión de traducciones de la Academia Norteamericana de la Lengua Española. Se ha especializado en traducciones de textos médicos y es el principal investigador de los “falsos amigos”.

- Elena Garayzábal y Victoria Marrero: Doctoras en filología y profesoras de Lingüística la primera en la Universidad Autónoma de Madrid y la segunda en la UNED, expertas ambas en Lingüística Aplicada y, en especial, en Lingüística Clínica.

- Bertha Gutiérrez Rodilla: Licenciada y Doctora en Medicina y Cirugía, y Licenciada en Filología Hispánica, Profesora de Historia de la Ciencia en la Universidad de Salamanca donde imparte docencia en los estudios de Medicina, Odontología, Humanidades, Traducción e Interpretación y Filología Hispánica. Sus líneas de investigación giran en torno a la Historia del lenguaje científico, estudios diacrónicos y sincrónicos de lexicografía y terminología médicas, Historia de la Medicina española, Método del trabajo científico y enseñanzas médicas. Es interesante el artículo en que clasifica en diferentes categorías las huellas que deja el inglés en las publicaciones científicas: cuestiones de léxico y semántica, el gerundio, la voz pasiva y los complementos directos inadecuados. Directora, asimismo, de la revista electrónica Panace@, que mencionamos en nuestra investigación.

- Rosa Estopá: profesora titular del Departamento de Traducción y Ciencias del Lenguaje de la Universidad Pompeu Fabra, donde imparte docencia en terminología, léxico, neología, lingüística aplicada y lengua catalana. Investigadora en el Instituto Universitario de Lingüística Aplicada (IULA), donde forma parte del grupo de investigación IULATERM. Está dedicada, asimismo, al estudio de la divulgación de la ciencia y la transferencia del conocimiento.

Uno de los primeros momentos en que realmente se reflexiona sobre el lenguaje en las ciencias de la salud se produce durante el IV Simposio Internacional de Verano de Terminología celebrado en Barcelona del 14 al 17 de julio de 2003, titulado *Objetividad científica y lenguaje: las ciencias de la salud*.

Pero donde, sin lugar a dudas, comienza mi interés por el lenguaje en el entorno sanitario fue en el I<sup>er</sup> Congreso de Lenguaje y Asistencia Sanitaria, organizado por IULMA (Instituto Interuniversitario de Lenguas Modernas Aplicadas de la Comunidad Valenciana) y celebrado en Alicante el 24, 25 y 26 de octubre de 2007.

El Congreso, con un programa apretadísimo, trató sobre temas relacionados con la medicina, la enfermería y la farmacia tales como las traducciones, trastornos del lenguaje, comunicación verbal médico-paciente, la interpretación, la normalización del lenguaje, la terminología, etc.

El tema central fue el estudio del lenguaje en el escenario de las ciencias de la salud y la asistencia sanitaria: perspectivas aplicadas entre disciplinas. Este congreso que abordó el lenguaje desde una perspectiva eminentemente interdisciplinar, tuvo como meta primordial explorar y analizar las aportaciones que la lingüística como ciencia del lenguaje puede hacer para una mejor comprensión de las ciencias de la salud.

Un año antes, los días 6, 7 y 8 de noviembre del año 2006 se celebró en Valencia el I Congreso Nacional de Lingüística Clínica con los siguientes temas: investigación e intervención en patologías del lenguaje; Lingüística y evaluación del lenguaje y Lingüística interaccional en ámbitos de salud. El 11, 12 y 13 de noviembre de 2009, tres años más tarde, en Madrid se celebró el II Congreso Internacional de Lingüística Clínica con los siguientes temas: fonética y fonología clínicas; gramática clínica; léxico y semántica clínicas; pragmática clínica; sociolingüística clínica; adquisición y desarrollo del lenguaje desde la lingüística clínica: L1 y L2; nuevas tecnologías para la adquisición y desarrollo del lenguaje: aplicaciones clínicas; evaluación, intervención y descripción de las alteraciones del lenguaje; lenguaje y cerebro. Del 15 al 17 de noviembre de 2012 se celebró el III Congreso en Málaga y en próximas fechas (noviembre de 2015) se celebrará el IV Congreso en Barcelona.

El Congreso Internacional "INTERDISCIPLINARIEDAD, LENGUAS Y TIC" celebrado en Valencia los días 10, 11 y 12 de marzo de 2010 se centró en el análisis del discurso en géneros académicos y profesionales, en la traducción especializada, en Lexicología y terminología y en TIC aplicadas a la investigación y/o enseñanza de lenguas de especialidad.

Por otro lado, TREMEDICA (Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias Afines) fue creada en Washington D.C. en diciembre de 2005 como consecuencia directa del crecimiento experimentado por el foro de MedTrad. Su principal objetivo es servir de escaparate de la traducción médica profesional con información para traductores, redactores y correctores especializados en Medicina y Ciencias afines. Además de una gran variedad de recursos terminológicos, lingüísticos y normativos, se encarga de la publicación de la revista Panace@, Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción <http://www.tremedica.org>. Organizadas por Tremédica se celebran las Jornadas Científicas y Profesionales:

- I Jornada Científica y Profesional de Tremédica en la ciudad de México el 15 de julio de 2006 donde además se presentó el Diccionario crítico de dudas inglés - español de medicina de Fernando Navarro.

- II Jornada Científica y Profesional de Tremédica se celebró el viernes 26 de octubre del 2007 en Alicante, luego de la clausura del Congreso organizado por IULMA.

- Del 6 al 8 de noviembre de 2008 se celebraron en Salamanca las III Jornadas Científicas y Profesionales de Tremédica

- En Rosario (Argentina) se celebraron el 27 y 28 de marzo de 2009 las IV Jornadas y las V tuvieron lugar ese mismo año en Málaga del 22 al 24 de octubre

- VI Jornadas Científicas y Profesionales de Tremédica se celebraron en Nueva York (Estados Unidos) del 30 de septiembre al 2 de octubre de 2010 y las VII en Buenos Aires (Argentina) el 15 y 16 de octubre del mismo año

- VIII Jornadas vieron la luz los días 18 y 19 de febrero de 2011 en Castellón.

- IX en Barcelona los días 20, 21 y 22 de septiembre de 2012

- X Jornadas se celebraron los días 3, 4 y 5 de abril de 2014 en Vigo.

Además, comprobamos cómo con enorme celeridad se incrementan los cursos y másteres relacionados con la comunicación sanitaria:

*Master Universitario en Comunicación de Nutrición y Salud* organizado por la Unidad Editorial y la Universidad de San Pablo CEU donde se trata de formar profesionales del ámbito de la comunicación con capacidad para transmitir a la sociedad información de calidad, objetiva y rigurosa relacionada con el sector.

*Master oficial en traducción médico sanitaria* por la Universidad Jaime I o el *Master en traducción científico-técnica* que se realiza en Barcelona por la Universidad Pompeu Fabra.

*Master en Periodismo y comunicación de la ciencia, la tecnología y el medio ambiente*, organizado por la Universidad Carlos III en Madrid.

Master Universitario en comunicación intercultural, interpretación y traducción en los servicios públicos en la Universidad de Alcalá de Henares. *Cultura médica para no médicos*, organizado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona: es uno de los pocos cursos que acercan la terminología médica al resto de la población. Está dirigido a profesionales no sanitarios que trabajan en el entorno sanitario: gestores, periodistas, profesionales de la industria farmacéutica, profesionales del derecho, maestros, educadores, traductores, etc. que por su profesión necesitan tener conocimientos médicos generales y que desean adquirir cultura médica. Entre sus objetivos generales destaca su intención de dotar a dichos profesionales de terminología básica relacionada con la medicina.

*Master en comunicación científica, médica y ambiental* por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

Por último, cabría mencionar la carencia absoluta de estudios científicos relacionados con el lenguaje y la asistencia sanitaria en todo el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

C. La sociedad del conocimiento: es el título que se ha dado a la primera década del tercer milenio. Sabemos que vivimos en la sociedad del conocimiento debido a las grandes ventajas de las que nos estamos beneficiando tales como la informática. En la última década se ha modificado sustancialmente.

En Logroño, el 21 y 22 de octubre de 2011, organizadas por la FUNDEÚ se celebraron las I Jornadas de Vocento “El futuro en español” que, para mí, supuso una profundización en el por entonces novedoso tema del español y las nuevas tecnologías, aspecto que tuve la fortuna de investigar y aprender por primera vez en uno de los cursos de doctorado de la UNED titulado “Lingüística e Informática” impartido por el Dr. Fco. Miguel Martínez Martín.

La tecnología, con su velocidad de vértigo, nos obliga a reciclarnos continuamente y estar al día en todas las novedades. Además, se abren nuevos cauces de comunicación entre los expertos como las Jornadas de Lenguando que, aparte de perder lo riguroso de los congresos científicos por su carácter lúdico, ameno y poco convencional, nos ponen en contacto con nuevas e innovadoras ideas que aúnan tecnología y lenguaje hasta el punto de crearse nuevas empresas en torno a la lengua (Molino de ideas, APIcultur, Cilenis, etc). Para Gómez Font, director de Fundéu, es una idea fantástica el juntar a la gente interesada o relacionada con la lengua española en todos los niveles y oficios, para hablar, para discutir de todas las cosas relacionadas con los instrumentos necesarios para usar bien la lengua.

En el entorno sanitario, en concreto, los cambios impuestos por el auge de las nuevas tecnologías han sido vertiginosos: se ha pasado de confeccionar informes médicos en un documento de Word con una doble copia impresa -para el paciente y para el médico de cabecera- que se remitía por correo postal a, 10 años más tarde, la casi inmediata historia clínica digital, por un lado, en la que el paciente podrá acceder a su informe médico directamente desde su ordenador personal o su teléfono móvil y, por otro, la historia clínica compartida entre Atención Primaria y Especializada gracias a la que el médico de familia tiene acceso al informe de su paciente directamente desde su consulta.

D. Cambio en la gestión clínica: se crea la gestión por procesos, más orientada hacia el paciente y la coordinación entre Servicios. Con la gestión por procesos el cliente/paciente se convierte en el eje esencial sanitario en torno al cual se planifican las actuaciones. Cabe destacar la rapidez de los cambios en la administración sanitaria, en solo una década, ya que se pasa de la gestión tradicional a una gestión por procesos; de la historia clínica en papel a la electrónica; de la copia de informes manuscritos o, a lo sumo, tecleados en un documento Word a la presencia de plantillas en el programa SELENE para confeccionar los informes; del informe como documento en papel a la existencia de aplicaciones para móviles que permiten al paciente el acceso a todos sus datos sanitarios. Rápidos cambios que, sin duda, influyen en la documentación que vamos a analizar.

### 3.2. NORMATIVA LEGAL

El ICA es obligatorio en España por R.D. de 6 de septiembre de 1984, con una estructura y contenido mínimo, y que con posterioridad se renovó mediante el decreto R.D. 1093/2010. La obligatoriedad de realización del informe de alta y el contenido mínimo que debe incluir está regulado por varias normas legales tanto de ámbito nacional como autonómico:

Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada: desde hace años en nuestro país y en todos los países de la Unión Europea, la realización del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta es una práctica obligatoria para todos los hospitales; así el informe de alta de hospitalización debe cumplir con unos requisitos mínimos de información que constituyen el CMBD y que hacen referencia a los datos administrativos del paciente (nombre, domicilio, género, fecha de nacimiento), al nombre del hospital y de la unidad asistencial, identificación del paciente con número de historia clínica y episodio, tipo de financiación de la asistencia, fechas de ingreso y alta y, en su caso, de intervención quirúrgica, motivo del ingreso y del alta, diagnóstico principal y secundarios y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La ayuda de la informática es fundamental para la cumplimentación automática de todos los datos administrativos del CMBD.

Decreto 56/2008, de 10 de octubre, por el que se regula la garantía de tiempos máximos de espera y el sistema de información sanitaria en el Sistema Público de Salud de La Rioja. Según estas normas, el informe de alta constituye una obligación del médico que atiende al paciente ingresado y un derecho del paciente a recibirlo una vez finalizado el proceso asistencial. Los requisitos mínimos de información que el informe de alta debe cumplir constituyen el CMBD.

La 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. Aclara la situación jurídica, los derechos y las obligaciones de los ciudadanos, los profesionales sanitarios y de las instituciones en lo referente a la documentación clínica. En esta ley se regulan asuntos de gran relevancia relacionados con los derechos de los pacientes en materia de información, autonomía y documentación clínica. Esta norma recoge el derecho a la información asistencial, reconociéndole al paciente la capacidad de decidir libremente, una vez recibida la información adecuada y en términos comprensibles, entre las opciones clínicas disponibles.

Del mismo modo, establece el derecho a la intimidad y autonomía del paciente en cuanto al consentimiento informado, las instrucciones previas y el derecho a la información para la elección de médico o centro.

Asimismo, esta Ley contiene la regulación de los derechos documentales: historia clínica, informes de alta y otra documentación asistencial o administrativa.

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud: marca los derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria: información asistencial y acceso a la documentación clínica, información general sobre los servicios sanitarios y participación de los ciudadanos. Asimismo especifica que es un deber del paciente firmar la negativa a las actuaciones sanitarias y aceptar el alta.

Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal donde se especifica que los datos relacionados con la salud de las personas son de especial protección, por lo que su acceso y uso está restringido; regula, asimismo, los requisitos de confidencialidad de la información del paciente, entre los que se halla el informe de alta.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En su artículo 10 del capítulo primero punto 11 dice que todos tienen, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.

Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984 reguladora del Informe de Alta, sobre la obligatoriedad de elaboración del informe de alta para los pacientes atendidos en establecimientos sanitarios, es decir, lo obtendrán obligatoriamente todos los pacientes que hayan sido ingresados, tanto en centros públicos como privados y que hayan generado al menos un día de estancia. Una copia del informe de alta deberá quedar archivada de tal modo que sea fácilmente localizable y relacionable a través del Libro de Registro. Establece, además, los requisitos mínimos que dichos documentos deben cumplir.

En resumen, el ICA es un derecho del paciente y una obligación del médico que lo atiende y que, al igual que todos los documentos de la historia clínica, son datos de especial protección, tanto cuando se conservan en papel como en ficheros o bases de datos informatizadas, cuyo uso y acceso está limitado.

Además algunas Comunidades Autónomas tienen disposiciones legales que complementan o aclaran los contenidos del ICA en su ámbito territorial, caso que no podemos plasmar en La Rioja.



### 3.3. ESTRUCTURA DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA RIOJA

#### La Consejería de Salud.

Las transferencias de la asistencia sanitaria a la Comunidad Autónoma de La Rioja establecidas por el *Real Decreto 1473/2001*, de 27 de diciembre, se implantaron en 2001. Se configuró el Sistema Público de Salud de La Rioja, con lo que se integraron todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad Autónoma y las Entidades Locales que lo componían. Con objeto de regular las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de La Rioja, permitan hacer efectivo el contenido del artículo 43 de la Constitución Española, se promulgó la *Ley 2/2002*, de 17 de abril, de Salud que, en los artículos 40 y 41 de su Capítulo III se regula la ordenación territorial del Sistema Público de Salud de La Rioja. En desarrollo de la *Ley 3/2003*, de 3 de marzo, de Organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja, se aprobó el Decreto 28/2012, de 13 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, y sus funciones

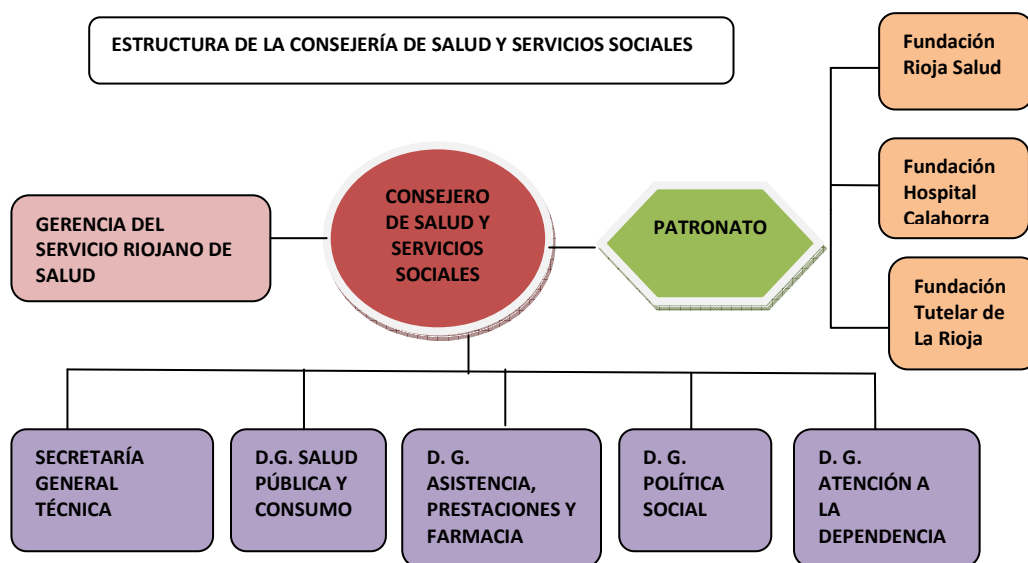


Figura 1. Imagen de la estructura de la Consejería de Salud por Decreto 28/2012 de 13 de julio

#### El Servicio Riojano de Salud (SERIS)

Es el organismo autónomo del sistema de salud de La Rioja, principal proveedor de servicios sanitarios públicos de la Comunidad. Su misión es elevar el nivel de salud de la población y de sus usuarios satisfaciendo sus necesidades sanitarias a través de la prestación de servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados de las personas aplicando criterios de equidad, eficacia, eficiencia, accesibilidad y calidad.

La Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, modificada parcialmente por la Ley 1/2005, de 11 de febrero, con objeto de adecuar el Organismo Autónomo, “Servicio Riojano de Salud”, a la Ley 3/2003, de 3 de marzo, de organización del sector público de la Comunidad Autónoma de La Rioja, “configura el Sistema Público de Salud de La Rioja integrando todos los recursos, medios y actuaciones de las Administraciones Sanitarias Públicas de la Comunidad Autónoma o vinculados a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud y la estructura en niveles progresivos e interrelacionados de atención a la salud”.

Constituido como un organismo autónomo de carácter administrativo, (art. 44 y siguientes de la Ley General de Sanidad, art. 72 y siguientes de la Ley de Salud de La Rioja, Ley 2/2002, de 17 de abril), está sometido a control en su gestión a través de su Consejo de Administración como órgano de gobierno con amplias competencias (art. 88 y 89) y en el que están presentes representantes de los sectores municipales, sindicales y empresariales entre otros.



Figura 2. Imagen de la estructura del Servicio Riojano de Salud

El *Área de Salud* es la demarcación territorial en las que se organiza el Sistema Público de Salud de La Rioja para la provisión de los servicios sanitarios. Así consta en el Decreto 121/2007, de 5 de octubre. Al constituirse en única comprende la totalidad del territorio de la Comunidad Autónoma de La Rioja (es decir, engloba las 19 zonas básicas de Salud que forman nuestra región). El Área de Salud se responsabiliza de la gestión unitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Público de Salud de La Rioja, así como de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios que desarrollen los mismos en su respectiva demarcación territorial. Este Decreto, en su artículo 4, regula el Área de Salud Única: “El Sistema Público de Salud de La Rioja se organiza en una demarcación territorial, denominada Área de Salud Única de La Rioja, que comprende la totalidad del ámbito territorial de la misma”.

Asimismo, en el *artículo 5* delimita el territorio del Área de Salud “La delimitación territorial del Área de Salud en que se organiza el Sistema Público de Salud de La Rioja comprende todas las Zonas Básicas de Salud, quedando establecidas de la siguiente manera:

- o Rioja Alta.
- o Rioja Media.
- o Rioja Baja

La Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja organiza funcionalmente la asistencia sanitaria en dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada y participando de ambos se presta la atención a la urgencia y emergencia sanitaria y a la salud mental y drogodependencias.

Frente a las Unidades Hospitalarias clásicas, surgen nuevas unidades en las que la base reside en el cuidado del paciente en su propio domicilio. Así, la Unidad de Hospitalización a Domicilio comenzó a funcionar en marzo de 2004 para prestar asistencia hospitalaria en el domicilio de los pacientes, llevando su personal (médico especialista y enfermera) y material (monitores, fármacos...) desde el centro hospitalario al domicilio del enfermo. Esta unidad, dependiente del Hospital San Pedro, ha ido extendiéndose progresivamente para ir atendiendo de manera gradual a más núcleos de población.

Por otro lado, el Gobierno de La Rioja, a través de la Consejería de Salud en un principio y de Fundación Rioja Salud a partir del año 2002, contempla un dispositivo específico al servicio de los enfermos terminales y a la atención de sus familiares: el servicio de Cuidados Paliativos a los enfermos terminales en su hogar, con medios públicos y con unos equipos multidisciplinares específicos, que ofrecen una asistencia más eficaz, cercana y cómoda para el paciente y su familia.

En Atención Especializada, el Servicio Riojano de Salud dispone de 717 camas instaladas de un total de 1.034, lo que representa el 69,34 % de las camas de hospitalización general junto con las de psiquiatría. Vid. tabla 2.

Los informes de alta médica que hemos revisado se extraen únicamente de los tres primeros Centros de la tabla.

Desde la elaboración del I Plan de Salud de La Rioja hasta la decisión de redactar un II Plan de Salud pasaron diez años, tiempo en el que se desarrollaron importantes cambios en el ámbito de la Salud en la Comunidad Autónoma de La Rioja: en primer lugar, la capacidad de decisión una vez que se adquieren todas las competencias en salud, culminando así el proceso de transferencias. En segundo lugar, el 17 de abril de 2002 se aprueba y publica la Ley 2/2002, de Salud en la que, entre otros asuntos, se instrumenta el Sistema Público de Salud de La Rioja y se centra al ciudadano como eje del sistema de Salud. El tercer cambio se refiere a la reforma y adecuación del Hospital de La Rioja; nueva construcción del Hospital San Pedro, del Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales, de nuevos Centros de Salud (Haro, Arnedo, Logroño (Cascajos), Nájera, Santo Domingo de la Calzada) y de un número importante de consultorios locales y auxiliares de Salud de la red rural de Atención Primaria. Esta actividad inversora se complementa con la incorporación de tecnología más avanzada en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que moderniza y, sobre todo, dota de una alta capacidad de resolución al Sistema Público de Salud de La Rioja. En cuarto lugar, merecen una especial mención, los cambios de carácter organizativo y gestor, entre ellos: la implementación de la gerencia única, la gestión por procesos, la apuesta por la formación sanitaria continuada y la investigación biomédica, la inversión en calidad y, fundamentalmente, la renovación integral y el nuevo desarrollo de las tecnologías de la información.

Tenemos que citar también el III Plan de Salud de La Rioja (2015-2019). Este documento recoge los principios y contenidos del proyecto político del Gobierno de La Rioja y los plasma en un nivel eminentemente estratégico, a través de objetivos y líneas de actuación que serán útiles, no solo del directivo o del gestor, sino también del profesional sanitario, del académico y de todos aquellos profesionales implicados en la mejora de la salud de los ciudadanos y la sociedad.

Importantes para conocer el tiempo del que dispone el facultativo para atender a cada paciente son los datos de actividad en Atención Especializada (AE), extraídos del III Plan de Salud de La Rioja, como muestra la tabla 3 en anexos.

Por enfermedades, según el III Plan de Salud, las altas hospitalarias se distribuyen de la siguiente manera: en primer lugar, se encuentran las altas diagnósticas por enfermedades circulatorias (13,66%), principalmente insuficiencia cardíaca, trastornos del ritmo, infarto agudo de miocardio, seguidos por hipertensión arterial, angina de pecho y enfermedad isquémica del corazón. En segunda posición se encuentran las altas diagnósticas por enfermedades del sistema respiratorio (13,34%), principalmente por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquiolitis y asma. Las enfermedades digestivas (13,10%) se encuentran en tercera posición, principalmente por colelitiasis, hernia inguinal, otras gastroenteritis y colitis no infecciosas y apendicitis. El cuarto lugar lo ocupan las altas del grupo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio (11%), principalmente por complicaciones del embarazo en el período antenatal. Las neoplasias (9,28%) figuran en quinto lugar. En el caso de la mujer, las altas fueron principalmente por cánceres de mama, colon, útero, piel y ovario. En el hombre, las altas fueron principalmente por cánceres de vejiga, colon, pulmón, próstata y piel. En sexta posición se encuentran las altas diagnósticas por lesiones y envenenamientos (8%), principalmente por fractura del fémur y otros traumatismos.

Un factor importante para el desarrollo de una sanidad eficaz, eficiente y de calidad es el conocimiento de los cambios sociales que se producen dentro del territorio en el que se enmarca el Sistema Público de Salud.

Según datos del III Plan de Salud de La Rioja, esta Comunidad es una región pequeña (5.045 km<sup>2</sup>) con una cabecera urbana principal; su población ha experimentado un crecimiento progresivo en los últimos años, pasando de 267.911 habitantes en 2000 al máximo alcanzado en 2012 con 320.951 habitantes. A 1 de enero de 2014 la población de La Rioja es de 314.829 habitantes, 3.810 menos que en el año anterior, continuando con el descenso demográfico ya ocurrido en 2013. Esta bajada está asociada en su totalidad a la salida de extranjeros de nuestra comunidad, dato que, por ejemplo, ejerce influencia en la mejora de la calidad sanitaria ya que, durante los años de crecimiento de la inmigración, había que potenciar la inversión en intérpretes. Por tanto, en todo momento debemos interesarnos por los cambios sociales que se producen en La Rioja con el fin de cubrir las necesidades que dichos cambios vayan produciendo en el Sistema Sanitario.

En nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario, La Rioja es la primera comunidad en la que los usuarios pueden acceder a su historia clínica. Además, se crea el servicio presencial “Salud Responde” donde los ciudadanos pueden, entre otras cosas, obtener información sobre centros y servicios del Sistema Público de salud de La Rioja, sobre la Ley 16/2012 y se produce la atención a quejas y reclamaciones de los pacientes.

Asimismo, los Servicios de Atención al Paciente del Hospital San Pedro y de la Fundación Hospital de Calahorra son referentes para el seguimiento y valoración de la atención al paciente.

Las nuevas propuestas de mejora en las prestaciones a los usuarios han sido consecuencia directa de las sugerencias y reclamaciones presentadas: trato personal más humano, mejora en la información de calidad, disminución de los tiempos de espera, mejora en la atención en los Centros de Salud de las Urgencias pediátricas o traslado y seguimiento de enfermos a centros de referencia dentro y fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

Entre los proyectos que se prevén para el futuro se incluye el incrementar los mecanismos de información y, en concreto, aumentarlos a través de los contactos periódicos con las Asociaciones riojanas de pacientes. Asimismo, se pretende mantener las conexiones con los Foros y Federaciones a nivel nacional.

Finalmente, el número de facultativos en Atención Especializada en La Rioja es el siguiente:

Alergología: 5, Análisis clínicos: 13, Anatomía Patológica: 8, Anestesiología y reanimación: 25, Angiología y Cirugía Vascul ar: 5, Aparato digestivo: 10, Cardiología: 14, Cirugía general y del aparato digestivo: 28, Cirugía torácica: 2, Cirugía plástica y reparadora: 2, Dermatología medicoquirúrgica y venereología: 9, Endocrinología y nutrición: 6, Farmacología clínica: 7, Geriátría: 3, Hematología y Hemoterapia: 9, Medicina del trabajo: 2, Medicina intensiva: 7, Medicina interna: 21, Medicina nuclear: 3, Medicina preventiva y salud pública: 4, Microbiología y parasitología: 3, Nefrología: 7, Neumología: 11, Neurofisiología clínica: 3, Neurología: 10, Obstetricia y ginecología: 33, Oftalmología: 21, Oncología médica: 7, Oncología radioterápica: 5, Otorrinolaringología: 10, Psiquiatría: 16, Radiodiagnóstico: 29, Rehabilitación: 10, Reumatología: 7, Traumatología y cirugía ortopédica: 20, Urología: 14, Pediatría: 11, Radiofísica Hospitalaria: 1

Por otro lado, el impulso dado al sistema sanitario en la década de los 80 por la potenciación de la Atención Primaria y la promulgación de la Ley General de Sanidad supuso la modernización del mismo. Hoy, con la introducción de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), la Sanidad pública española ha comenzado en el nuevo siglo su segunda gran transformación. Además de las novedades que acabamos de mencionar, desde la Sanidad riojana se ha apostado por la innovación en tecnología: la meta que se impone es conseguir el hospital “sin papeles”. Gracias a las nuevas tecnologías, se sustituyen los soportes que tradicionalmente se han venido utilizando (papel, fotografías, placas...) por el formato electrónico y esta transformación se produce con una celeridad asombrosa. En el año 2003 se pone en marcha el programa SELENE en el Hospital San Pedro, como hospital de referencia; es decir, se pasa el historial clínico en papel a un soporte informático lo que supone el desarrollo de la historia de salud electrónica de cada uno de los riojanos, por tanto, de cada uno de los pacientes del Sistema Público de Salud de La Rioja y la disponibilidad de acceso rápido para todos los profesionales de Salud de cualquier centro sanitario de La Rioja de toda la historia de salud de un paciente. A principios de 2009 se produce, asimismo, la implantación de SELENE en Primaria. SELENE es la estación clínica del Sistema de Información Hospitalario Corporativo del SERIS; presenta múltiples formas de acceso a la historia clínica del paciente (mapa de camas, pase de visita, actividad del paciente, agendas, etc.) pero en todas la organización de la historia clínica es la misma. La historia clínica se divide en Procesos asistenciales y cada uno de ellos contiene la información en forma de objetos clínicos de los que existen cuatro tipos:

Formularios: compuestos por diversos indicadores clínicos predeterminados que, según el indicador, permiten registrar la información mediante elección de opciones o con lenguaje no controlado (texto libre)

Notas: registros de texto libre con notas de consulta, respuestas a interconsultas, etc.

Informes: documentos realizados con un procesador de texto (habitualmente Word) que se pueden crear utilizando la información ya contenida en la aplicación (datos de paciente, notas, datos de formularios, prescripción, codificación, etc.) a partir de una plantilla predefinida; por tanto, permiten el volcado automático de datos registrados en la aplicación a la hora de crearlos y el uso de texto libre.

Peticiones: permiten realizar solicitudes de pruebas complementarias, de interconsultas, transporte sanitario.

En nuestro caso el interés se centra en el objeto clínico ‘Informes’. Para crearlo, es necesario seguir unos pasos que el sistema solicita como completar los campos ‘plantilla’ (tipo de informe), ‘ruta’ (carpeta donde se guarda), ‘título’ del informe y ‘asunto’; tras aceptar, surge en pantalla una plantilla de Word similar a la imagen (1).

El siguiente avance tecnológico del SERIS es la puesta en marcha de una única Historia Clínica Electrónica, integrada en el proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, de tal modo que se facilita la asistencia sanitaria del paciente fuera de su Comunidad Autónoma. La Historia Clínica Electrónica se complementa con el Proyecto Avanzado de Telemedicina de C.A. de La Rioja, una iniciativa integrada por tres grandes líneas de actuación:

- Soporte al facultativo: Aplicaciones que simplifican la actividad clínica y asistencial, mediante la utilización de herramientas que habilitan el soporte al diagnóstico y aproximan la información al profesional de Rioja Salud.

- Atención al ciudadano: Conjunto de iniciativas que comparten un denominador común, ahorran desplazamientos al ciudadano y acortan los plazos del diagnóstico y tratamiento, mediante la utilización de técnicas de tele-asistencia, tele-monitorización, tele-diagnóstico y unidades móviles.

- Información al ciudadano: Entre las líneas estratégicas del II Plan de Salud de La Rioja destaca el acceso por parte de los ciudadanos a los servicios e información demandados por lo que para conseguir este objetivo se crea la Carpeta de salud del ciudadano, un entorno personalizado para que el paciente pueda acceder a su historia clínica en cualquier momento y lugar. La carpeta de Salud ya es accesible desde terminales móviles que dispongan de una conexión de datos y un navegador convencional y existe ya una app disponible para Android y Apple, desde la que poder acceder a la totalidad de la información disponible en la carpeta de salud del ciudadano. Por tanto, a partir de ahora cualquier paciente puede acceder desde cualquier lugar a su informe de alta de hospitalización o a su informe clínico de Urgencias, entre otros.



Por último se debe añadir que la formación del personal del SERIS se lleva a cabo a través de Rioja Salud o desde la Escuela Riojana de Administración Pública (personal no estrictamente sanitario). En el primer caso, existe un área de formación específica no sanitaria que engloba el Programa de Atención y Comunicación con el usuario; sin embargo, la mayor parte de los cursos se centran en comunicación de malas noticias, la entrevista clínica, calidad en la atención al paciente, programación neurolingüística, etc. pero no consta ningún curso específico de comunicación escrita. En la Escuela de Administración, por otro lado, tampoco se oferta ningún curso relacionado con la documentación sanitaria, los contenidos más similares tratan sobre comunicación escrita en general, tratamiento de quejas y reclamaciones, atención al ciudadano, cómo escribir en internet, ortografía *on line*.



**PRINCIPIOS O FUNDAMENTOS  
LINGÜÍSTICOS**



#### 4. PRINCIPIOS O FUNDAMENTOS LINGÜÍSTICOS:

##### 4.1. NOCIONES DE LINGÜÍSTICA APLICABLES A LA COMUNICACIÓN EN ASISTENCIA SANITARIA

Hasta hace unas décadas en el mundo sanitario apenas se realizaban estudios sobre comunicación y, en la mente del facultativo, no existía la competencia lingüística; sin embargo, en los últimos años la preocupación por la comunicación va aumentando poco a poco, sobre todo en la relación del profesional con el paciente. No obstante, el punto de vista desde el que se está enfocando el estudio de la comunicación es, la mayor parte de las veces, psicológico, por tanto, centrado en la empatía, la programación neurolingüística, la inteligencia emocional, etc.

Sin embargo, es necesario que los estudios e investigaciones en el campo de la comunicación y educación para la salud se informen de las teorías desarrolladas dentro de la lingüística.

Saussure, considerado el padre de la lingüística moderna, distinguió los conceptos de *lengua y habla*: la lengua es un concepto abstracto que abarca el conocimiento gramatical que comparten los hablantes de una comunidad lingüística mientras que el habla es la realización particular que cada individuo hace de la lengua; así, el objeto de estudio de la lingüística estaría constituido por la lengua, y no por el habla. Más adelante, Coseriu introdujo el concepto de *norma*: el conjunto de realizaciones comunes a todo un conjunto de hablas individuales constituye la norma y aunque el sistema abstracto de reglas gramaticales de una lengua puede permitir gran número de realizaciones particulares, no todas esas posibilidades se llevan a la práctica. En efecto, el español, al igual que otras lenguas, no se presenta como una lengua homogénea e idéntica en todas las ocasiones, y no es indiferente a la situación en que se usa, el tema del que se habla, la condición social del hablante o su procedencia geográfica. Naturalmente, existen diferentes normas o variedades en una lengua que se pueden clasificar según el motivo que las origina en: 1. Variedades diatópicas o dialectos: el habla de los individuos de una determinada zona geográfica comparte una serie de rasgos lingüísticos (fonéticos, sintácticos, léxicos o de otro tipo) que les distinguen de los hablantes de otras zonas geográficas. Por ejemplo, el español de Filipinas, el de Buenos Aires o el de Madrid. 2. Variedades diastráticas: variedades de la lengua que aparecen en determinados ámbitos sociales (jergas y sociolectos). Los sociolectos son variedades de la lengua determinadas por la estratificación de la sociedad en distintos grupos, que puede ser más o menos rígida según el caso.

3. Variedades diafásicas o registros: un hablante puede utilizar una variedad de lengua diferente según la situación social en que se encuentra. Así, se puede distinguir entre registro familiar, registro didáctico, registro literario, registro vulgar, etc.

El lingüista tiene que decirle al profesional sanitario o al paciente qué regionalismos usar, qué particularismos locales debemos desterrar del uso, enseñarles a seleccionar, entre las varias formas que circulan, las que son preferibles por adaptarse mejor al espíritu del idioma; tiene que darles a conocer o recordarles los usos que son normales y corrientes en nuestra lengua; es decir, facilitar las herramientas para que cualquier hablante con sus características idiomáticas propias pueda comprender a su interlocutor.

La lingüística proporciona en el estudio de la comunicación el aparato teórico-metodológico; sin embargo, hay una serie de disciplinas auxiliares de la lingüística (sociolingüística, psicolingüística, adquisición y desarrollo del lenguaje, logopedia, lingüística computacional, terminología, lexicografía y pragmática) desde las que enfocar el estudio lingüístico en el ámbito sanitario. Por tanto, aunque se ha reflexionado teniendo en cuenta cada una de estas disciplinas, el enfoque de nuestro estudio ha estado principalmente basado en la pragmática, es decir, se han interpretado los informes de alta teniendo en consideración todos los elementos que intervienen en el circuito de la comunicación y buscando la intencionalidad del facultativo como principal autor de estos documentos.

#### 4.2. DESCRIPCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LOS LENGUAJES DE ESPECIALIDAD:

El desarrollo de la técnica y la ciencia desde finales del siglo XX conlleva la necesidad de una comunicación especializada con el fin de transmitir y difundir el conocimiento por medio de la palabra; así surgen conceptos nuevos que requieren nuevas denominaciones creando sublenguajes denominados lenguajes de especialidad; así, el lenguaje empleado habitualmente en el ámbito sanitario se puede considerar como una variante diastrática, un lenguaje de especialidad. Los estudios sobre las lenguas de especialidad han cobrado una gran relevancia durante los últimos años dentro de la Lingüística Aplicada y constituyen un tipo de sociolecto determinado por las necesidades de comunicación en el ámbito de una profesión. Hoffmann define así el lenguaje de especialidad: «Un lenguaje de especialidad es el conjunto de todos los recursos lingüísticos que se utilizan en un ámbito comunicativo –delimitable en lo que se refiere a la especialidad– para garantizar la comprensión entre las personas que trabajan en ese ámbito».

Estas necesidades de comunicación particulares en cada ámbito profesional favorecen la aparición de una serie de rasgos lingüísticos de tipo pragmático, funcional y lingüístico que diferencian los lenguajes de especialidad de otras variedades de la lengua.

Los lenguajes de especialidad se caracterizan, principalmente, por la universalidad o generalidad, la objetividad, precisión, coherencia y adecuación, verificabilidad, ordenación lógica, marcada estructuración y por predominar la función representativa.

#### 4.2.1. El lenguaje científico

El lenguaje científico es hijo de la ciencia y se nutre de ella y de ella depende; por tanto, designa objetos, conceptos y acciones muy precisas, sin ambigüedad; prescinde de matices personales por lo que tiende a la objetividad y a la denotación; busca la correspondencia entre significante y significado (un solo significante para un solo significado) aunque dicha relación se produce de manera arbitraria y tiende, en lo posible, a la universalidad dando lugar a términos muy similares en todas las lenguas.

A pesar de que habitualmente se otorgan una serie de características al lenguaje científico (precisión, univocidad, neutralidad, homogeneidad, objetividad), no siempre se cumplen en el caso del lenguaje sanitario. Los términos científicos son precisos porque su significado es claro y no da lugar a confusión; sin embargo, se expresan construcciones con vaguedad de términos que reflejan la inseguridad o imprecisión de la ciencia médica como son: “dudoso, discreto, moderado, cierto, ligero,...”, enfermedad de Henoch tiene, al menos, 3 significados: ‘angina gangrenosa de la escarlatina’, ‘carditis recidivante’ y ‘púrpura fulminante de la meningococia’.

Por otro lado, el lenguaje científico no es único porque tanto lo usan los profesionales como los profanos y, dentro de los propios profesionales, también cambia: es diferente el discurso que se emplea en una sesión clínica del que se emplea en conversaciones informales de pasillo o el de los diversos textos escritos.

La neutralidad emocional se refiere a que los vocablos científicos deben estar desprovistos de cargas peyorativas o positivas. Sin embargo, en muchos textos médicos se trasluce la ideología explícita del autor y aunque predomina la impersonalidad no aparece para reforzar la neutralidad sino para persuadir. Asimismo, la enorme presencia de metáforas y de eufemismos impregna los textos científicos de subjetividad.

La homogeneidad tampoco se cumple en todos los textos: en 1989 un grupo de urólogos españoles trató de llevar a cabo una revisión de conjunto sobre un tipo concreto de tumor renal y obtuvieron hasta 20 nombres: ‘quiste multilocular renal’, ‘nefroma quístico multilocular benigno’, ‘nefroblastoma quístico benigno diferenciado’, ‘linfangioma’, ‘adenoma quístico’, ‘tumor de Wilms poliquístico bien diferenciado’, ‘cistoadenoma renal’, ‘enfermedad quística segmentaria del riñón’, ‘hamartoma quístico’, ‘riñón multiquístico parcial segmentario’, etc.

#### 4.2.2. El lenguaje sanitario

El lenguaje es la principal herramienta de trabajo del médico ya que es el medio de divulgación de la propia experiencia; por tanto, para usarlo correctamente debe tratar de conocer la capacidad comunicativa que poseen las personas a las que van dirigidas los informes, analizando los trastornos que dificultan ese proceso y limitan el habla. Además, el sanitario debe ser consciente de que su interlocutor habitualmente es un ser humano que sufre y, como muchas veces se ha mencionado, el poder de la palabra también cura por lo que se debe exigir al sanitario una gran habilidad verbal para que no se produzcan errores o malentendidos.

En cada país el lenguaje sanitario utiliza la ortografía, fonética y sintaxis propia de su idioma, pero el vocabulario tiene unas raíces internacionales comunes. La existencia de los términos sanitarios es necesaria para referirse a fenómenos o elementos propios de las ciencias de la salud, que serían prácticamente imposibles de expresar con palabras pertenecientes al lenguaje común.

Desde el punto de vista pragmático, la temática del lenguaje médico se refiere a una parcela concreta del saber, sus interlocutores habitualmente son profesionales sanitarios y se emplea en contextos sanitarios determinados. Desde el punto de vista funcional, el lenguaje médico es un lenguaje técnico, pero los tecnicismos excesivos se han de dejar para cuando el médico plasma sus impresiones, diagnostica o prescribe, no para cuando se dirige al paciente, porque corre el peligro de no ser entendido por éste. En medicina, el facultativo tiene que interpretar lo que oye del relato de los pacientes y lo que observa, lo que se palpa, lo que percute y lo que ausculta; todo eso, debe relacionarlo con lo que sabe y con la experiencia que hasta entonces ha tenido. Además, en la relación médico-paciente hay mucho de intención de persuadir para reducir temores y ansiedad, para conseguir adherencia al tratamiento o a procedimientos diagnósticos y para fortalecer el grado de dependencia médica del paciente.



Por tanto, el lenguaje médico puede estar dirigido a diferentes tipos de interlocutores dando lugar a un discurso altamente especializado dirigido a especialistas, a un discurso divulgativo enfocado hacia el público o a un discurso didáctico destinado al personal en formación. El médico es un universitario, pero ha de valorar a quién tiene enfrente cuando pronuncia una conferencia, emite un informe, elabora una historia clínica o requiere la explicación de unos síntomas a un paciente y se dirige a él para solicitarle su consentimiento o transmitirle su diagnóstico y tratamiento. Tampoco emplea el mismo registro cuando se dirige a un compañero de otra especialidad o de otro nivel profesional (por ejemplo, un enfermero). Hasta hace pocos años el nivel jerárquico de la sanidad en el que el médico constituía el eslabón más alto se reflejaba en un lenguaje oscuro e incomprensible para aquel que no fuera facultativo. A medida que la mentalidad de los médicos se va haciendo menos paternalista y autoritaria, el lenguaje se va haciendo más comprensible y abierto al ciudadano. Además los avances tecnológicos permiten, asimismo, que el ciudadano conozca algo más el lenguaje médico y se familiarice con determinados términos y formatos documentales.

Finalmente, cabe destacar que la terminología sanitaria es el conjunto de términos empleados por los profesionales de la sanidad cuando hablan o escriben sobre su trabajo; cada rama de la ciencia tiene su propio vocabulario, por lo que se puede hablar con precisión de Terminología de las ciencias de la salud que se refiere al conjunto de vocablos y expresiones propias de médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, etc. En esta investigación, dada la enorme extensión de contenido relacionado con la terminología de la salud, no abordaremos este tema con profundidad; no obstante remitimos al TERMCAT, Tremedica, el foro de internet Medtrad, la revista Panace@, el libro Cabré, M. Teresa; Estopà, Rosa (ed.). *Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud: IV Actividades de IULATERM Verano (7-17 de julio de 2003)* y autores especializados como Rosa Estopà, M. Teresa Cabré, Josep Bernabeu, Bertha Gutiérrez, Fernando Navarro, entre otros.

### 4.3. COMUNICACIÓN ORAL Y ESCRITA

Un aspecto de la comunicación que puede influir en la relación entre médico y paciente son los actos de habla: si el médico y el paciente no comparten las mismas normas o no reconocen que esas diferencias existen, se pueden producir equívocos en la interpretación de lo que se ha dicho y lo que se ha hecho durante la visita médica. La idea del acto de habla fue popularizada en los años 60 por dos filósofos: Austin y Searle. Austin fue el primero en presentar la idea del acto de habla como una unidad funcional en la comunicación: cuando una persona dice o enuncia algo, lo dicho puede tener dos significados: el significado literal o locutivo, y el significado ilocutivo o fuerza ilocutiva. Searle, basándose en las ideas de Austin, estableció un modelo en el cual cada acto realmente consiste en cuatro: acto de enunciar (decir palabras), acto literal (mencionado por Austin), acto ilocutivo (intención o deseo del hablante) y acto perlocutivo, (efecto real que tiene el enunciado sobre la persona que lo escucha). Estas ideas de Austin y Searle no se plasman en el lenguaje escrito pero, como la base del informe es una comunicación oral entre el paciente y el médico en la entrevista previa, es evidente que influye en el resultado escrito posterior.

Frente a la comunicación oral, el discurso escrito requiere un esfuerzo de reflexión (definir qué mensaje quiere transmitirse), memoria (estar seguro de que el receptor –sea quien sea– lo recibirá y entenderá) y creatividad (si es visualmente atractivo es más fácil que sea leído) por lo que el facultativo debe conocer y saber usar el código escrito teniendo en cuenta los siguientes rasgos:

Corrección: en la presentación del escrito, en la ortografía y la gramática.

Propiedad: fluidez y riqueza léxica, sin ambigüedades.

Coherencia: textos ordenados y con esquemas estereotipados para cada intención comunicativa.

Cohesión: frases conectadas entre sí con deícticos, enlaces y conectores, relaciones semánticas correctas.

Adecuación: aplicación a cada registro y variedad de lengua.

Los pasos que se deben dar para elaborar un texto se resumen en planificación, ideación, desarrollo, expresión y análisis gramatical, mientras que para la recepción textual se sigue el camino inverso; así, se interpreta tanto la gramática del texto como su estructura y disposición por lo que del grado de comprensión que el receptor obtenga dependerá la buena o mala comunicación. Asimismo, el grado de comprensión dependerá de que se entiendan y asimilen las siguientes fases:

- plasmación o reconocimiento de palabras y formar proposiciones, es decir, la comprensión literal del texto;
- expresar o reconocer la microestructura y la macroestructura, por medio de la coherencia; por tanto, la comprensión organizativa;
- tener conocimientos previos del tema, luego comprensión inferencial. Evidentemente el paciente no posee los mismos conocimientos del tema que otro médico especialista.

#### 4.4. TIPOS DE ESCRITOS SANITARIOS

Para poder abordar la diferente tipología de los textos escritos se debe tener en cuenta el análisis de cuatro niveles:

- Nivel funcional: ¿para qué se produce un texto? Obtenemos, por tanto, textos expresivos, apelativos, informativos y de contacto por lo que, en nuestro estudio, se mezclan algunas de estas funciones al ser textos informativos y apelativos principalmente.

- Nivel situacional: ¿quién lo produce, para quién, dónde, cuándo? Integra toda la información referente a los factores de la comunicación; así en los informes, el emisor es siempre el facultativo pero los receptores son varios y muy heterogéneos, – con diferentes grados de especialización–, el canal comunicativo es el papel o las redes e internet, en un contexto sanitario donde el lugar y el tiempo no tienen por qué coincidir en emisor y receptor.

- Nivel de contenido semántico: ¿qué contiene el texto y cómo lo refleja macrotextualmente? Por tanto, contamos con textos científicos con una macroestructura claramente estructurada y diferenciada en secciones y con una estructura interna separada en secuencias de varios tipos: narrativas (relatan hechos que les suceden a personas o personajes en un lugar y un tiempo determinados), descriptivas (cuentan cómo son las personas, los objetos, los lugares, las situaciones, las emociones, los sentimientos), instruccionales (aconseja u ordena al receptor la realización de acciones o actividades varias) y expositivas (desarrollan de forma ordenada, precisa y objetiva las ideas sobre un tema).

- Nivel formal-gramatical: ¿qué medios lingüísticos y formales se emplean? Elementos gramaticales y léxicos, figuras retórico-estilísticas y elementos extralingüísticos que exige la clase textual, el tema y su desarrollo.

Por tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos en estos niveles, los textos sanitarios se pueden clasificar, entre otros, en:

1. Textos de especialidad

1.1. Científicos: protocolos, manuales científicos, ficha técnicas

1.2. Divulgativos: prospectos, artículos de divulgación, manuales divulgativos

2. Textos generales

2.1. Informes

2.2. Consentimientos informados

2.3. Historias clínicas

# **METODOLOGÍA**



## 5. METODOLOGÍA

En principio, se debe tener presente que la investigación dio comienzo hace aproximadamente cinco años por lo que, dada la velocidad con la que las nuevas tecnologías avanzan, en la actualidad por medio de nuevas aplicaciones de búsqueda terminológica como la interfaz de programación de aplicaciones (API) lingüísticas, los resultados hubieran sido mucho más rápidos. Además, al ser documentación delicada por su carácter privado, no se puede utilizar más allá del ámbito de la sanidad y, en modo alguno, se pueden cargar programas informáticos en los equipos sanitarios sin el permiso y control del Servicio de Informática del SERIS.

Una vez asumidas las dificultades de la documentación, se parte del vaciado de la bibliografía existente y de los documentos encontrados en la red para, seguidamente, confeccionar una base de datos con cada uno de los informes de alta médica que se estudiarán, seleccionados mediante un criterio sistemático y redactados por diferentes facultativos del área de la Medicina Especializada del Sistema Público sanitario de La Rioja, intentando abarcar todas las especialidades y el mayor número de facultativos posible.

Dada la discreción exigida al tomar contacto con este tipo de documentación, se precisó conseguir previamente una serie de autorizaciones y, por supuesto, en ningún momento se pudo –ni puede– dejar constancia de datos personales de los pacientes propietarios de esta documentación, por lo que cada documento está vinculado a un número de registro y cada facultativo lleva, asimismo, un número de identificación elegidos sin una base racional, al azar. La lista de documentos y registros se remitió, en su momento, al Departamento de Documentación del Hospital San Pedro (Dr. Lorenzo Echeverría) con el fin de que, en todo momento, se supiera la documentación con la que se estaba trabajando.

La razón por la que se eligió analizar informes clínicos de altas hospitalarias radica en que son los documentos sanitarios en los que se plasma de manera más evidente la necesidad de comunicación eficaz médico-paciente. Aunque inicialmente se pensaba abordar otro tipo de documentación, el volumen de lo obtenido hizo que se desechara la idea y retomar el estudio a partir solo del análisis de informes de alta, fueran del tipo que fueran: altas a domicilio, exitus, traslados a otro hospital, altas voluntarias.

La revisión documental, en todos los casos desde un punto de vista filológico, abarcó en un primer momento todos los aspectos de la lingüística: estudio fonético-fonológico, sintáctico, léxico-semántico y discursivo; sin embargo, dado el volumen de información obtenido, se decidió centrar el tema solo en los sistemas de acortamiento ya que son la causa del mayor número de malentendidos e incorrecciones.





# **ESTUDIO DE LOS INFORMES**



## 6. ESTUDIO DE LOS INFORMES

### 6.1. EL INFORME CLÍNICO DE ALTA (ICA)<sup>2</sup>

Ya hemos aludido anteriormente a las leyes que marcan este tipo de documento aunque nos referimos, de nuevo, a la ley 41/2002, de 14 de noviembre ya que define el informe de alta como «el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas». En esta ley se hace referencia al informe de alta médica, de manera genérica, sin especificar que sea de hospitalización; se extiende el derecho a recibir el informe a cualquier familiar o persona vinculada a él; se informa de que se recibirá una vez finalizado el proceso asistencial y se afirma que las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

Así, un informe de alta médica es un documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente; sin embargo, se distingue específicamente entre informes de consultas externas, de urgencias, de exploraciones complementarias, de alta de enfermería, de alta de hospitalización. En este último tipo será en el que nos centremos.

El ICA es un documento de gran importancia dentro de la historia clínica, que contiene el resumen de la atención prestada al paciente durante el episodio de hospitalización y es emitido por el médico responsable de ese paciente.

Antiguamente se escribían cartas para el paciente informándole de su estado de salud; posteriormente, el formato de carta se perdió (solo queda el nombre del destinatario al principio y la firma del autor al final del documento).

---

<sup>2</sup> Se emplea el término Informe clínico de alta por ser el término oficial empleado por el Sistema Nacional de Salud.

También, en un principio, se hacían a mano y años después con máquina de escribir; sin embargo, son más correctos en ordenador por varias razones: permiten su utilización desde cualquier lugar; el texto es más legible y posibilitan un formato más agradable a la lectura; la información puede verse en distintos formatos y tiempos; son más seguros y confidenciales ya que el acceso a la información está restringido y controlado mediante claves; pueden integrarse con otros sistemas de información; facilitan un procesamiento continuo de los datos; se pueden corregir y permiten incorporar información continuamente; facilitan el archivo, consulta y recuperación; evitan repetir bloques de texto comunes a otros ingresos o a su estancia en Urgencias; permiten trabajar con plantillas, es decir, con informes prerredactados ya escritos que se pueden adecuar, mejorar progresivamente y que ahorran tiempo o con formularios que gracias a ciertas aplicaciones informáticas se pueden almacenar para generarlos luego en el informe.

Sin embargo, poseen también algunos inconvenientes como su mayor dificultad de lectura en pantalla, falta de control en la estructura textual lo que puede conducir a la desorientación, la barrera física y psicológica respecto al paciente cuando el médico lo está redactando, lo cual produce alejamiento, el exceso de información acumulada y los problemas que conlleva la práctica de «cortar y pegar» un texto que produce, en ocasiones, graves errores y la presencia de informes con excesiva e inconexa información.

El proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) ha sido liderado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el marco del Programa Sanidad en Línea (fases I y II), en colaboración con la Entidad Pública Empresarial red.es, con las 17 Comunidades Autónomas y con el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), encargado de la asistencia sanitaria pública en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Su finalidad es garantizar que los ciudadanos y profesionales sanitarios tengan acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente; por tanto, se incluye documentación disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del Sistema Nacional de Salud (SNS), asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté debidamente autorizado para ello.

En el primer trimestre de 2009 se inicia un estudio piloto para poner a prueba la viabilidad del sistema diseñado e identificar áreas de mejora; se contó con la participación de profesionales y ciudadanos reales en escenarios territoriales delimitados de dos Comunidades Autónomas: Islas Baleares y Comunidad Valenciana, y en el último trimestre se incorpora la Comunidad Autónoma de la Rioja ofreciendo en una primera fase las funcionalidades dirigidas al ciudadano. En la actualidad y progresivamente se van incorporando el resto de Comunidades Autónomas. El análisis de estos resultados, permitirá introducir mejoras en el sistema, previas a su implantación con carácter generalizado en todo el SNS.

En el informe, como proceso comunicativo, intervienen todos los factores aunque le corresponden una serie de peculiaridades que lo hacen complejo y difícil de redactar. En primer lugar, el emisor es el clínico que lo redacta aunque, a veces, tiene más de un redactor: el médico que hace el ingreso, el que sigue al paciente durante su ingreso y el que le da el alta; en segundo lugar, los receptores son diferentes usuarios con intereses distintos y a veces contrapuestos, entre los que podemos citar:

*El paciente, su familia y sus cuidadores:* El paciente es el principal beneficiario del informe; le sirve para estar informado de lo que ha sucedido durante su ingreso, conocer el diagnóstico, concretar el tratamiento y tener en cuenta las recomendaciones y el seguimiento posterior, si es necesario. Tanto para el paciente como para su familia o cuidadores (estos últimos, si el paciente no puede decidir por sí mismo) será primordial la información verbal que el facultativo les realice y esta información se verá complementada con el ICA. En el folleto de ingreso del Hospital San Pedro se indica: «En el momento en el que se produzca el alta recibirá un informe que especificará los cuidados y el tratamiento a seguir en su domicilio. En algunos casos este informe será provisional. El definitivo le será enviado por correo. El Hospital se encarga de enviar una copia de este informe a su médico de familia». Por tanto, comprobamos que se dan habitualmente a los pacientes en el momento de abandonar el hospital. Hace unos años debía enseñárselo al médico de Atención Primaria o a todo el facultativo que lo pidiera pero, de unos años a esta parte y gracias a la historia clínica informatizada, cualquier médico que lo precise puede acceder a los informes de los pacientes, por supuesto, con unas garantías de confidencialidad y privacidad.

*El médico de Atención Primaria:* dado que conoce los problemas del paciente, sus antecedentes y tratamientos habituales, su interés es la información acerca del problema agudo que ha causado el ingreso, sus secuelas, el tratamiento nuevo y las responsabilidades y plazos del seguimiento. Los médicos de Atención Primaria, según los artículos revisados, en su mayoría piensan que es un documento muy útil y eficaz de comunicación y lo valoran de manera positiva aunque solicitan mayor énfasis en las pautas de tratamiento, seguimiento y en aspectos sociosanitarios y de enfermería con el fin de evitar repeticiones de pruebas diagnósticas, visitas innecesarias y errores de medicación. Recomiendan, igualmente, que los informes sean claros, concisos y estructurados para no perder el tiempo en sus consultas buscando información.

*El médico especialista:* precisa rigor y exhaustividad en los fundamentos del diagnóstico y del tratamiento y más información sobre las pruebas complementarias.

*El codificador clínico:* su interés fundamental son los diagnósticos y procedimientos, principales y secundarios, así como las complicaciones. El codificador, a partir del informe de alta, traslada los diagnósticos, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas recogidas en la historia clínica a códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), con un código numérico que permite la explotación y el análisis posterior para su uso estadístico y para comparar Servicios. Dichas comparaciones demuestran que los informes más completos tienen mejores indicadores de calidad. Por otro lado, los pacientes, a partir del CMBD, se agrupan por medio de sistemas de clasificación denominados Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), con el fin de describir todos los casos atendidos y compararlos. El análisis de los GRD nos informa acerca del tipo y la cantidad de pacientes que se atienden en un hospital o en un servicio determinado y por tanto del patrón de morbilidad, de la eficiencia en hospitalización (estancia media y costes) y de los resultados asistenciales medidos por resultados adversos como son la mortalidad, los reingresos y las complicaciones, en relación con otros centros de características similares. El porcentaje de casos codificado respecto al total de altas es un indicador de calidad en la codificación del hospital, y debería ser del 100%.

*Otros receptores:* personal de enfermería, trabajadores sociales, investigadores, evaluadores de calidad asistencial, autoridades sanitarias o judiciales, docentes, psicólogos, etc. Saber para quién se escribe permite redactarlo de manera más adecuada. Pero ese aprendizaje se debería realizar, como muchos autores opinan, en los primeros años de residencia, de manera estructurada y supervisada, y –añadiría yo- por medio de unas herramientas obtenidas a partir de estudios empíricos realizados por equipos multidisciplinares.

*El propio autor del informe:* en ocasiones los especialistas hacen el informe para ellos mismos ya que no consiguen que les entiendan ni sus pacientes ni sus propios colegas; es una especie de narcisismo que, en la mentalidad del médico que lo redacta, refleja su «buen hacer» aunque, en realidad, les da poco valor comunicativo. Asimismo, figura como receptor del informe cuando precisa esta información para sus estudios clínicos.

Los ICA cumplen una serie de variadas funciones de diferente carácter:

- Legal: acredita la práctica médico-legal y, como tal documento, deja constancia escrita de un hecho que el médico ha comprobado en base a exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios realizados al paciente, o por haber sido testigo de la enfermedad. Tiene una importancia trascendental en el curso de reclamaciones, denuncias e intervenciones judiciales. Su estilo debe ser claro, conciso y sencillo de tal modo que los haga útiles a quien los recibe, que normalmente desconoce los tecnicismos. El informe clínico de alta, como documento legal, debe ir firmado por un médico con su correspondiente número de colegiado y ser transparente, verídico y objetivo. Cuando se escribe un informe no se está bajo juramento pero generalmente, al ir al juicio a declarar por lo que se ha puesto en el informe, sí se está bajo juramento luego hay que llevar cuidado con lo que se escribe.
- Científica: refleja el episodio hospitalario, resumiendo la asistencia prestada al paciente. Las razones más frecuentes por las que se utiliza el ICA se centran en echar una ojeada rápida a la información de un paciente ya conocido o facilitar el encuentro inicial con uno nuevo, buscar algún detalle específico o explorar una hipótesis de trabajo. En cuanto a seguridad clínica es la única certificación que el paciente dispone sobre la asistencia prestada y/o su estado de salud, para seguir recibiendo atención sanitaria por Atención Primaria (continuidad asistencial) u obtener prestaciones sociales.

Facilita, asimismo, las posteriores intervenciones sanitarias programadas o de urgencias, evita repetir exploraciones ya hechas o pruebas diagnósticas, facilita la continuidad asistencial, mejora la eficiencia reduciendo el tiempo que se dedica a la búsqueda de información, remedia las visitas innecesarias y disminuye los errores de medicación.

- **Biográfica:** supone un trozo de vida de la persona, una producción creativa de un autor que firma a pie de página. Mejora el conocimiento que el paciente tiene de su estado de salud.
- **Comunicativa:** informa acerca del diagnóstico, tratamiento, recomendaciones y plan de seguimiento del paciente y explica los razonamientos para llegar a un diagnóstico. También supone un medio de comunicación entre el hospital y Atención Primaria.
- **Investigadora:** permite desarrollar estudios clínicos, epidemiológicos o de otra índole, como en nuestro caso. A partir del informe, se pueden estudiar factores de riesgo, eficacia de los tratamientos o evolución de la enfermedad.
- **De evaluación y gestión:** es útil para planificar, gestionar y evaluar la calidad asistencial del servicio donde ha estado ingresado el paciente, Su calidad resulta cada vez más necesaria para pacientes, profesionales sanitarios y gestores debido a los múltiples usos de su contenido. Es un elemento de prestigio, un indicador de calidad del propio centro. Los ICA constituyen un elemento de primordial transcendencia cuando un paciente ha sido atendido en un servicio médico hospitalario. Por ello, es lógico que su contenido, y por ende su calidad, sea un elemento regulado de un modo administrativo y objeto de frecuente revisión por parte de los interesados en la calidad asistencial
- **Documentación y codificación:** constituye además la fuente fundamental de información para la obtención de las bases de datos clínico administrativas ya mencionadas, tipo CMBD a partir de las cuales se elaboran los GRD y otros sistemas de clasificación de pacientes, lo que permite analizar costes y comparar el producto hospitalario entre centros para evaluar su eficiencia.



Con el fin de que se cumplieran estas funciones, desde la Comisión de Historias Clínicas, en el SERIS, se nos facilitó hace unos años una plantilla con los datos que debía contener el informe de alta y que son los siguientes:

- Identificación del Paciente (Nombre, apellidos, N° de Historia)
- Servicio
- Fechas (ingreso, alta, intervención, parto)
- Identificación del médico (Nombre, Apellidos, firma)
- Motivo de ingreso (patología, signos, síntomas, causa externa)
- Anamnesis y Exploración Física
- Pruebas complementarias (resultados significativos)
- Evolución (respuesta al tratamiento, complicaciones, infecciones,....)
- Diagnóstico (principal y secundarios)
- Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos. Hallazgos, biopsias
- Medidas terapéuticas: tratamiento farmacológico, régimen de vida, etc.

## 6.2. MATERIAL Y MÉTODO

Para elaborar esta investigación se han revisado 400 informes médicos, todos de alta hospitalaria excepto uno de consulta externa para poder comparar con el resto, todos ellos pertenecientes al SERIS y colgados en la plataforma informática que este organismo posee: SELENE.

Antes de comenzar la investigación, dado que es un material estrictamente confidencial, ha sido necesario solicitar una autorización para manejar este tipo de documentación y comprometerme a tratar los datos conforme a las instrucciones que me indicaban los responsables de los mismos, no emplearlos para ningún otro fin que no sea la tesis doctoral, no comunicarlos a otras personas, perderlos o alterarlos, consultarlos con mi identificación como usuario de Selene y por los medios oficiales de acceso, garantizar que nadie no autorizado acceda a estos datos, no reproducirlos ni copiarlos, facilitar al organismo cedente una copia del texto final de la investigación previa a su publicación, guardar secreto profesional sobre los datos accedidos apartado para el que, por mi labor profesional diaria, tenía firmado ya un documento de confidencialidad. Por último, me comprometía a remitir al Jefe de Archivo y Documentación un registro de todos los informes que se revisarían.

Así, en la tabla 4 se enumera el listado remitido con la información que para esta investigación es necesaria.

La elección de los Servicios ha estado relacionada con mi labor profesional; de tal modo que, a medida que iba entrando en contacto con informes de pacientes ingresados en mi Servicio, seleccionaba otros informes de esos mismos pacientes realizados en otras Unidades para, asimismo, contrastar informes de un mismo paciente en Unidades diferentes; por tanto, el grueso mayor de documentos corresponde a la Unidad de Paliativos con 133 informes correspondientes a 8 médicos. En suma, la relación de Servicios ha sido la siguiente:

Angiología y Cirugía Vasular.....	2 documentos de 2 facultativos
Cardiología.....	6 documentos de 3 facultativos
Cirugía.....	1 documento
Cirugía General y Aparato Digestivo.....	24 documentos de 14 facultativos
Cirugía Torácica.....	5 documentos de 2 facultativos
Digestivo.....	22 documentos de 9 facultativos
Enfermedades Infecciosas.....	11 documentos de 5 facultativos
Geriatría.....	7 documentos de 3 facultativos
Ginecología.....	5 documentos de 3 facultativos
Hospitalización a Domicilio.....	9 documentos de 5 facultativos
Hematología.....	16 documentos de 5 facultativos
Medicina Interna.....	30 documentos de 12 facultativos
Nefrología.....	3 documentos de 2 facultativos
Neumología.....	19 documentos (2 de Respiratorio) de 8 facultativos
Neurofisiología.....	1 documento
Neurología.....	8 documentos de 6 facultativos
Oftalmología.....	6 documentos de 5 facultativos
Oncología.....	58 documentos de 9 facultativos
Otorrinolaringología.....	2 documentos de 2 facultativos
Psiquiatría.....	2 documentos de 3 facultativos
Traumatología.....	6 documentos de 5 facultativos
Unidad de Corta Estancia.....	4 documentos de 3 facultativos
Urgencias.....	5 documentos de 5 facultativos
Urología.....	13 documentos de 8 facultativos

La datación cronológica de los informes se sitúa entre los años 2005-2015.

No obstante, para la investigación de la II Parte de la tesis (sistemas de abreviación) se ha ampliado la muestra llegando hasta los 500 documentos, todos ellos ICA que correspondían, por supuesto, a informes del SERIS.

### 6.3. RESULTADOS<sup>3</sup>

#### 6.3.1. TEXTOS PREESTABLECIDOS

Un fenómeno que se repite en los informes se basa en la presencia de párrafos textuales coincidentes y que se repiten sus localizaciones dentro de los textos así como su forma y contenido por lo que podríamos considerarlos plantillas.

Comprobamos que pueden ir situadas a pie de página, en la parte superior del documento, en la parte inferior o en el lateral izquierdo del documento y en posición vertical:

##### 1. Situadas a pie de página: en documentos de Neumología y Medicina Interna:

"Se recomienda conservar el original de este informe. En el caso de acudir a un centro asistencial o a otro médico es conveniente el aportar una fotocopia del mismo"

o en documentos de Oncología y Paliativos:

**LEY ORGÁNICA 15/1999 sobre PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.** Los datos personales facilitados por Vd forman parte del fichero "Historias Clínicas", cuya finalidad es la realización de la Historia Clínica para la Asistencia, Gestión e Investigación. El Servicio Riojano de Salud, propietario de dicho fichero, garantiza la seguridad de sus datos de carácter personal. Vd podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición de dichos datos según establece la Ley, dirigiéndose a: Unidad de Registro del Servicio Riojano de Salud, At. Responsable de Seguridad del fichero de Derechos LOPD, Cl. Piqueras, 98 - 26006 Logroño (La Rioja)

De forma anómala, comprobamos que en un documento de Neumología aparecen los dos pies de página mencionados.

---

<sup>3</sup> Dado que no se pueden citar los nombres de los facultativos, se emplea una clave formada por una letra y un número. La lista de claves y sus correspondientes nombres reales la tienen en el Departamento de Documentación del Hospital San Pedro.

2. En la parte superior del informe se emplea la frase siguiente en todos los informes de Oncología, incluso en los documentos más antiguos realizados por el antiguo Insalud; sin embargo, la falta de rigor se demuestra porque un mismo facultativo firma dos documentos en que en un caso aparece esta frase (19) y en otro no (385):

MUESTRE UNA COPIA DE ESTE INFORME SIEMPRE QUE ACUDA A SU MÉDICO DE CABECERA O AL SERVICIO DE URGENCIAS

3. En documentos de Oncología comprobamos cómo en la parte final del documento se escribe la nota siguiente:

**NOTA IMPORTANTE:**

Si durante el tiempo que siga tratamiento con quimioterapia presenta **FIEBRE O SANGRADO ANÓMALO**, deberá realizarse un **análisis urgente (Hemograma)**, para ello acudirá a Urgencias, o a la Consulta de Oncología si es de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes.

Si presenta náuseas, vómitos , úlceras en la boca, diarrea o malestar general, se pondrá en contacto con la Consulta de Oncología o en su defecto acudirá a Urgencias.

Como variantes en las que se añade el teléfono de Oncología se localiza en 18 documentos, incluso repetido dos veces por error en uno de ellos, bien completo o con extensiones:

**NOTA IMPORTANTE:**

Si durante el tiempo que siga tratamiento con quimioterapia presenta FIEBRE O SANGRADO ANÓMALO, deberá realizarse un análisis urgente (Hemograma), para ello acudirá a Urgencias, o a la Consulta de Oncología si es de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes.

Si presenta náuseas, vómitos , úlceras en la boca, diarrea o malestar general, se pondrá en contacto con la Consulta de Oncología, a través de los teléfonos 941297230, 941297225, 941297227, 941297371; o en su defecto acudirá a Urgencias.

**NOTA IMPORTANTE:**

Si durante el tiempo que siga tratamiento con quimioterapia presenta **FIEBRE O SANGRADO**, deberá realizarse un **análisis urgente (Hemograma)**, para ello acudirá a Urgencias, o a la Consulta de Oncología si es de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes.

Si presenta náuseas, vómitos , úlceras en la boca, diarrea o malestar general, se pondrá en contacto con la Consulta de Oncología, a través del teléfono 294500 ext. 72534 ó 72536; o en su defecto acudirá a Urgencias.

4. En el lateral izquierdo del documento y en posición vertical se repite la fórmula en algunos informes de Urgencias:

**“IMPORTANTE:** Con el fin de que el PACIENTE reciba una correcta atención, se le informa que la IMPRESIÓN CLÍNICA DE URGENCIA no presupone un Diagnóstico de Certeza.

Por tanto, el Diagnóstico Definitivo debe establecerlo su Médico de Cabecera y /o Especialista correspondientes, a quienes el paciente acudirá lo antes posible con este informe”

En conclusión, el empleo de estos textos que se repiten es frecuente, sobre todo en la parte superior e inferior, en informes de Oncología; en algunos de Urgencias, mensaje en el lateral y, por último, a pie de página en 14 informes de Neumología, 10 de Paliativos, 9 de Medicina Interna y 1 de Oncología.

### 6.3.2. ENCABEZADO

Una gran parte de los datos necesarios para completar los CMBD proceden del encabezado de los informes: nombre del hospital, servicio, número de historia clínica, episodio, datos administrativos del paciente, género, fecha nacimiento, fecha de ingreso y fecha de alta.

Como ya hemos indicado anteriormente, cuando el administrativo del Servicio correspondiente o, en la actualidad, el propio facultativo procede a crear un informe, lo primero que aparece en pantalla es una plantilla con la mayoría de los datos del encabezado ya cumplimentados y con el enunciado de cada uno de los apartados en que se divide el informe de tal modo que solo habrá que comprobar que sean correctos o modificar lo necesario.

Según el encabezado y el pie de página, hemos obtenido diferentes formatos de informes como vemos en las imágenes 2-10.

La estructura del encabezado se corresponde siempre con tres niveles horizontales que analizamos seguidamente:

1. Primer nivel horizontal: consta, a su vez, de tres apartados

1.1. Logo que, según las épocas varía como podemos comprobar en las imágenes:

imagen 2 corresponde a informes del Servicio de Paliativos

imagen 3 hace referencia a informes de Neumología y Medicina Interna y junto con la imagen 4 pertenecen a informes fechados entre febrero de 2006 y octubre de 2008.

imagen 5 referida a informes fechados entre febrero de 2004 y junio de 2005

imagen 9 con el logo del antiguo Insalud en informes entre enero de 2001 y febrero de 2004

imagen 10 que incluye el logo del antiguo Servicio Riojano de Salud en un informe de febrero de 2003.

1.2. Identificación del hospital, dirección y otros datos de contacto que, en los documentos más antiguos, ocupa la misma casilla: La imagen 6 presenta el mismo logo que la imagen 3 pero se refiere a informes anteriores fechados entre junio de 2005 y abril de 2007 con una modificación de la dirección del Organismo: de la Calle Autonomía de La Rioja se pasa a Calle Piqueras lo que indica el cierre del edificio del Hospital San Millán y su traslado al Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Otras variantes de la imagen 6 se presentan en informes de Traumatología donde en el nombre del Hospital se prescinde del sintagma “de La Rioja” y en un documento de Neumología fechado en junio de 2005 en el que para el nombre del Organismo se cita “Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro H. Gral. de La Rioja” lo que sitúa este informe en un momento concreto en que, una vez derruido el Hospital San Millán y antes de inaugurar el Hospital San Pedro, se trasladaron los Servicios al Hospital General de La Rioja. (imágenes 7 y 8)

1.3. Identificación del paciente: nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, edad, sexo, número de seguridad social, número de tarjeta y número de registro

2. Segundo nivel con dos o tres apartados que incluyen la identificación del Servicio y la tipología del informe (en los documentos más antiguos el nombre del responsable del informe).

3. Tercer nivel con los datos del Servicio, el facultativo responsable, domicilio y teléfono del paciente, la fecha de ingreso, fecha de alta y el motivo

De todos los datos vamos a profundizar, por un lado, en las fecha de informe y de alta y, por otro, en los casilleros de tipología del informe, motivo y pie de página.

La fecha de alta del paciente se supone que debe coincidir con la fecha en que el informe va firmado aunque, como muestra el gráfico, no siempre sucede así ya que en unos casos la fecha del informe es anterior a la del alta lo cual implica que el informe se realiza antes de que el paciente se vaya (a), en otros como cabe esperar es posterior (b) e incluso localizamos informes sin fechar o con errores tanto porque no consta la fecha del informe como porque falta la del alta.

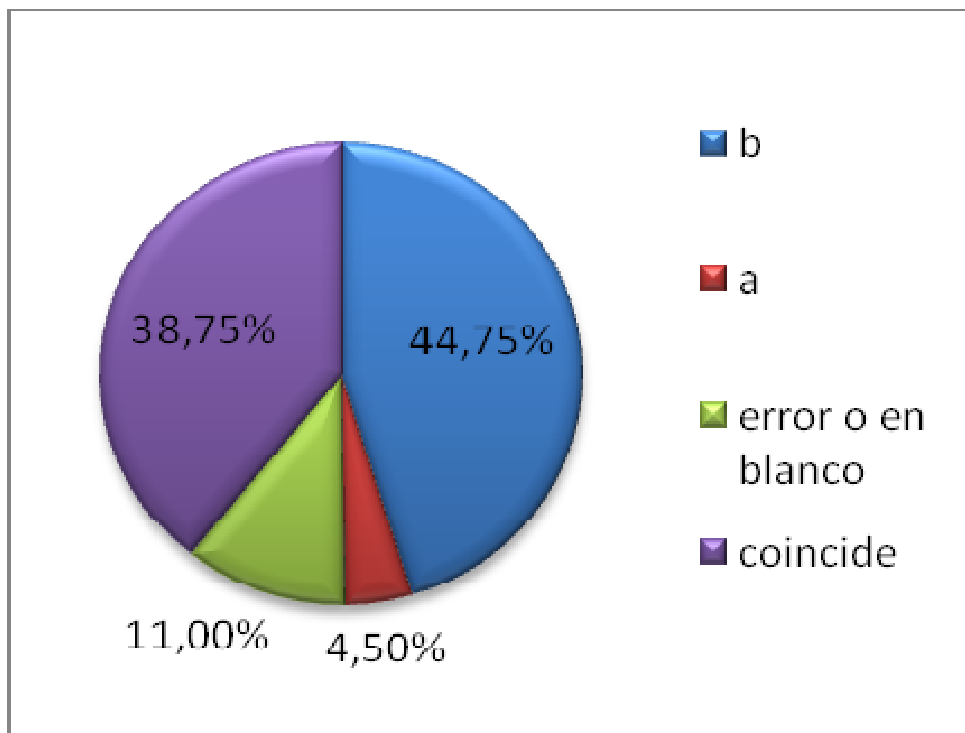


Gráfico 1. fechas de alta y de informe

Respecto al formato, como veremos más adelante en el análisis de los fenómenos de acortamiento, se utiliza casi siempre la forma dd/mm/aa aunque en cinco informes la forma varía a, por ejemplo, 27 de junio de 2005 incluso con vacilaciones que ofrecen ambos formatos en un mismo informe (66).

En la tabla 5, se incluyen los resultados de los casilleros tipología del documento, motivo o el que aparece en el pie de página. De ellos se desprende que resulta redundante citar la tipología del documento tanto en la parte superior como en el pie de página ya que la información la mayoría de las veces coincide, que el formato más empleado es el número 11, que en la descripción del motivo se anotan diferentes respuestas, algunas de ellas sinónimas (alta/ alta hospitalaria/ alta facultativa/ alta hospitalaria-Paliativos/ informe de alta; alta domiciliaria/ alta domiciliaria-UCP/ alta Paliativos/ alta U. Paliativos/ alta a domicilio; mejoría/ mejoría clínica), que en algunos casos no se rellena el motivo y que algunos Servicios solo emplean un formato determinado: Paliativos el número 1 (salvo alguna rara excepción), Neumología el número 12, Urgencias el número 14, Digestivo, Psiquiatría, C. Torácica, Nefrología, UCE, Traumatología, ORL, Oftalmología y Cirugía Vascular, el número 11.

### 6.3.3. MOTIVO DE INGRESO

Se denomina también Motivo de Consulta y, como si fuera un titular, se debe expresar necesariamente, de forma breve, con claridad, respondiendo a las preguntas: ¿quién? ¿qué? ¿dónde? ¿por qué? ¿cuándo?, lo que le asemeja a los titulares de prensa.

En este apartado se repite casi siempre una misma estructura, encabezada por el término Paciente con una clara impersonalización del protagonista de los informes. El género de cada paciente lo conoceremos, en algunos informes, por la información aportada más adelante con términos del tipo: diagnosticada, se le explica a él y a sus familiares, ha permanecido ingresado... Cabe resalta que para concretar los años del paciente en muchos años alternan las expresiones: “años” u “años de edad” que, desde mi punto de vista, es redundante en este último caso.

Del análisis de este apartado hemos obtenido una serie de estructuras coincidentes:

#### **A. Paciente + edad:**

Neumología: “Paciente de 82 años de edad, ex fumador sin alergias farmacológicas conocidas” (6). Al ser el único informe de este neumólogo que hemos estudiado no se puede aportar más información.

Similar a éste es el resultado del informe 26 de Neurología: “Paciente de 57 años de edad, sin antecedentes de interés, fumador de 30-40 cigarrillos al día”.



Medicina Interna (33, 56, 64, 94, 173, 219): “Paciente de 72 años” (33). Todos los informes corresponden al mismo médico; sin embargo no son los únicos que analizamos de este facultativo. Va situado siempre antes de comenzar los encabezados del informe; es decir, delante del Motivo de Ingreso y, en algunos casos –doc. 64 y 219–, se añade el complemento redundante “de edad”, fenómeno que emplea el mismo médico con las dos posibilidades como vemos en los ejemplos correspondientes a esta clase de informes. (MI1)

Oncología (37, 83, 200, 339, 361, 363, 365, 366, 367, 368): “Paciente de 76 años de edad” (37), “Paciente de 75 años” (200). De nuevo, el mismo médico (O4), la misma posición en el texto que en los mencionados anteriormente incluso en los informes más antiguos (339, 365, 366, 367, 368) y también el elemento redundante “de edad” en los doc. 37 y 83.

Digestivo (76, 96, 186, 198, 211): “Paciente de 76 años de edad” (96), “Paciente de 83 años” (198). Ambos documentos corresponden al mismo médico (D11); sin embargo comprobamos que utiliza diferente construcción. El resto de informes están realizados por diferentes personas y los tres primeros añaden “de edad” mientras que los dos últimos no lo hacen.

## **B. Paciente + edad + que ingresa**

### **B.1. Paciente + edad + que ingresa para ....:**

Medicina Interna: “Paciente de 81 años que ingresa para estudio” (7), Cirugía General: “Paciente de 73 años que ingresa para tratamiento quirúrgico de neoplasia gástrica antral” (113), Oncología (331, 332, 333): “Paciente de 74 años de edad que ingresa para segundo ciclo de tratamiento de quimioterapia por recidiva laterocervical de carcinoma epidermoide de laringe supraglótica” (copia-pega en los tres documentos y solo se modifica el número del ciclo). Prescindiendo de la edad obtenemos los documentos Hematología (264), Cirugía (349), Urología (356, 370) “Paciente que ingresa para hemoterapia” (264).

En Cardiología localizamos un documento que es variante de las anteriores porque se elide la conjunción: “Paciente de 85 años ingresa de Urgencia en flutter auricular con respuesta ventricular rápida” (138).

### **B.2. Paciente + edad + que ingresa en:**

#### **B.2.1. ingresa en.....por.....: (12, 30, 247)**

Unidad de Corta Estancia: “Paciente de 88 años que ingresa en UCE por trombosis venosa profunda y anemia”. (12)

Cardiología: “Paciente de 73 años ingresa en la Sección de Cardiología por cuadro de dolor torácico” (30), se elide la preposición

Cirugía Torácica: “Paciente de 72 años que ingresa en Cirugía Torácica por derrame pleural crónico para estudio” (247)

Como variante que incluye solo la segunda parte obtenemos en documentos de Infecciosas (14, 187, 250, 317, 318), de Medicina Interna (25, 70, 142, 184, 213, 238) y de Digestivo (74, 221): ingresa por... “Paciente de 89 años de edad que ingresa por tos y expectoración y malestar abdominal” (14)

Otro documento de Digestivo (100) emplea esta estructura pero no informa de dónde ingresa ni identifica al paciente: “Paciente que ingresa por agitación”.

En el apartado Historia Actual se utiliza Paciente + que ingresa por... (sin aludir a la edad) en un documento de Hematología (121), otro de Urología (355) y otro de Ginecología (371): “Paciente que ingresa de urgencia el 31/05 por pancitopenia intensa y fiebre de hasta 38°C.” (121)

B.2.2. ingresa en...para...: Unidad de Corta Estancia, dos facultativos distintos (28, 342): “Paciente de 74 años que ingresa en UCE para hemotransfusión” (28)

B.2.3. ingresa en...procedente de...: Traumatología: “Paciente de 72 años de edad que ingresa en nuestro servicio procedente de consultas externas de traumatología para intervención quirúrgica programada” (71)

B.2.4. ingresa en...a petición de...para...: Cirugía Torácica: “Paciente que ingresa en Cirugía Torácica por Consulta externa a petición de Neumología para tipificar derrame pleural con citologías atípicas” (270)

B.3. Paciente + edad + que ingresa a través de...por...: Digestivo (18) y Oncología (19): “Paciente de 67 años de edad que ingresa a través del Servicio de Urgencias por sospecha de hígado metastásico..” (19).

B.4. Paciente + edad + que ingresa procedente de...: sin referencia a la edad Traumatología (216, 225): “Paciente que ingresa procedente de urgencias” (216)

Y las variantes:

B.4.1. procedente de...por ....: Nefrología (22), Medicina Interna (39), Digestivo (49, 86), Neumología (66, 141, 183), Infecciosas (244, 256), Respiratorio (336)

“Paciente de 86 años que ingresa procedente de Urgencias por deterioro general con acidosis metabólica y anemia en el contexto de Insuficiencia renal crónica” (22)

B.4.2. procedente de...para ....: Nefrología (179), Cirugía Torácica (210), Hematología (351, 354), Unidad de Corta Estancia (386): “Paciente de 70 años de edad que ingresa procedente de Consulta Externa de Nefrología para valoración de modificación de tratamiento hipotensor” (179)

Documentos a los que añadimos otros ejemplos en los que no se hace referencia a la edad:

B.4.3. Paciente + que ingresa procedente de... para....: Traumatología (51, 155), Urología (65, 81), Hematología (202)

B.4.4. Paciente + que ingresa procedente de...por...: Urología (88, 171 (reingresa), 260, 265, 321), Cirugía General (106, 165), Digestivo (118), Hospitalización a Domicilio (182), Hematología (258), Infecciosas (261)

Debemos tener en cuenta que los documentos que van del 255 al 265 pertenecen al mismo paciente luego probablemente los creadores del informe han realizado un copia-pegar de la información.

B.5. Paciente + edad + que ingresa remitido de...por...: Infecciosas “Paciente de 86 años de edad que ingresa remitido de Urgencias por síndrome febril, infección respiratoria e insuficiencia respiratoria” (263)

B.6. Paciente + que ingresa trasladado desde...para....: Respiratorio (280) y Neumología (298): “Paciente que ingresa trasladado desde Urgencia desde la FHC para estudio de atelectasia” (298)

B.7. Paciente en estudio...que ingresa: Oncología: “Paciente en estudio de masa renal izda. que ingresa para control gas-PAAF” (301)

B.8. Paciente que ingresa presentando...: Cardiología: “paciente que ingresa presentando agudización de su proceso de insuficiencia cardíaca preexistente por infección respiratoria aguda” (185), fragmento en el que se puede apreciar la utilización -tan habitual en los informes médicos- de un gerundio que, como informa Gustavo Mendiluce (2002: 74), se debe emplear con mucha prudencia. Como el autor indica: «En numerosas ocasiones se ha tachado al gerundio de anglicismo sintáctico, sin explicar muy bien por qué razón ni especificar qué tipo de gerundio» y aparecen casos en los que por ser un gerundio de carácter modal resulta correcta su utilización. Dado que en esta investigación nos centramos exclusivamente en los sistemas de abreviación, queda aquí expuesta una tarea que habría que investigar en profundidad en otro momento.

### **C. Paciente + edad + ingresado**

C.1. Paciente + edad + ingresado a través de... para...: Digestivo: “Paciente de 85 años de edad ingresado a través del Servicio de Urgencias para estudio de síndrome constitucional...” (47)

C.2. Paciente + edad + ingresado desde....: Digestivo: “Paciente de 85 años de edad ingresado electivamente desde Consulta Externa de Aparato Digestivo Dr. Yangüela para tratamiento transfusional” (218)

C.3. Paciente + edad + ingresado por...: Cirugía: “Paciente de 77 años ingresado ayer por cuadro de suboclusión intestinal ...” (237)

C.4. Paciente + edad + ingresado en ...: Hospitalización a Domicilio “Paciente de 94 años ingresado en Infecciosas por Neumonía de la comunidad” (249)

C.5. Paciente + edad + ingresado en ...por....: Digestivo: “Paciente de 80 años de edad, ingresado en hematología por anemia refractaria“ (350)

### **D. Paciente + edad + diagnosticado**

D.1. Paciente + edad + diagnosticado de...: Paliativos (93, 125, 154, 276) “Paciente de 86 años diagnosticada de una neoplasia de páncreas con metástasis hepáticas y adenopatías retroperitoneales” (93) no incluido en ningún apartado o “Paciente de 67 años diagnosticado de un carcinoma renal con metástasis óseas, ganglionares, retroperitoneales izquierdas y hepáticas” (125) incluido en Motivo de Ingreso. Todos corresponden al mismo facultativo (P1)

Oncología (54, 374, 400) “Paciente de 75 años de edad, diagnosticado de carcinoma no microcítico de pulmón. Ingresó por disnea” (54) no incluido en ningún apartado igual que el documento 400 y ambos corresponden al mismo médico (O2) o “Paciente de 71 años, diagnosticado de neoplasia de páncreas con carcinomatosis peritoneal, en el Hospital Fundación de Calahorra” (374) extraído del apartado Enfermedad Actual; en este mismo apartado aparece en un documento de Urgencias (375) y en Historia Actual, documento de Neumología: “Paciente de 80 años de edad, diagnosticado de EPOC” (80). Por último, en Medicina Interna: “Paciente de 87 años, diagnosticada de HTA” (134) (MI1).

En una ocasión más, como apreciamos, no se cita la edad del paciente aunque la estructura coincide con la anterior: Paciente + diagnosticado de...: Oncología “Paciente diagnosticada de neoplasia de mama con metástasis óseas y derrame pleural” (192) y Ginecología “paciente diagnosticada de prolapso total de útero. Ingresó para tratamiento quirúrgico” (324, en Historia Actual).

Como variantes de la estructura Paciente + edad + diagnosticado de obtenemos:

D.1.1. Paciente + edad + diagnosticado de... Se nos remite...: Documento de Paliativos: “Paciente de 89 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata avanzado. Se nos remite desde Oncología para control sintomático” (147)

D.1.2. Paciente + edad + diagnosticado de + que ingresa por.... : en seis informes de Paliativos (1, 9, 16, 123, 128, 140) “Paciente de 31 años diagnosticada de un sarcoma sinovial metastásico con paraparesia e incontinencia de esfínteres que ingresa por úlcera sacra y en talón izquierdo sobreinfectadas” (1) éste incluido dentro de Motivo de Ingreso y todos firmados por el mismo médico (P1). También en tres de Oncología (168, 287, 288) “Paciente de 70 años de edad diagnosticado de carcinoma microcítico de pulmón, enfermedad diseminada que ingresa por dolor abdominal” (287) (los dos primeros de O2 y el último de O5).

D.1.3. Paciente + edad + diagnosticado de. Derivado a....para seguimiento y control clínico tras el alta hospitalaria: también de Paliativos: “Paciente de 31 años, diagnosticada de sarcoma sinogrial metastásico con paraparesia, incontinencia disfínteres. Derivada a la UCP domiciliario para seguimiento y control clínico tras el alta hospitalaria” (2)

Paciente + edad + diagnosticado de + derivado (tras el alta de...) para seguimiento y control clínico domiciliario: Documento 15 de nuevo de Paliativos: “Paciente de 67 años diagnosticada de adenocarcinoma de páncreas con metástasis hepáticas derivada, tras el alta hospitalaria de la Unidad de Cuidados Paliativos, para seguimiento y control clínico domiciliario”.

D.2. Paciente + edad + diagnosticado en ....+ diagnóstico (de): corresponde a un documento de Oncología: “Paciente de 75 años de edad diagnosticado en nuestro Servicio de metástasis pulmonares de un carcinoma renal de células claras con masa pancreática metastásica” (35)

### **E. Paciente + edad + con diagnóstico...**

Paliativos (79, 152): “Paciente de 81 años de edad con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa con oxígeno domiciliario y nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo” (79)

Y como variantes:

E.1. Paciente + edad + con [diagnóstico] ... + que ingresa precedente...: Nefrología: “Paciente de 82 años de edad con Insuficiencia renal crónica que ingresa precedente de urgencias por Insuficiencia renal crónica avanzada y reagudizada por depleción” (4)

E.2. Paciente + edad + con [diagnóstico] + que ingresa por: Oncología (102, 196, 230), Paliativos (208, 255) y Hematología (359): “Paciente de 70 años con carcinoma epidermoide de pulmón que ingresa por deterioro general” (196)

E.3. Paciente + edad + con diagnóstico + que reingresa...: Psiquiatría: “Paciente de 55 años de edad con antecedentes de esquizofrenia paranoide, que reingresa con carácter urgente” (21)

E.4. Paciente + edad + con diagnóstico....+ que ingresa....: Infecciosas: “Paciente de 38 años, con infección por el VIH, que ingresa por deterioro neurológico” (316)

Sin embargo, son más numerosos los casos en que se sigue esta estructura pero desaparece la alusión a la edad:

E.5. Paciente + con [diagnóstico]...: Oncología: “Paciente con segunda recidiva a nivel laterocervical izdo. de carcinoma epidermoide de laringe supraglótica” (330)

E.6. Paciente + con [diagnóstico] + que ingresa por...: Oncología (42, 326, 327, 328, 329); Digestivo (89): “Paciente con recidiva cervical de carcinoma epidermoide de laringe que en la actualidad ingresa por imposibilidad para la deglución” (326)

E.7. Paciente + adjetivo (oncológico) + con enfermedad avanzada y con diagnóstico de. Nos remiten el caso desde...para control sintomático en su domicilio: (40, 41, 48, 117, 120, 132, 159, 164, 170, 176, 188, 191, 222, 227, 229) o con la variante “Se nos remite el caso” en (31, 44, 46, 50, 52, 63, 69, 72, 77, 130, 135, 139, 217), todos documentos de Paliativos, pertenecientes al mismo facultativo y la mayoría extraídos del apartado Motivo de Ingreso.

“Paciente oncológico con enfermedad avanzada y con diagnóstico de glioblastoma multiforme frontoparietal dcho. **Se nos remite** el caso desde la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria para control sintomático en su domicilio” (31)

El caso más extraño lo localizamos en el documento 75, escrito fuera del apartado Motivo de Ingreso y cambiando el punto por la conjunción “que”: “Paciente oncológico con enfermedad avanzada y con diagnóstico de neoplasia de vía biliar **que se nos remite** el caso desde el Servicio de Digestivo para control sintomático en su domicilio”.

Las formas pronominales de primera persona contribuyen a dar subjetividad al texto y ofrecen un estilo más coloquial o familiar además de aportar precisión; sin embargo, la tendencia de los textos científicos se dirige hacia la construcción impersonal de tercera persona con el pronombre SE. Esta tendencia a la impersonalidad en los escritos médicos ya ha sido criticada por varios autores (Ordóñez, Fernando Navarro) quienes la consideraban propia de los escritos de la segunda mitad del siglo XX. Así pues, comprobamos que en 14 de estos informes se obtiene la forma “se nos remite” mientras que 15 de ellos ofrecen la variante “nos remiten”.

También resulta curioso comprobar cómo en fragmentos tan específicos se pueden cometer errores ortográficos tan notables como la falta de acentuación de la voz “diagnóstico” en la mitad de estos informes, hecho significativo por ser siempre el mismo médico el autor de los textos; ahora bien, en este caso la falta acentual –aun siendo un error ortográfico- no produce ambigüedad al ir acompañada de la preposición “con”- : “Paciente oncológico con enfermedad avanzada y con **diagnostico** de ... Se nos remite el caso desde Neumología para control sintomático en su domicilio” (52)/ “Paciente oncológico con enfermedad avanzada y con **diagnóstico** de tumor renal. Se nos remite el caso desde Atención Primaria para control sintomático en su domicilio” (63)

Y con la construcción en 1ª persona de plural: “Paciente oncológico con enfermedad avanzada y con **diagnóstico** de ... Nos remiten el caso desde Oncología-Paliativos (Hospitalización) para control sintomático en su domicilio”. (170)/ “Paciente oncológico con enfermedad avanzada y con **diagnostico** de ...Nos remiten el caso desde Oncología para control sintomático en su domicilio” (191).

Por último, obtenemos un ejemplo en el que, precisamente, se prescinde de la voz “diagnóstico”: “Paciente oncológica con enfermedad avanzada y con neoplasia de útero y osteoporosis así como embolia pulmonar. Nos remiten el caso desde Medicina Interna para control sintomático en su domicilio” (40). Y un último informe, también de Paliativos, en el que no aparece “oncológico”: “Paciente con diagnóstico de hematoma lobar parietal izdo. y probable angiopatía mieloidea subyacente así como cuadro de deterioro cognitivo no filiado. Nos remiten el caso desde Atención Primaria para control sintomático en su domicilio” (67). Vestigios de esta estructura, asimismo, los obtenemos en otro documento de Paliativos: “Paciente con.... Nos remiten el caso desde...” (180)

E.8. Paciente + adjetivo (oncológico) + con diagnóstico. Nos consultan...: Paliativos: “Paciente oncológico con diagnóstico de carcinoma de próstata. Nos consultan para evaluación del caso y para valoración si procede de inclusión en la Unidad de Cuidados Paliativos” (231)

E.9. Paciente + diabético + diagnóstico (con): Oftalmología: “Paciente diabético con retinopatía diabética proliferante ojo derecho con hemorragia vitria organizada” (376)

E.10. Paciente + diagnóstico (con). Tratado con...+ es remitido desde....por....: Oncología “Paciente con carcinoma epidermoide de paladar duro. Tratado con quimioterapia en nuestro Servicio en noviembre-05, que en Feb/07 es remitido desde Zaragoza por presentar recidiva nuevamente” (382)

## **F. Paciente + edad + derivado**

En este grupo hallamos pocas estructuras en que se indique la edad del paciente y todos los documentos están firmados por médicos de Paliativos:

F.1. Paciente + edad + derivado a...: “Paciente de 81 años derivada a la Unidad de Cuidados Paliativos el 23 de abril de 2007” (107)

F.2. Paciente + edad + derivado a ....+ desde...: “Paciente de 70 años derivado a nuestra Unidad de Cuidados Paliativos desde el Servicio de Oncología el día 9/04/07” (97)

F.3. Paciente + edad + derivado desde... + diagnóstico: excepto los documentos 149, 251 y 320, el resto los firma el mismo facultativo (P2) y coinciden íntegramente en su estructura: (8, 36, 55, 59, 82, 87, 92, 95, 101, 105, 109, 114, 378, 387, 388, 394, 397, 399).

Catorce de esos documentos son exactamente iguales en estructura: **“Paciente de 82 años derivada desde la Unidad de Hospitalización de Cuidados Paliativos tras el diagnóstico de progresión tumoral de adenocarcinoma de endometrio”** (8); sin embargo en dos de ellos -55 y 109- se prescinde de “progresión tumoral”. El resto presenta algún matiz diferenciador como vemos en los ejemplos:

**“Paciente de 57 años derivado desde** la Unidad de Cuidados Paliativos de Hospitalización tras el alta hospitalaria donde ingresa por síndrome confusional secundario a tumor cerebral” (59)/ **“Paciente de 76 años derivado desde** la Unidad Sociosanitaria (...) tras el alta hospitalaria por metástasis hepáticas de primario desconocido” (95) / **“Paciente de 91 años derivado desde** hospitalización a domicilio para tratamiento y control sintomático en su domicilio. Paciente con pluripatología, no oncológico” (149) / **“Paciente de 84 años derivado desde** la Clínica Universitaria de Navarra para seguimiento y control clínico domiciliario por demencia vascular evolucionada” (92)/ **“Paciente de 86 años de edad derivada** desde la Unidad de Oncología-Paliativos (P1) con diagnóstico de una recidiva local de hipernefoma izdo. con metástasis hepáticas” (320)/ **“Paciente de 59 años derivado por** el médico de Atención Primaria (...) con el diagnóstico de astrocitoma fibrilar grado III irreseccable con deterioro importante del estado general y neurológico” (251).

A partir de aquí en los ejemplos que siguen no se hace referencia a la edad del paciente y, como los anteriores, son documentos firmados por médicos de Paliativos; no obstante, la diferencia entre ellos se basa en la presentación que se hace de las preposiciones:

F.4. Paciente + derivado a ...: en un caso “por diagnóstico” (236) y en otro “con diagnóstico” (362) (P7)

F.5. Paciente + derivado desde...: una vez más este grupo coincide en la persona que los firma (P6) (172, 190, 299, 300, 302, 310). A todos los documentos enumerados se añaden otros, de igual modo firmados por el mismo facultativo, que siguen también esta estructura añadiéndole el médico que deriva y el diagnóstico, en unos casos con preposición y en otros sin ella:

F.5.1. Paciente + derivado desde...+ por...+ con diagnóstico: (294, 303, 304, 308, 313, 315, 322) “Paciente derivado desde Oncología por O4 con diagnóstico de infiltración pleural de adenocarcinoma primario no conocido” (294)

F.5.2. Paciente + derivado desde... + por...+ diagnóstico: (167, 174, 233, 286, 290, 291, 292, 296, 297) “Paciente derivado desde Oncología por O4 con diagnóstico principal de carcinoma de mama con metástasis óseas, hepáticas, pulmonares y cerebelosas” (167)



F.6. Paciente + derivado por....: grupo también numeroso y con grandes variantes preposicionales:

F.6.1. Paciente + derivado por... + con [diagnóstico]:

P7: documentos 241, 243, 245, 253, 269, 279, 358, 369, 372

P6: documentos 205, 271 (solo indica la doctora que hace la derivación, sin indicar el Servicio)

P4: documentos 57, 61, 226

“Paciente derivada por Oncología el 27 de Junio del 2007 con diagnostico de carcinomatosis peritoneal de probable origen ovárico” (57)

F.6.2. Paciente + derivado por... + por [diagnóstico]:

P7 es el médico en 199, 235, 248 (no indica quién es esa Doctora ni a qué Servicio pertenece), 289: “Paciente derivada por O4 de Oncología del Hospital San Pedro por adenocarcinoma de ciego” (199).

En las variantes recién enumeradas se detectan dos errores de contenido que pueden influir en la información que se remite al paciente: en el documento 271 solo se indica la doctora que hace la derivación, sin indicar el Servicio y en el 248 no se indica quién es esa Doctora ni a qué Servicio pertenece: “Paciente derivado por O6 con diagnóstico de hepatocarcinoma...” (271), “Paciente derivado por la doctora (...) por masa pulmonar” (248)

F.6.3. Paciente + derivado por... + para...: P7 (266, 273) “Paciente derivada por Cuidados Paliativos de Pamplona (...) para seguimiento en nuestra Unidad” (266)

F.6.4. Paciente + derivado por... + debido a....: P4 “Paciente derivado por Oncología, debido a recidiva de Carcinoma Epidermoide oral” (337)

F.6.5. Paciente + derivado por... + por...: P7 “Paciente derivado por Urología (...) por tumor vesical infiltrante” (357)

F.6.6. Paciente + derivado por...+ desde...+ con diagnóstico: P6 “Paciente derivado por O5 desde Oncología con diagnostico de metástasis hepáticas y pulmonares de primario no conocido” (203)

Finalmente, enunciaré dos estructuras similares a las anteriores en las que cabe destacar, en especial, el documento 373 por lo insólito del artículo delante de “paciente” teniendo en cuenta que es el principio del documento y por la utilización de la voz pasiva. Respecto a la voz pasiva, debemos aludir al trabajo de Fernando Navarro et al (1994) donde nos indica que esta forma llamada voz pasiva propia o perifrástica ha disminuido mucho su uso en castellano en relación con el latino, más aún con el auge de las construcciones con sentido pasivo encabezadas por SE; sin embargo en la lengua científica y técnica es mucho más común su empleo por influencia del inglés.

F.6.7. El paciente fue derivado por....+ con diagnóstico: P7: “El paciente fue derivado por O3 de Oncología con diagnóstico de neoplasia de páncreas” (373)

F.6.8. Paciente + derivado de....por.... + con diagnóstico: P7: “Paciente derivado de Hospitalización a Domicilio por H4 con diagnóstico de neo de mama izda” (282)

## **G. Paciente + edad + remitido**

### G.1. Paciente + edad + remitido a

G.1.1. Paciente + edad + remitido a....+ procedente de... + diagnóstico: Oncología: (78, 396): “Paciente de 67 años de edad remitido a nuestro Servicio procedente de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza tras diagnóstico de metástasis cerebelosa derecha reseca de un adenocarcinoma de pulmón” (78)

G.1.2. Paciente + edad + remitido a... + diagnóstico: Oncología (293, 306, 307, 380, 381): “Paciente de 58 años de edad remitida a nuestra Consulta tras diagnóstico de masa renal y tumoración ginecológica” (293)

### G.2. Paciente + edad + remitido desde

Paciente + edad + remitido desde....+ diagnóstico: Paliativos (90, 111); Cirugía (275, 360) y Oncología (385) “Paciente de 79 años de edad remitida desde Oncología. Remitida allí por la Unidad de Mama tras diagnóstico de neoplasia de mama” (275), informe llamativo por la repetición verbal y la ausencia de nexos, fenómenos que empobrecen el estilo de redacción.

Sin informar de la edad, podemos incluir en este subgrupo, otros tres informes que revelan las siguientes estructuras:

G.3. Paciente + remitido desde.... + diagnóstico: Paliativos: “Paciente remitida desde Oncología por O4 con diagnóstico de carcinoma gástrico con metástasis hepáticas y retroperitoneales” (157)

G.3.1. Paciente + remitido desde ... + por.....: Oncología: “Paciente de 58 años de edad remitido desde el Servicio de ORL del Hospital Fundación de Calahorra por presentar metástasis hepáticas” (311)

G.3.2. Paciente + remitido desde.... por....+ diagnóstico (con): Paliativos: “Paciente remitida desde Atención Primaria por el Dr. (...), con diagnóstico de hepatocarcinoma” (334)

#### G.4. Paciente + edad + remitido por

G.4.1. Paciente + edad + remitido por...: (214, 223) de Geriátrica, por el mismo facultativo y situados en el apartado Historia Actual: “Paciente de 94 años remitida por su MAP por cuadro de varios días de evolución de disnea” (214)

G.4.2. Paciente + remitido por....+ diagnóstico (por): de Urgencias y situado en el apartado Enfermedad Actual: “Paciente remitido por hospital de Calahorra por retención urinaria” (379)

#### H. Paciente + edad + trasladado

H.1. Paciente + edad + trasladado a...desde....+ diagnóstico (con): Oncología “Paciente de 75 años de edad trasladado a nuestro servicio desde Neumología con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón avanzado” (116)

H.2. Paciente + trasladado de/desde.... + diagnóstico: Oncología (98), Paliativos (364) “Paciente trasladado de nuestra Unidad al Hospital San Pedro-Unidad de Oncología y después al Hospital de Valvanera para ingreso crónico”

#### I. Paciente + edad + conocido

I.1. Paciente + edad + conocida en...: Oncología “Paciente de 73 años conocida en nuestro Servicio por un adenocarcinoma pleural” (246)

I.2. Paciente + edad + conocida en...+ por.....: (390, 391, 392) Oncología por el mismo facultativo e igual paciente “Paciente de 73 años conocida en nuestro servicio por un Cáncer de mama metastásico en tto hormonal” (391)

I.3. Paciente + edad + conocida de...por...: Oncología “Paciente de 79 años de edad conocida de nuestro servicio por una neoplasia de mama” (274)

I.4. Paciente + conocido de...por.....: Oncología “Paciente conocido de nuestro Servicio por tumor renal metastásico“ (126)

I.5. Paciente + conocido de...+ que reingresa....: Hospitalización a Domicilio “Paciente conocida de nuestro Servicio que reingresa procedente de Cirugía tras colocación de nueva prótesis cubierta esofágica” (283)

## **J. Otras formas con participio:**

J.1. Paciente + edad + intervenido.... + ingresado....: Hospitalización a Domicilio “Paciente de 91 años, intervenido de fractura pertrocanterea, ingresado en medicina interna por neumonía” (150)

J.2. Paciente operada de...: Oftalmología “Paciente operada de cataratas el 4/10/05 sin complicaciones” (178)

J.3. Paciente + edad + visto en...+ diagnóstico (con) + que ingresa por...: Oncología “Paciente de 58 años de edad visto en Consulta Externa de Oncología con Astrocitoma de Alto Grado Frontal Derecho que ingresa por deterioro neurológico avanzado” (27)

J.4. Paciente seguido por nosotros: Paliativos “Paciente seguida por nosotros desde el 5 de septiembre de 2004. la paciente fue derivada a nuestra Unidad en septiembre de 2004 con el diagnóstico de Alzheimer” (197)

J.5. Paciente dado de alta....de....+ diagnóstico: Medicina Interna “Paciente dado de alta el 14/01/07 de la UCE con diagnostico de infección respiratoria” (257)

## **K. Otras estructuras similares**

K.1. Paciente + edad + que acude... por....: Medicina Interna (99), Digestivo (242), Hematología (341): “paciente de 70 años que acude a Urgencias por dolor abdominal” (99)

K.2. Paciente que acude.... Hospitalización a Domicilio (169), Otorrinolaringología (312): “Paciente que acude a urgencias por presentar síndrome febril” (169)

K.3. Paciente + edad + en seguimiento en...+ por....: Oncología (34, 278, 305) “Paciente de 53 años de edad en seguimiento en nuestra consulta por neoplasia de colon estadio IV” (34)

K.4. Paciente + edad + con antecedentes de...+ que ingresa...: Cardiología (151), Oncología (220) “Paciente de 91 años de edad, con antecedentes de cardiopatía crónica que ingresa presentando un cuadro clínico de incremento de su disnea habitual” (151) (error de grafía en “diseña” debido a que el propio ordenador autocorrigió la voz disnea por diseña)

K.5. Paciente con antecedentes de....: Oncología (antiguo) “Paciente con antecedentes de neoplasia de colon que en la actualidad presenta un nódulo pulmonar” (268)

Paciente del que ya habíamos informado...: Medicina Interna “Paciente del que ya habíamos informado con fecha 19/04/07 (ver dicho informe) con diagnósticos de: ACV isquémico, infección respiratoria” (204)

Hasta este momento se han obtenido resultados en los que el núcleo del Sintagma Nominal ha sido siempre la voz “Paciente”; sin embargo en un escaso número de documentos (2’5%), sobre todo de Neumología y Cirugía Torácica, cambian el núcleo por el término más específico relativo a su condición genérica o mejor aún, como distingue claramente Fernando A. Navarro, a su condición sexual:

- L.1. Mujer + edad + (adj. esquizofrénica) + diagnosticado de + Ingresa por: Oncología :  
“Mujer de 54 años, esquizofrénica, diagnosticada de Carcinoma epidermoide de pulmón tratado con radioterapia. Ingresa por disnea” (20)
- L.2. Mujer + edad + que acude...: Cirugía Torácica (295), Neumología en Historia Actual (335) “Mujer de 76 años de edad que acude para la realización de pleuroscopia y pleurodesis” (295)
- L.3. Mujer + edad (aquí sin preposición) + derivada desde...: Urgencias en Enfermedad Actual “Mujer 73 años derivada desde Oncología para hemotrasfusión paliativa” (389)
- L.4. Varón + edad: Neumología es un informe de Traslado y va en un único bloque, sin apartados, “Varón de 74 años de edad, recientemente dado de alta de nuestra Unidad por derrame pleural derecho masivo” (212)
- L.5. Varón + edad + que ingresa procedente de...: Neumología “Varón de 93 años de edad que ingresa procedente del Servicio de Urgencias por Neumonía” (240)
- L.6. Varón + edad + que acude remitido desde...: Medicina Interna “Varón de 36 años de edad que acude remitido desde la Consulta Externa de M. Interna por presentar tos y disnea” (319)
- L.7. Varón + edad + remitido de...para...: Cirugía Torácica “Varón de 63 años remitido de Calahorra para realización de pleuroscopia diagnóstica y pleurodesis” (398)
- L.8. Paciente varón + edad: Hospitalización a Domicilio (262), Cirugía, documento antiguo (338) “Paciente varón de 66 años de edad” (262)

A continuación, en una escala de impersonalización de los informes, la siguiente etapa la conforman un reducido número de documentos que evitan utilizar el núcleo nominal y comienzan directamente con el participio, sobreentendiendo el término “paciente”.

- M.1. Remitido de..., estudiado por...: Cirugía (85), Psiquiatría (207): se evita emplear el sujeto “Paciente”
- M.2. Remitido desde...por...: Hospitalización a Domicilio (267), Cirugía (393)
- M.3. Ingresa procedente de...: Urología (234): se evita emplear el sujeto “Paciente”
- M.4. Ø + derivada por... con diagnóstico...: Paliativos (340).

Por último, se produce una transformación del sujeto que el facultativo realiza de manera inconsciente por medio de metonimias; es decir, gracias a un proceso psíquico en el que se desplaza un significado desde un significante hacia otro significante que le es en algo próximo. Como afirma Jakobson, «la metonimia consiste en la sustitución de un término por otro que presenta con el primero una relación de contigüidad espacial, temporal o causal» y, precisamente, esta última relación se plasmaría en nuestros dos ejemplos. A diferencia de la metáfora, mecanismo lingüístico que, asimismo, se manifiesta en muchos apartados de los informes (especialmente en los antecedentes personales, la enfermedad actual o las exploraciones complementarias), la metonimia ofrece relaciones de presencia, un significante aparece con el otro: el paciente es el que ingresa, el paciente tiene un carcinoma y las relaciones de ambos significantes son objetivas, reales frente a la metáfora en la que se crean esas relaciones de manera subjetiva. Así, Ingreso procedente de ...para....: Hematología (346, 353) “Ingreso procedente de consulta externa para valoración de su anemia y tratamiento” (353).

En otro caso el sujeto es un carcinoma epidermoide de paladar: Paliativos “Carcinoma epidermoide de paladar con borde quirúrgico afecto con afectación cervical, ganglionar” (384). Este informe, de por sí, se presenta de forma caótica: es un informe de exitus con un único encabezado MOTIVO DE INGRESO, seguido de la frase que nos sirve de ejemplo y de otro pequeño apartado –en minúsculas, con punto y seguido respecto a lo anterior y sin destacar ortotipográficamente- en el que se enumeran los diagnósticos al alta, citando como último diagnóstico el exitus. Por tanto, esta descomposición de los datos dificulta que lleguemos a deducir si en este ejemplo la intención inconsciente del médico da lugar a una metonimia o simplemente refleja el descuido y desinterés en la confección de informes de exitus.

En suma, en el apartado Motivo de Ingreso, a partir de los datos enumerados, se comprueba que predominan las formas fijas, estructuradas que se basan en un formato que comienza por “Paciente...”, formato que en algunos documentos localizamos por el contrario en otros apartados como Enfermedad Actual, Historia Actual, etc. Estas formas fijas que hemos enumerado se asemejan a los titulares periodísticos hasta el punto de que en algunos textos se prescinde del encabezado de este apartado MOTIVO DE INGRESO y se aporta directamente “el titular” tratando, con mayor o menor logro por parte de los facultativos, de condensar la información más relevante. Su posición en el informe evidencia, asimismo, la semejanza con los titulares de prensa ya que se sitúan en la parte superior del documento. Por otro lado, se ha comprobado que todos los Servicios no coinciden a la hora de utilizar esta fórmula como vemos en el siguiente esquema:

SERVICIO	TOTAL	FORMA ESTRUCTURADA	FORMA LIBRE
ANGIOLOGÍA	2	Ø	2
CARDIOLOGÍA	6	4	2
CIRUGÍA*	25	10	15
CIRUGÍA TORÁCICA	5	5	Ø
DIGESTIVO	22	17	5
INFECCIOSAS	11	10	1
GERIATRÍA	7	1	6
GINECOLOGÍA	5	2	3
HAD	9	7	2
HEMATOLOGÍA	16	9	7
MEDICINA INTERNA	30	19	11
NEFROLOGÍA	3	3	Ø
NEUMOLOGÍA*	19	11	8
NEUROFISIOL.	1	Ø	1
NEUROLOGÍA	8	1	7
OFTALMOLOGÍA	6	2	4
ONCOLOGÍA	58	57	1
ORL	2	1	1
PSIQUIATRÍA	2	2	Ø
TRAUMATOLOGÍA	6	5	1
UCE	4	4	Ø
URGENCIAS	5	3	2
UROLOGÍA	13	11	2
PALIATIVOS	133	131	2

Por tanto, Servicios como Angiología, Psiquiatría, Neurofisiología y la Unidad de Corta Estancia no utilizan las formas estructuradas de las que hablamos aunque, dado el escaso número de textos a revisar en estas Unidades, la muestra no resulta significativa; por el contrario, Cirugía Torácica y Nefrología ofrecen muestras en las que se ciñen exclusivamente a estas estructuras predeterminadas. Más reveladora se presenta la tendencia de cada Servicio ya que, salvo en Cirugía, Geriatria, Ginecología, Neurología y Oftalmología, el resto de equipos tiende a utilizar las formas estructuradas que se acaban de citar hasta el punto de ser la opción mayoritaria en muchos Servicios como Paliativos, Oncología, Urología, Cirugía Torácica, Digestivo, Infecciosas y Traumatología.

No obstante, dentro de un mismo Servicio se han localizado informes que cada uno de ellos adopta una postura diferente respecto al tema que estamos abordando; así podemos constatar la diferencia entre los documentos 104 y 106, ambos de Cirugía y encabezados por MOTIVO DE INGRESO:

“Paciente pte. de IQ neoplasia gástrica que ingresa procedente de Urgencias por cuadro de dolor discreto HD y fiebre, acompañado de ictericia y coluria que ha cedido espontáneamente” (106) “Estreñimiento y distension abdominal progresivo de un mes de evolucion” (104).

Sorprendentes, asimismo, son los resultados obtenidos en los documentos que van del 342 al 354 en los que para decir lo mismo se emplean fórmulas distintas:

Hematología (H4) “Paciente afecto de ARS que ingresa por s. anémico” (343)

Hematología (H1) “Paciente que ingresa de Urgencias por Síndrome Anémico” (345)

Hematología (H4) “A refractaria que ingresa por S. anémico” (347)

Hematología (H4) “Paciente afecto de ARS que ingresa por S. anémico” (348)

Hematología (H2) “Paciente con Anemia Refractaria Sideroblástica que ingresa para hemoterapia” (344)

Hematología (H2) “Ingreso procedente de C.E. para hemoterapia” (346)

UCE “Paciente de 81 años que ingresa en UCE por anemia para transfusión paliativa” (342)

Digestivo “Paciente de 80 años de edad, ingresado en hematología por anemia refractaria” (350)

Como vemos, el sujeto varía de unos informes a otros: el 344 y el 346 firmados por el mismo médico transforman al paciente en un ingreso con una impersonalización muy común en los textos científicos y el 343 y 347 demuestran que en el primero ingresa un paciente pero en el segundo ha pasado a ser una anemia refractaria la que ha ingresado intentando, asimismo, impersonalizar la acción.

Los tres siguientes firmados por el mismo médico que emplea distintas construcciones para dar la misma información, sobre todo en los dos últimos casos; por tanto, el mismo médico, igual paciente y la misma finalidad pero distinta estructura:

Hematología “Paciente de 80 años que ingresa procedente de consulta externa para hemoterapia” (351)

Hematología “Ingreso procedente de consulta externa para valoración de su anemia y tratamiento” (353)

Hematología “Paciente de 79 años que ingresa procedente de Consulta Externa para estudio de su anemia” (354)



Respecto a las estructuras predominantes en cada Servicio se ha demostrado que la estructura **Paciente + edad + que ingresa** supera al resto en Infecciosas, Hematología, Neumología, Traumatología, Urología y la Unidad de Corta Estancia y que la forma simple **Paciente + edad** es utilizada sobre todo por Oncología y Otorrinolaringología. Además, se constata que Paliativos utiliza sobre todo el participio derivado y que muchos de sus informes tienen subestructuras fijas creadas por los propios médicos que las repiten en sus informes. En especial, la forma genérica –varón o mujer- se emplea en Cirugía Torácica y Neumología y ofrecen dos casos de metonimia en informes de Cirugía. En resumen, como el texto en este apartado debe ser claro y fácilmente comprensible, los médicos emplean estructuras que para ellos son claras y con las que están familiarizados.

#### 6.3.4. ANTECEDENTES PERSONALES

En la valoración de la enfermedad será preciso tener en cuenta inicialmente los antecedentes personales ya que aportan información sobre datos que influirán en el proceso del paciente y son imprescindibles para la codificación correcta de los informes. Presentarlos de manera ordenada, clara y en función del tiempo, facilitará su comprensión. El tiempo debe expresarse de manera precisa, teniendo en cuenta que es más correcto escribir el año en que ocurrió un hecho que dar una referencia temporal (mejor “operado en 2003” que “operado hace cuatro años”)

Los parámetros que se deben analizar se tienden a ordenar de la siguiente forma:

De carácter patológico: incluye enfermedades, intervenciones y traumatismos más importantes que el paciente ha tenido previamente a su ingreso. Según el cuadro clínico que presente el paciente puede ser importante señalar las inmunizaciones que el paciente ha recibido.

*Alergias*: destacarlas tipográficamente debido a la importancia de su conocimiento porque puede tener graves consecuencias para el paciente. No escribirlas implica que el paciente no las tiene. Entre otras sustancias que pueden producir alergias tenemos:

- Medicamentos: Aunque a veces el paciente dice ser alérgico a algún fármaco sin serlo, pero conviene no correr riesgos y dar la información por buena. (“Dudosa alergia a la aspirina y antiinflamatorios no esteroideos”)
- Alimentos: a mariscos, pescados, nueces, huevo... (“Alergia al marisco”)
- Sustancias que están en el ambiente: polen, polvo de ácaros, productos químicos (“alergia a las gramíneas en tto con Zyrtec”)

- Sustancias que entran en contacto con la piel: detergentes, jabones, metales... (“Alérgico al cemento y al yeso”)
- Picaduras de insectos: abejas, avispas... (“Alergia a la picadura de avispa”)

*Hábitos tóxicos:* apartado especialmente particular ya que queda demostrado en el Servicio de Atención al Paciente que últimamente se ha incrementado el número de personas que solicitan que se retire algún dato de este carácter de su historia clínica dado que supone un aspecto negativo del paciente que, por haber perdido importancia con el paso del tiempo, ya no es relevante y mancha su historial.

- ✓ Hábito de fumar o tabaquismo: se precisa cuántos cigarrillos fuma el paciente cada día y años que lleva fumando. Si dejó de fumar, indicar desde cuándo y la cantidad que fumaba. Cuidado en las expresiones numéricas (vid. apartado sistemas de abreviación)
- ✓ Ingesta de bebidas alcohólicas: se estima la cantidad de alcohol ingerida.
- ✓ Tipo de alimentación: se especifica si una persona es obesa, diabética, si tiene dislipidemias o ha bajado mucho de peso.
- ✓ Uso de drogas no legales: cocaína, marihuana, cannabis, etc.

*Enfermedades previas:* fecha de aparición de manera precisa, duración, cómo ha evolucionado, complicaciones, carácter y gravedad, localización y extensión, factores de agravación y alivio, con qué se ha tratado. También se mencionan las transfusiones que el paciente haya tenido y las cantidades transfundidas.

*Antecedentes quirúrgicos:* dónde fueron practicadas las intervenciones, resultado histopatológico, si hubo complicaciones

*Antecedentes traumáticos:* fracturas, caídas, heridas con consecuencia o complicaciones

*Trastornos psiquiátricos previos.*

*Tratamiento previo y actual* (interacciones o efectos secundarios previos): se identifica qué medicamentos toma el paciente y en qué cantidad, de una manera coherente con el tratamiento al alta para poder compararlos. Para un mayor análisis, véase el apartado TRATAMIENTO de esta investigación.

De carácter no patológico:

*Circunstancias sociales y familiares del paciente:* con quién vive, cuál es su cuidador principal, en qué circunstancias vive. Toda esta información servirá para conocer mejor al paciente como persona; saber con qué recursos cuenta para enfrentar su enfermedad, cuál es el grado de apoyo familiar; su situación laboral, profesional y social. En esta sección se investigan aspectos personales del paciente que permitirán conocerlo mejor. La intención es evaluar y comprender cómo su enfermedad le afecta y qué ayuda podría llegar a necesitar en el plano familiar, de su trabajo, de su profesión, de sus relaciones interpersonales.

*Antecedentes familiares:* enfermedades destacadas de algún familiar que puedan estar relacionadas con el proceso del paciente por la posibilidad de que sean heredables.

No todos los informes abordan los mismos parámetros por lo que, de acuerdo al contenido que ofrecen, podemos distribuirlos de la siguiente manera:

ALERGIAS: “Sin interés. No alergias conocidas” (104)

INTERVENCIONES: (233, 237, 285, 309, 355, 356) “Neoplasia de mama izquierda intervenida en 1980: mastectomía y radioterapia. En 2004 intervenida por condroma costal izquierdo y nódulo pulmonar LSI con diagnóstico de mesotelioma maligno de tipo epitelial”

HÁBITOS: “Paciente de 57 años de edad, sin antecedentes de interés, fumador de 30-40 cigarrillos al día” (26)

ENFERMEDADES: (30, 38, 73, 110, 185, 198, 202, 209, 231, 255, 295, 340, 341, 345, 349, 350, 351, 353, 354, 361, 362) “Nefrolitiasis riñón izdo, con litotricia. HTA en tto. con Enalapril 1-0-0”

ANTECEDENTES FAMILIARES: (36, 87, 95, 101, 105, 192, 199, 293, 305, 363, 378) “Hermana fallecida por neoplasia de mama a los 52 años. Padre fallecido por neoplasia de próstata a los 80 años”

ALERGIA + TRATAMIENTO: “No alergias conocidas ni medicación habitual” (270)

ALERGIA + ENFERMEDADES: (1, 2, 8, 9, 25, 40, 44, 45, 46, 48, 50, 57, 61,63, 65, 66, 67, 71, 88, 95, 102, 120, 164, 169, 170, 176, 179, 180, 188, 196, 205, 216, 222, 223, 225, 241, 272, 278, 369, 393) “No alergias medicamentosas conocidas. Fibrilación auricular. IAM. Deterioro cognitivo mixto. Cuadro confusional que precisa ingreso hospitalario. Herniorrafía inguinal dcha. Trastorno depresivo”

ALERGIA + INTERVENCIONES: (11, 13 –patológicos-, 235) “No alergias farmacológicas conocidas. IQ: apendicectomía en la infancia”

ALERGIA + HÁBITOS: (158, 312) “ No alergias farmacológicas conocidas. No bebedora. NO fumadora”

ENFERMEDADES + INTERVENCIONES: (84, 91, 106, 112, 113, 129, 149, 165)  
“H.T.A. Diabetes mellitus. Glaucoma. AcxFA. I.Q.:Úlcera gástrica. Próstata”

ENFERMEDADES + HÁBITOS: (143, 148, 395, 398) “Hipertensión arterial de larga evolución. Ca de próstata. Neo de riñón con nefrectomía (II/2006). Ex fumador de tres años”

ENFERMEDADES + TRATAMIENTO: (96, 151, 232) “Neo de próstata con tratamiento hormonal supresor androgénico. HTA. Depresión reactiva a proceso prostático. Seguía tratamiento con: Alprazolán. Decapeptyl trimestral. Parapres y Aremis”

ENFERMEDADES + ANTECEDENTES FAMILIARES: “ANTECEDENTES FAMILIARES: No se recogen de interés. ANTECEDENTES PERSONALES: Temblor esencial. Neo uterina i.q. en agosto 2005” (207)

ENFERMEDADES + ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS: (206, 324) “A.PERSONALES: HTA. Síndrome depresivo. Trombosis venosa profunda. A.GINECOLÓGICOS: Histerectomía total con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica en el 2005, por adenocarcinoma de endometrio. Estadio IC, G1 –G2. A. OBSTETRICOS: Nuligesta”

ENFERMEDADES + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL: “HTA. En tratamiento con alfa bloqueantes, infartos cerebrales en tratamiento con Plavix. Enfermedad de Parkinson en tratamiento. Carcinoma de próstata desde el año 1990 en tratamiento antihormonal. Podagra en tratamiento con Alopurinol. SITUACIÓN BASAL Vive con su hija” (210)

INTERVENCIONES + TRATAMIENTO: “Intervenido hace seis años de prostatectomía, en tratamiento con bloqueo hormonal, se le ha añadido en consulta ketoconazol” (234)

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES: (15, 16, 17, 19, 41, 43, 47, 75, 81, 93, 108, 123, 125, 126, 128, 133, 153, 171, 191, 192, 201, 227, 229, 254, 258, 274, 275, 276, 283, 305, 321, 323, 360, 388) “Intolerancia al Metamizol. Hipercolesterolemia. Eventrorrafia abdominal en 2006. Hiperplasia benigna de próstata. Sacralización L4-L5. Faquectomía bilateral hace 6 años”

ALERGIA + ENFERMEDADES + ANTECEDENTES FAMILIARES: (37, 92, 394) “ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés. ANTECEDENTES PERSONALES: Alergia a la picadura de avispa. No alergias medicamentosas conocidas. Glaucoma. Hipertensión arterial sin tratamiento farmacológico en la actualidad. Enfermedad cerebrovascular con arteriopatía de pequeño vaso. Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina”

ALERGIA + ENFERMEDADES + ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS: “A.PERSONALES: HTA. en tratamiento. No alergias farmacológicas conocidas. A.GINECOLÓGICOS: menopausia a los 56 años. A. OBSTETRICOS: E3 P3” (371)

ALERGIA + ENFERMEDADES + TRATAMIENTO: (28, 51, 58, 64, 76, 144, 177, 181, 186, 214, 247, 248, 249, 250, 271, 301, 342, 372) “No alergias. Cólicos renales de repetición. En tratamiento con prednisona 10 mg/d (?)”

ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS: (103, 127, 147, 167, 174, 316, 317, 396, 400) “No alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Úlcus duodenal hace 20 años”

ALERGIA + INTERVENCIONES + TRATAMIENTO: “No alergias medicamentosas. RTU de tumor vesical en varias ocasiones. Porquiectomia izquierda. Apendicetomía. TRATAMIENTO ACTUAL: Durogesic 25, Ameride, Omeprazol, Nolotil y Yatrox de 4 miligramos” (357)

ALERGIA + HÁBITOS + PERFIL LABORAL: “Cuadro de alergia y broncoespasmo hace 18 años, cuya etiología no llegó a aclararse. Fumador de 30 cigarrillos/día, bebedor de 1 l de vino más 1 copa al día. Ha trabajado en fábrica de muebles y en el campo” (34)

ALERGIA + HÁBITOS + ANTECEDENTES FAMILIARES: “No alergias medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. Hipercolesterolemia. Hiperuricemia. Nefrolitiasis bilateral. Síndrome ansioso-depresivo, seguido en el Servicio de Psiquiatría. Intervención quirúrgica, posible mioma uterino a los 47 años. Extirpación de tumoración de cara interna de rodilla izda. en 1999 con el diagnóstico anatomopatológico de paniculitis sugestiva de eritema indurado. Traumatismo con herida incisa en tobillo izdo. hace 20 años que precisó múltiples intervenciones con artrodesis e injerto de hueso de cadera. ANTECEDENTES FAMILIARES: sin interés” (388)

ALERGIA + HÁBITOS + ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: “No alergias medicamentosas conocidas. Fumador. No refiere antecedentes patológicos de interés” (78)

TRATAMIENTO + ENFERMEDAD + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL: “Síndrome de Dupuytren intervenido en mano derecha. Ulcus duodenal. (...). Situación basal: Disnea de esfuerzos II/IV. Sigue tratamiento con: Fluimucil, Liplat, Prisdal, Duphalac, Adalat Oros, Omeprazol, Orfidal y Carduran Neo” (6)

ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS: (60, 190, 217, 325) “Tuberculosis pulmonar de joven. Encefalitis hace 40 años. (...). No hábitos tóxicos. Intervenido quirúrgicamente de epitelomas en pabellón auricular izdo., región nasal y labio”

ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + TRATAMIENTO: (32, 119, 189, 256, 262) “Fibrilación auricular crónica. Infarto agudo de miocardio. I.Q. neo de colon hace 16 años con controles posteriores adecuados. (...). Seguía tratamiento con: Nitroderm. Digoxina. Oncosal. Dilutol. Coversil. Remynil. Cipralex. Adiro y Omeprazol”

ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS: (62, 175) “Ulcus duodenal. Pólipos en colon. **A.GINECOLÓGICOS:** menopausia a los 52 años. **A. OBSTETRICOS:** G4 P4”

ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + ANTECEDENTES FAMILIARES: (230)

ENFERMEDADES + HÁBITOS + TRATAMIENTO: “laringuectomía total por carcinoma hace 8 años; cardiopatía isquémica, IAM de cara inferior hace 10 años, con disfunción de VI. DM tipo II en tratamiento dietético. Exfumador. Bebedor moderado 20 gr/día. Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro” (298)

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + TRATAMIENTO: (7, 10, 70, 118, 136, 215, 221, 224, 259, 261, 267, 273, 336, 358, 359, 383) “No alergias medicamentosas conocidas. Divertículos. Hernia de hiato. Hepatitis C postransfusional. Cirugía gástrica hace años. Apendicectomía. Nódulo en mama en el 2005. Actualmente con gran afectación del estado general y evolución de la enfermedad neoplásica. Tratamiento actual con dieta blanda, Omeprazol, Aromasil, Natecal D y Nolotil”

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS: (35, 54, 83, 85, 116, 142, 157, 159, 160, 172, 199, 243, 302, 308, 313, 315, 322, 334, 337, 378, 389, 391 – ginecología-, 392 –ginecología-) “Hipercolesterolemia, traumatismo craneo-encefálico en dos ocasiones, recepción de aneurisma de aorta abdominal con Bay-pass aorto nórtrico. Herniorrafia inguinal bilateral, Exfumador (40 cigarrillos/día), HTA. No alergias medicamentosas conocidas”

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + ANTECEDENTES FAMILIARES: (94, 193, 245) “No alergias conocidas. Hipertensión arterial en tratamiento médico desde hace años. Apendicectomía. Artrosis. Diabetes diagnosticada hace 3 años en tratamiento con antidiabéticos orales. ANTECEDENTES FAMILIARES: Su hija falleció hace 10 años por neoplasia avanzada abdominal irresecable. No otros antecedentes familiares de interés”

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + ANTECEDENTES UROLÓGICOS: (260, 306, 307) “No alergias a fármacos conocidos. Histerectomía y Anexectomía a los 47 años por fibromas. Hipertiroidismo tratado con yodo I 131, a los 62 años en Zaragoza. HTA: Sin tratamiento. No dislipemias. No DM. ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre fallecido de CA de pulmón a los 65 años, resto sin antecedentes de interés”

ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + TRATAMIENTO: (211, 374, 375, 380, 381, 382) “Hipertensión arterial. AIT hace 11 años con buena recuperación. Actualmente en tto con adalat oros y tiklid. Exfumador. Bebedor moderado. No alergias a fármacos”

ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + PERFIL LABORAL: “No alergias medicamentosas conocidas. No fumador. Exbebedor. Campesino. Fiebres Malta hace más de 40 años” (122)

ALERGIA + ENFERMEDADES + TRATAMIENTO + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL: (22, 39, 68) “Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico. (...). No alergias medicamentosas conocidas. No diabetes. Tratamiento actual: Sintrom, Zarator 20, Lobivon 5 y Crisetin (flutamida). Situación basal funcional: autónomo para las actividades de la vida diaria”

ALERGIA + ENFERMEDADES + TRATAMIENTO + ANTECEDENTES FAMILIARES: (289)

ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + TRATAMIENTO + PERFIL LABORAL: “No alergias medicamentosas. Exfumador de 1 paquete al día hasta hace 12 años. Úlcus duodenal desde 1973.....A los 59 años por problemas articulares se concedió la invalidez y había trabajado como agricultor. Su tto. habitual incluye Oxígeno a 2 l.p.m., Liplat, Prisdal, Adalat Oros 60, Omeprazol, Orfidal, Carduran Neo 4, Spiriva, Rilax, Omnic y Zaldiar” (5)

**ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + ANTECEDENTES FAMILIARES + PERFIL LABORAL:** “Exfumador de 30 cigarrillos al día hasta el año 2004 y exbebedor hasta esa fecha de 80 gr. de alcohol al día. No alergias conocidas. Incapacidad desde el año 2004. Ha trabajado en la agricultura y con motosierra. Capsulitis en hombro dcho. Varices con complicación en EII hace 3 años. Datos de bronquitis crónica cuando fumaba. **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Su madre neoplasia de colon. Actualmente en tratamiento con Omeprazol, Trankimacin 0.25 cada 12 horas y paracetamol” (311)

**ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + PERFIL LABORAL:** (33, 80) “no alergias medicamentosas conocidas. Trabajó en el campo. Jubilado hace menos de 1 año. No fumador. Bebedor moderado. Intervenido de hernia epigástrica hace años y Dupuytren bilateral. No cardiopatía ni broncopatía, no HTA ni diabetes. Ligera hipercolesterolemia. No toma medicamentos de forma habitual y realiza una vida activa.”

**ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL:** “Síndrome depresivo, herniorrafia inguinal, amigdalectomizado, ictus isquémico en 1997 en territorio de ACM derecha, con disartia y deterioro de las funciones superiores, demencia multiinfarto, Parkinson, hipercolesterolemia, broncópata crónico, totalmente dependiente para las actividades de la vida diaria, ex fumador de 2 paquetes por día, ex-bebedor. Sin alergias conocidas” (363)

**ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + ANTECEDENTES FAMILIARES:** (42, 304, 310) “2 intervenciones de hernia discal ( en 1.969 y hace 3 años); HTA en la actualidad sin tratamiento médico, fumador de 1 puro por día. No bebedor. No alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes familiares oncológicos de interés.”

**ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL + PERFIL LABORAL:** (27, 385) “No alergias conocidas. HTA. Bronconeumopatía crónica obstructiva con varias neumonías, con disnea de grandes esfuerzos. Prostatitis crónica, Hipoacusia con audiófono en oído derecho. Exfumador hasta los 40 años. Ha trabajado como conductor. **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Una hermana falleció por neoplasia de colon a los 74 años y 1 hermano probable neoplasia del área ORL”

**ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + TRATAMIENTO + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL:** (98, 99) “no alergias medicamentosas. Fumador de 40-50 cigarrillos/día. No DM. No HTA. Enolismo severo hasta hace 10 meses. Hepatopatía crónica. Ingresado en mayo de 2006 por encefalopatía subaguda posiblemente en relación con su enolismo.. Situación basal funcional: vive en Residencia, precisa ayuda para actividades de la vida diaria, vida relativamente independiente. Tratamiento actual: Becozyme, Tiaprizal, Acfol, Omeprazol, Proderma.”

**ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + TRATAMIENTO:** (49, 53, 56, 74, 86, 100, 141, 182, 183, 187, 194, 240, 244, 252, 279, 318, 319, 335) “No alergias medicamentosas conocidas. No DM. No HTA. Enolismo crónico severo. Fumador severo. No intervenciones quirúrgicas, no tratamiento farmacológico habitual.”

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + TRATAMIENTO + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL: (150, 166) “no alergias farmacológicas conocidas. Diagnosticado de enfermedad de Parkinson desde hace 4 años en ttº con Sinemet y Plurimen. Diagnosticado de síndrome prostático hace varios años en ttº con Omnic. Implantación de prótesis de rodilla derecha hace unos meses. Diagnosticado de hiperuricemia con crisis de gota en ttº crónico con Zyloric 100 mg. y Colchimax según brotes de artropatía gotosa. Diagnosticado hace unos meses de ACxFA crónica en ttº con Lanirapid y Clexane, además tomaba ttº diurético con Sutril 5 mg. 1 comp./día.”

ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + PERFIL LABORAL + ANTECEDENTES FAMILIARES: (326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333) “Diabético desde hace 26 años, en la actualidad insulino dependiente en tratamiento con Insulina. Herniorrafia inguinal izda. hace años. Hipoacusia dcha. con pérdida de audición del 70 %. Accidente que precisó cirugía en tibia y peroné izdos. a los 30 años. Fumador importante. Desde diciembre-02 no fuma. No otros hábitos tóxicos. Ha trabajado de arriero.”

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + TRATAMIENTO + PERFIL LABORAL: “No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No diabetes ni HTA. Neumonía hace 54 años y tuberculosis por lo que estuvo varios meses con tratamiento que no sabe especificar. Nefrectomía parcial derecha, secundaria a malformación congénita...Intervenido de prótesis de cadera. Atrosis de tobillo postraumática. Artrodesis de dedos de mano izquierda por accidente laboral. Fumador hasta hace 20 años de 20 cigarrillos al día y 2 puros al día. Trabajo en una cantera de Cal, fábrica de muebles y como agricultor y sereno. Tratamiento habitual: Aavidart 0.5 mg, Dilutol 5, Disgren, Diazepan 5 mg.” (3)

ALERGIA + ENFERMEDADES + HÁBITOS + PERFIL LABORAL + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL + ORL: (386)

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + TRATAMIENTO + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL: (173, 184, 219, 238)

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + TRATAMIENTO + ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS + ANTECEDENTES FAMILIARES: “HTA en tratamiento, fiebres maltas y tifoideas, vértigos periféricos, intervención que no precisa de ambos oídos. No alergias medicamentosas conocidas. Menarquia: 13 años; FUR: 47 años; 4 embarazos, 4 partos, lactancia: 1 año. Mamografías periódicas hasta hace 2 años por mastopatía fibroquística. No revisiones ginecológicas desde hace 2 años. Tratamiento habitual: Coropres 25 y Aneurol ocasionalmente” (246)

ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + TRATAMIENTO + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL + ENFERMEDAD ACTUAL (sin encabezado): “No alergias medicamentosas , no DM, HTA en tto, exfumador importante hasta hace 4 años, EPOC ; IQ: prostata y hernia inguinal izquierda,ultimo ingreso en 2006,SFB: FSC autonomo sale poco a la calle y tiene disnea al pasear en llano ,ortopnea de 2 almohadas edemas maleolares habituales, no tos ni espectoracion habitual.” (14)



ALERGIA + ENFERMEDADES + INTERVENCIONES + HÁBITOS + TRATAMIENTO + SITUACIÓN FUNCIONAL BASAL + PERFIL LABORAL: “No alergias medicamentosas. Fumador de los 25 a los 73 años de 2 paquetes al día. Hipertensión arterial. Intervenido de cataratas y cadera derecha. No realiza ningún tratamiento de fondo. Activo en su vida diaria, trabajando en una huerta “ (145)

En los documentos 162, 239 los ANTECEDENTES PERSONALES se presentan en un cuadro como el siguiente:

ALERGIAS		ENFERMEDADES	
FUMADOR		INFECCIOSAS	
BEBEDOR		OBESIDAD	
CARDIOPATIA		PROFESIÓN	
HTA		ACTIVIDAD FÍSICA	
ICC		TVP-TEP PREVIA	
EPOC		ALTERACIÓN	
DIABETES		HEMATOLÓGICA	
DISLIPEMIA		TRATAMIENTO	
HIPERURICEMIA		HABITUAL	
HIPERHOMOCISTEINEMIA		NEOPLASIAS	
PATOLOGÍA		OTROS	
ARTERIAL			
PERIFÉRICA			
ENFERMEDAD			
CEREBROVASCULAR			
		CIRUGÍA PREVIA	

Si realizamos un cómputo de los contenidos expresados en cada documento comprobamos que se enumeran enfermedades en 264 documentos, se alude a las alergias en 213, en 152 casos –muchos de ellos pertenecientes al Servicio de Cirugía- se mencionan las intervenciones quirúrgicas, los hábitos tóxicos aparecen en 100 documentos y el tratamiento consta en 88 informes. En menor medida, en 34 documentos de los Servicios de Oncología y Paliativos, sobre todo, se mencionan los antecedentes familiares que, en Ginecología, constan como antecedentes ginecológicos y en Urología como antecedentes urológicos; 19 veces se alude a la situación funcional basal y al perfil laboral y, por último, en un caso se detallan los antecedentes patológicos. Las Unidades que refieren un mayor número de aspectos corresponden a Medicina Interna, Oncología y Paliativos mientras que en Cirugía (alergias, enfermedades e intervenciones), Hematología y Cardiología (centradas en las enfermedades), el facultativo es más escueto en la redacción de este apartado. Además, podemos constatar que dentro de las mismas Unidades no se sigue el mismo criterio; por ejemplo, en el Servicio de Urología obtenemos informes que aluden solo a las intervenciones (355), otros a las alergias y enfermedades (65) o a alergias e intervenciones (11), a las intervenciones y el tratamiento (234), a las alergias, enfermedades e intervenciones (81) o alergias, enfermedades y tratamiento (144) y, el más completo, a alergias, enfermedades, intervenciones y antecedentes urológicos (260). En informes de Geriátrica y de Paliativos se añade un subapartado sobre la situación basal del paciente o su situación familiar.

Por último, de forma anómala, el mismo facultativo no siempre menciona los mismos aspectos; así, en Oncología, el facultativo O4 expone los siguientes contenidos en distintos informes:

- enfermedades (361)
- antecedentes familiares (363)
- alergias + hábitos + perfil laboral (34)
- alergias + enfermedades + intervenciones + hábitos (83)
- alergias + enfermedades + hábitos + tratamiento (382)
- alergias + enfermedades + hábitos + antecedentes familiares + perfil laboral (311)

Respecto a la caracterización lingüística de este apartado, destacamos la presencia numerosa de abreviaturas, sobre todo de carácter muy técnico como RTU, SNC, TVP – incluso sinónimas como AMC y AFC y con prefijo exUDVP- y su alternancia con las formas plenas: diabetes mellitus no insulino dependiente/DMNID, HTA/Hipertensión arterial, EPOC/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, DLP/dislipemia, Anemia refractaria con exceso de blastos que requiere transfusiones/AREB-t.

Observamos vacilaciones en el uso de mayúsculas y minúsculas ya que, sin criterio, lo que habitualmente va en minúsculas se escribe con mayúsculas como las enfermedades (“Diagnosticado de Hiperuricemia”, “Cardiopatía Isquémica”, “Hepatitis Post-tranfusal”, “No Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”, “diagnosticado de Colangitis”, “ingreso en digestivo por Hipertransaminasemia e hiperamilasemia”; y en un único informe: “antecedentes de Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Hipercolesterolemia, Artrosis, Hepatitis crónica B, Síndrome ansioso depresivo”), las pruebas médicas (“resultado de Biopsia pleural”, “se practicó Ergometría”, “Histerectomía y Anexectomía”), procedimientos (implantación de Stent), los epónimos (“Síndrome Parkinsoniano”), las partes del cuerpo (“ulceras en Extremidades inferiores”) y, en otros casos, lo que debiera ir con mayúsculas no siempre aparece así: los Servicios médicos (“valorado por cirugía vascular”, “Ingresos múltiples en neumología” –y en el mismo informe: “es seguida en Neumología”-, “seguimiento por urología”, “seguimiento por cirugía Vascular” y vacilaciones en un informe del tipo: “servicio de medicina interna / servicio de Oncología / unidad de cuidados paliativos / Servicio de urología”), los fármacos (“alergia al Ácido Acetilsalicílico”, “ácido acetilsalicílico”, “en tratamiento con Estatinas”). Y observamos indecisiones tales como: diabetes mellitus/ Diabetes Mellitus/ diabetes Mellitus, etc. e incluso titubeos en las siglas: AcxFA/ACxFA/ACXFA/ AC x FA/ ACFA.

Abundantes son los epónimos que se emplean para nombrar enfermedades, escalas o aparatos sanitarios (Enfermedad de Addison, enfermedad de Dupuytren/ Síndrome de Dupuytren, enfermedad de Charcot-Tooth, divertículo de Zenker, Sm.Meniere, tumor Mülleriano, enfermedad de Alzheimer, sonda de tipo Foley); sin embargo, en muchos casos la incertidumbre sobre la grafía que se debe emplear es patente: Billroth/ tipo Bilroth/ montaje tipo Bilroth II/ Billroth I; Gleason/ Gleason VI/ Gleason 8; Y de roux/ Y de Roux; Linfoma de Hodgkin/ Enfermedad de Hodking/ HDK; Enfermedad de Parkinson/ enfermedad de parkinson.

Significativa es también la presencia de latinismos, muy común en el lenguaje clásico de la Medicina de años atrás (*carcinoma in situ, decúbito supino, E. Faecalis, fascie presacra, fetor urémico, micrococcus luteus*), la mayoría incorrectamente escritos: *e. coli/ E. Coli/ E. Colli/ E-Coli/ Escherichia Coli; P. carini/ neumocistis carini/ pneumocistis carini.; Straphilococcus/ Staphylococcus aureus/ Staphylococcus aureus; S. Aureus/ Stafilococo Aureus Meticillin/ Stafilococo cuagulasa/ Staphylococos Epidermidis*, Y, con la influencia reciente del inglés, se detecta la misma vacilación gráfica en términos como Bypas/ Bay-pass aorto nórdico/ by-pass iliofemoral más simpatectomía/ Baypas íleo femoral, scanner, implantación de Stent. Por último, observamos inseguridades también en grafías clásicas como en postransfusional/ trasfusiones, formas mayúsculas un tanto anómalas - Ecocardiograma / ECOcardio- y posibles faltas de ortografía: carcinoma basocelular/ Carcinoma vasocelular/ Ca basocelular, fluido terapia y antibiótico terapia; Anesectomia/ Anexectomia, sin patectomía/ simpatectomía, Porquiectomia/ orquiectomía, Apendicetomía/ apendicetomía, laringectomía/ Laringuectomía, Presbiacusia / Presviacusia, suopraventricular/ supraventricular, pertrocantérea/ pretocantera.

Alternancias numéricas: diabetes mellitus tipo 2, tipo II, vacilaciones acentuales: estadio/estadio y faltas de acento sobre todo en las voces acabadas en -omía completan las características fonéticas de este apartado.

Por lo que respecta a la morfología, como en otros lugares del informe, destaca la presencia de numerosas negaciones que, en este apartado, resultan poco relevantes; en ocasiones la negación forma parte de una de las letras de la sigla: NAMC (no alergias medicamentosas conocidas) y en varios informes la respuesta, por inespecífica, resulta incorrecta: “Sin antecedentes de interés”, “No datos de antecedentes familiares oncológicos”, “No intervenciones quirúrgicas conocidas“, etc. En algún informe, además, se destaca tipográficamente la negación: “NO acudió a revisiones posteriores”.

Asimismo, obtenemos un elevado número de frases nominales de las que, en ocasiones, depende un verbo subordinado. Escasos son, por tanto, los verbos y los pocos que aparecen repiten sus lexemas (‘se realiza’, ‘se colocó’, ‘se practicó’ son verbos que se repiten en muchos informes) aunque varían en los tiempos verbales ya que, en este apartado, encontramos más indefinidos que en el resto del informe y, además, se emplean otros tiempos del pasado: ‘trabajó’ (3, 33), ‘ha trabajado’ (34), ‘había trabajado’ (5). Respecto a las formas nominales, además de los gerundios de posterioridad incorrectos, obtenemos gerundios poco ortodoxos: “Activo en su vida diaria, trabajando en una huerta”.

Muy importantes resultan las localizaciones temporales ya que no es lo mismo aquellas que indican “hasta hace 20 años”, “hace 2 años” que las más específicas “En 2004”, “desde 1973”. Una vez que pasa el tiempo, las primeras expresiones pierden su sentido mientras que si se indica el año exacto es más difícil que existan errores y ambigüedades. Por tanto, es necesario precisar con exactitud la evolución temporal de la enfermedad para que el paciente pueda entenderlo y no se pierda en el tiempo.

A nivel semántico, dado que se recurre a la terminología científica y, en concreto a la sanitaria, en este apartado, para referirse a enfermedades, pruebas, fármacos y principales procedimientos técnicos, se hace imprescindible dominar esa terminología para lo cual habrá que conocer exhaustivamente cuáles son las características lingüísticas de los términos científicos. A raíz de la puesta en marcha de la Historia Clínica Informatizada por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se iniciaron las gestiones para el ingreso de España como miembro en la International Health Terminology Standards Development Organisation (IHTSDO), organización que distribuye y mantiene una terminología clínica de referencia para España denominada SNOMED CT que se va a adoptar como vocabulario de referencia y que permite una información segura y eficaz sobre salud. Según el Ministerio, SNOMED CT servirá para «facilitar una terminología completa que proporcione contenido clínico consistente, fiable e interoperable para que, de este modo, se pueda producir una comunicación eficaz que repercuta en beneficio de la calidad asistencial».

Así, en los informes investigados predominan los sufijos propios de la medicina: -ectomía (amigdalectomía, orquiectomía), -plastia (angioplastia), -itis (esofagitis), y son muy numerosas las construcciones por composición con dos lexemas (craneoencefálico, polineuropatía, duodenopancreatectomía, sensitivo-motora, abdomino-pélvico, área lumbo-sacra, traumatismo cráneo-encefálico, colangio carcinoma, loco regionales, fronto-parieto-temporal). De hecho, esta última característica conlleva enormes imprecisiones según los informes; así descubrimos vacilaciones de prefijos: ex fumador/exfumador/ex-fumador y, más comúnmente, de palabras compuestas: anato-patológico/anatomopatológico, laringo-hipofaringe, no insulino dependiente/ insulino dependiente, Acido Acetil Salicilico/AAS/Ácido Acetilsalicílico, síndrome ansioso-depresivo/ Síndrome ansioso depresivo, cerebro vascular/ cerebrovascular, Valvulopatía mitro-aórtica/ Valvulopatía mitroaórtica, gastrosofagica/ gastroesofágica. En ocasiones, se llegan a formar voces anómalas que no son muy comunes en el habla habitual: “vida prácticamente cama-sillón”.

Por último, además de la forma coloquial: Cefaleas "de toda la vida", añadiremos las abreviaturas y símbolos analizados al final de este documento, principalmente las referentes a fechas, números y escalas. (vid. apartado sistemas de abreviación)

Remito también al apartado de TRATAMIENTO en el que se realiza un análisis comparativo del tratamiento habitual y el que el paciente debe tomar una vez que se marcha del ingreso.

En conclusión, los antecedentes personales deben expresar exclusivamente aquellas enfermedades anteriores que condicionan el estado de salud actual, aquellas que suponen factores de riesgo y los tratamientos previos; interesa también dejar constancia de alergias, necesidad de oxígeno, estado nutricional y el grado de autonomía personal, todo ello con un lenguaje claro, específico, ordenado y técnico para que el codificador pueda explotar posteriormente los datos o el investigador localice de manera sencilla la información que busca. Asimismo, los antecedentes determinan, en gran medida, la reducción de las estancias y de los costes: si en los antecedentes se expone de manera clara una prueba ya realizada, no será necesario repetir dicha prueba, por ejemplo. Y para que toda esta información llegue de manera clara, habrá que evitar abreviaturas innecesarias, construir oraciones de sentido completo y adecuar la terminología clínica a los glosarios de términos internacionalmente aceptados y de los que el Ministerio de Salud informa.

#### 6.3.5. ENFERMEDAD ACTUAL

Una vez que el médico conoce los antecedentes del paciente comienza la investigación propiamente en la cual la estructura del razonamiento clínico pasa por tres fases que en los informes se corresponden con la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias. Las dos primeras son la base de un juicio clínico inicial a partir del que se solicitan las exploraciones complementarias necesarias para llegar a un diagnóstico.

La primera fase consiste en hacer una serie de preguntas al paciente para que recuerde manifestaciones objetivas (signos) o subjetivas (síntomas) que no haya mencionado en la ENFERMEDAD ACTUAL. Por otra parte, no hay que olvidar que el informe de alta es también un documento legal, por lo que el médico debe ser fiel a todos los datos que aporte el paciente, por muy subjetivo que sea.

Podemos decir que la exploración clínica consiste en evaluar los signos y síntomas del paciente centrándonos en al menos cuatro de nuestros sentidos; sin embargo, bajo mi punto de vista el mejor evaluador del síntoma es siempre el propio paciente ya que su percepción subjetiva puede ayudar mucho a la hora de llegar a un diagnóstico por lo que en el apartado que nos ocupa además de los recursos técnicos habría que tomar en consideración lo que el paciente comunica acerca de lo que siente, es decir, la ANAMNESIS que en nuestros informes se incluye habitualmente en el encabezado ENFERMEDAD ACTUAL o sus variantes Historia Actual, Proceso actual, E. actual, Problemática actual. En la ENFERMEDAD ACTUAL el facultativo debe anotar, de manera detallada, el conjunto de síntomas que el paciente ha mencionado cuando el médico le realiza la primera visita; por tanto, este apartado debiera ser un desarrollo del “título” o MOTIVO DE INGRESO.

Para este apartado encontramos distintos encabezados que distribuimos en la tabla 6.

Por los datos aportados se puede deducir que en algunos Servicios como Cirugía, Cirugía Vascular, Neurofisiología, Oftalmología, Psiquiatría, Traumatología y la Unidad de Corta Estancia se prescinde de este apartado; sin embargo, en Neurología se opta siempre por el encabezado HISTORIA ACTUAL, sinónimo del empleado siempre por ORL, Urgencias y Urología: ENFERMEDAD ACTUAL. Además, se puede evidenciar que en Oncología y Paliativos, en ocasiones, se anota otro apartado llamado HISTORIA ONCOLÓGICA que o bien puede sustituir a la ENFERMEDAD ACTUAL o aparecer simultáneamente.

Si, como hemos indicado, la ENFERMEDAD ACTUAL tiene que ser un desarrollo detallado del MOTIVO DE INGRESO comprobamos que, una vez más, coincide con la estructura y forma de los textos de tipo periodístico. Así, este tipo de textos, después del título (y antetítulo si existe), llevan la entradilla, cabeza o “lead” que consiste en una redacción escueta de la noticia la cual debe aclarar, en mayor o menor medida, las seis interrogantes básicas: quién, qué, cómo, por qué, dónde y cuándo. Y precisamente la ENFERMEDAD ACTUAL responde, asimismo, a estas clásicas preguntas ya que es un resumen que describe los principales síntomas, trastornos o preocupaciones expresadas por el paciente cuando requiere atención médica:

QUIÉN: No siempre se aborda de la misma manera de tal forma que en algunos informes se responde en el MOTIVO DE CONSULTA. Cuando se contesta en el apartado que estamos revisando –sea con el título ENFERMEDAD ACTUAL, Hª ENFERMEDAD o Hª ACTUAL- obtenemos tres formatos: el que comienza con “Paciente con...” o “Paciente que...”, otro similar con artículo “El paciente...” y “Varón/Mujer de....años...”, estructuras parecidas a las localizadas en Motivo de ingreso.

QUÉ: obtenemos dos estructuras diferentes para esta pregunta: por un lado, informes que enumeran los síntomas de la enfermedad directamente y, por otro, documentos que mencionan los síntomas a través de una oración. En el primer caso está claro que la enumeración de los síntomas sigue un orden establecido de manera sistemática ya que se responde tanto de manera afirmativa como negativa: “No dolor. Astenia. Anorexia. Estreñimiento controlado con laxantes. Insomnio controlado con fármacos. Depresión con ansiedad. Tos y expectoración” (291)

En el segundo caso, obtenemos dos construcciones diferentes ya que unas veces se indica el porqué el paciente ingresa con lo cual este apartado sería equivalente al MOTIVO DE INGRESO aunque con un desarrollo mayor (el núcleo verbal es ‘ingresar’) y en otras ocasiones se cita la relación de síntomas bien porque lo refiere el paciente (verbo ‘referir’) o porque el médico lo traduce a sus propias palabras. (verbos ‘presentar’, ‘observar’).

Veamos, pues, cada uno de los aspectos señalados:

Cuando el médico realiza la primera visita al paciente hospitalizado, éste suele tener una lista de los principales síntomas que quiere que el médico investigue. El facultativo debe preguntar por esos síntomas para saber lo que al paciente le ocurre y debe hacerlo descendiendo al nivel del entrevistado, empatizando con él, dejándole exponer libremente sus molestias, escuchándole con atención y siendo sensible a su estado emocional y físico porque escuchar al paciente con atención y de manera amable también le alivia. Cuando el paciente termina de narrar su estado, el médico intervendrá para orientar la entrevista realizando preguntas pertinentes acerca de aspectos que el paciente no haya desarrollado en su relato, con orden lógico y con un lenguaje que sea comprensible para el paciente, con el fin de completar lo que el médico considere necesario.

Más adelante, cuando el facultativo vaya a rellenar el informe de alta, deberá incluir en el apartado ENFERMEDAD ACTUAL la narración del paciente; sin embargo, nos surge una duda: ¿es mejor escribir esta narración desde la perspectiva y el lenguaje del paciente o, por el contrario, el médico debe traducir las palabras del paciente a un lenguaje técnico?



En este apartado el facultativo ofrece pistas que informan de que realmente sucede como el paciente ha contado, bien porque el paciente “Niega la existencia de hemoptisis” o porque aparecen frases que demuestran la implicación de la familia ya que si el paciente es incapaz de expresarse, el profesional médico anotará suposiciones basadas en información de los cuidadores, familiares y de la observación inicial: “Durante este tiempo su familia ha notado con más decaimiento general”, “La familia lo relaciona con descenso de dosis de dexametasona”, “La familia refiere que lleva muchos años siendo un bebedor severo, que cada vez se cuida menos y, que en los últimos días se encuentra especialmente agitado y desorientado”.

En los informes analizados es evidente que cuando solo se enumeran los síntomas, en ningún momento queda evidencia de que sean las palabras aportadas por el paciente hasta el punto de que se emplean tecnicismos y de que se sigue un orden sistemático como muestra el hecho de que no solo se enumeran síntomas existentes sino también los que no posee el paciente: “No dolor, astenia, no anorexia, no estreñimiento, no insomnio” (205).

Respecto al resto de informes que incluyen el apartado que estamos revisando, se estructuran, como hemos dicho, en torno a un verbo principal que, según el que sea, obtendremos unas estructuras transitivas o intransitivas:

(Paciente que) ‘presenta’ + síntomas: “Paciente con deterioro progresivo que presenta inquietud y dificultad para la ingesta con fiebre. No parece dolor. Úlcera tumoral cervical con exudado” (190)

‘observa’ o ‘viene observando’ + síntomas: “En las últimas 48-72 horas observa episodio de tos frecuente, expectoración blanquecino-amarillenta, y sobre todo aumento de su disnea habitual, haciéndose de reposo, intensa, ortopnea 2 almohadas, hinchazón de extr. inf. sin aparente disminución de diuresis, etc, ....” (141)

‘refiere’ + síntomas: “Refiere el paciente desde un tiempo de 1 a 2 meses un cuadro de astenia, inapetencia, disminución de su actividad habitual, cierta anorexia aunque sin clara pérdida de peso; refiere cansancio y desilusión. Molestia epigástrica de larga evolución que parece haber aumentado en los últimos meses, sin clara relación con las comidas; no disfagia. Hace 1 año sufrió una caída con contusión en región lumbar presentando desde entonces episodios de lumbalgias de carácter mecánico” (219)

‘comienza con’ + síntomas: “el día previo al ingreso comienza con sensación nauseosa acompañada de dolor en hemitórax derecho irradiado a escápula del mismo lado y sensación disneica; no tos, expectoración ni fiebre” (39)

Otros tipos de construcciones serían las formadas con el verbo ‘encontrar’ que en los tres casos localizados posee un diferente sujeto; así en el documento 228 el sujeto es el facultativo, luego va en 1ª persona: “Paciente que encuentro en cama, con buen nivel de conciencia, pero sin familia...”; del mismo modo en el documento 251 el sujeto es de nuevo el facultativo aunque se utiliza un plural de modestia: “Nos encontramos con un paciente encamado de gran peso y tamaño, índice de masa corporal alto y obesidad, con aspecto cushingoide (cara de luna llena, abdomen globuloso, lesiones equimóticas en piel, ...)”. En cambio, en el documento 32 el sujeto está omitido y se sobreentiende que se refiere a la familia del paciente o sus cuidadores: “Desde hace días lo van encontrando progresivamente mareado, confuso, con menos fuerza en las extremidades inferiores. No ha tenido crisis desde la intervención”.

Finalmente, en unas pocas construcciones este apartado de la ENFERMEDAD ACTUAL se asemeja al de MOTIVO DE INGRESO por sus construcciones coincidentes del estilo: “paciente diagnosticada de prolapso total de útero. Ingresada para tratamiento quirúrgico” (324) o “Paciente remitido por hospital de Calahorra por retención urinaria. Insuficiencia renal postrenal” (379).

**CÓMO:** Detalles referentes a la queja principal anotando su manera de aparición (brusca o insidiosa) y la forma como han evolucionado. Se responde principalmente a este interrogante cuando el verbo principal es ‘ingresa’ ofreciendo sintagmas del tipo: “ingresa procedente de Urgencias”, “ingresa procedente de listas de espera”, etc.

**POR QUÉ:** se responde a esta cuestión en aquellos informes cuyo verbo principal se corresponde con uno de los siguientes:

‘ingresa por’ + síntomas: “Paciente que ingresa por proceso diarreico de una semana de evolución” (62)

‘acude por’ + síntomas: “el paciente acude a Urgencias por cuadro de ictericia progresiva, dificultad para caminar y cansancio, que ha ido en aumento durante los últimos 7-10 días antes del ingreso. No dolor, no fiebre ni otra sintomatología acompañante” (74)

**DÓNDE:** es la única interrogación que rara vez se responde ya que no aporta ningún contenido dado que se sobreentiende dónde ingresa el paciente y no tiene interés dónde presenta los síntomas o dónde los refiere.

CUÁNDO: se debe anotar el momento en que aparecieron los síntomas y la aparición de los síntomas debe hacerse de forma cronológica. La respuesta más obtenida se basa en la estructura “de...día/mes/semana/hora de evolución”, a veces con el número escrito con letra y otros con dígito: “de tres días de evolución”/“de 3 días de evolución”. Otras alusiones temporales serían: hace ... mes/día/semana/año/hora “hace 2 meses, hace una semana”; desde hace...día/semana/año/mes “desde hace un año”, “Desde hace 1 semana” incluso con cantidades indefinidas “desde hace varios días”, “desde hace muchos años”; ...día/semana previo/a al ingreso “dos días previos al ingreso”/“2 días previos al ingreso” o con “antes” “Quince días antes del ingreso”; desde...; hasta hace...; en (o durante) el último...día/mes/semana/hora, siempre con el número escrito con dígito “durante los últimos 7-10 días antes del ingreso”, “en las últimas 2 semanas”; en + fechas “en mayo de 2007”, “En el año 2000” y, por último, localizaciones temporales más concretas como “el día del ingreso”, “en el momento actual”, “ayer”, “al acostarse”, “en 2 ocasiones en 24 h.”

En la tabla 7 se enumeran las construcciones mencionadas según los Servicios que las utilizan.

Y nada mejor para comprender lo expuesto que un ejemplo extraído del documento 252 donde se observan tres de las preguntas mencionadas: cuándo, qué y cómo: “En los últimos 15 días presenta deterioro progresivo importante de su situación general, mostrándose cada vez más apático, con menor ingesta, lenguaje muy reducido y mayor torpeza motora de modo que necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria”.

En el apartado que estamos tratando, por último, comprobamos que en todo momento se repiten los mismos tipos de síntomas por lo que podríamos englobarlos en los siguientes grupos:

*Síntomas generales:* “fiebre”, “tiritona”, “escalofríos”, “astenia”, “adinamia”, “insomnio”, “anorexia”, “pérdida de peso”, “disnea de mínimos esfuerzos (de pequeños esfuerzos, de moderados esfuerzos, a mínimos esfuerzos)”, “disnea en reposo”, “disnea leve”, “alodinia”, “caquexia”, “pérdida de apetito”, “dificultad para la ingesta”, “hiporexia”, “sensación distérmica”, “hipersudoración”, “hipoglucemia”

*Cabeza :* “cefalea”, “trastornos de la visión”, “lagrimeo”

*Nariz:* “epistaxis”

*Garganta:* “disfagia”, “odinofagia”, “escozor faríngeo”

*Cardiorrespiratorio:* “Tos”, “expectoración (blanco-amarillenta, blanquecina, escasa vercosa, hemoptoica, cantidad, característica, color)”, “ortopnea”, “hemoptisis”, “flema con sangre”, “estertores”, “hipotensión”, “desaturación”, “crepitantes”, “esputo hemoptoico”

*Gastrointestinal:* “Apetito”, “nauseas”, “con flemas y ardor”, “vomito (oscuro)”, “pirosis”, “disfagia”, “deposiciones sueltas”, “deposición líquida”, “diarrea”, “tenesmo”, “estreñimiento”, “hematemesis”, “melenas”, “ictericia”, “dolor abdominal”, “rectorragia”, “hipo”, “regurgitación”, “alteraciones ritmo deposicional”, “sensación dispéptica de la digestión”, “heces oscuras”, “constipación”, “incontinencia de esfínteres”, “acolia”

*Genitourinario:* “poliuria”, “polaquiuria”, “disuria”, “hematuria”, “retención”, “incontinencia”, “tenesmo vesical”, “orinas turbias (color coñac)”, “anuria”, “diuresis (en pañal)”, “nicturia (en pañal)”, “oliguria”, “coluria”

*Neuromuscular y neuropsiquiátrico:* “cefalea”, “insomnio”, “Ansiedad”, “trastorno depresivo-reactivo”, “trastorno depresivo reactivo”, “agitación”, “ánimo deprimido”, “depresión”, “intranquilidad”, “alucinaciones”, “mioclonias”, “delirio hipoactivo”, “trastorno cognitivo”, “decaimiento”, “deterioro neurológico”, “síndrome confusional”, “afasia”, “desorientación”, “parestesias”, “alteraciones de la marcha”, “pérdida del conocimiento”, “trastornos de la sensibilidad”, “inquietud”, “mareo”, “dificultad deambulación”, “deterioro neurológico”, “movimientos tónicoclónicos”, “cuadro confusional”

*Piel y anexos:* “prurito”, “equimosis”, “palidez mucosubcutánea”, “edema”, “livideces”

Como síntoma específico muy repetido en los informes destacamos el **dolor** que se describe de forma técnica (no con palabras del paciente), de tal modo que se especifican sus características en unos casos según la parte del cuerpo afectada, bien con sufijo -al: “abdominal”, “periumbilical”, “retroesternal”, o con sintagma preposicional: “en pie derecho”, “en costado izquierdo”, “en meseta tibial izquierda”, etc.; según su localización: “somático”, “visceral” pero también con clasificaciones más científicas, que solo el sanitario habituado a este tipo de nomenclatura es capaz de diferenciar: “dolor somático localizado”/ “dolor abdominal difuso”, “dolor abdominal continuo”, “lumbar bilateral no irradiado”, “de características punzantes y continuo”, “Dolor errático”, etc. (la más coloquial sería: “Refiere dolor opresivo abdominal como «en cinturón»”). Evidentemente términos técnicos a los que podemos añadir otra prueba de que el facultativo traduce las palabras del paciente ya que en el informe 96 se indica: “que localiza en hipocondrio derecho”, de donde deducimos que ciertamente el dolor lo localiza el paciente pero dudo que sepa dónde se encuentra el hipocondrio. Finalmente, otra prueba del carácter científico y técnico de este apartado lo constituye la presencia de la Escala Visual Analógica (EVA) que es la encargada de valorar la intensidad del dolor: es una prueba muy sencilla en la que el paciente en una escala de 1-10 marca la intensidad del síntoma que se le propone; por tanto, sirve para evaluar la intensidad del dolor a lo largo del tiempo en una persona, pero no sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas: “dolor somático y visceral con una EVA entre 8 y 10 en epigastrio”.

A veces además de la localización del dolor, se habla de su duración, irradiación, frecuencia de aparición y otros fenómenos asociados: “Acudió a su médico de cabecera por dolor en el flanco y fosa iliaca izquierda con descenso de unos 8-10 kg. de peso. Tuvo 3 episodios de dolor de semejantes características, último hace mes y medio. En el último mes no ha vuelto a tener dolor y mantiene peso estable”.

Por último, respecto al síntoma dolor, en alguna ocasión se exponen los fármacos que tratan de aliviarlo, como por ejemplo: “Tratado en el momento actual con Transtec de 70 microgr”.

Como en otras ocasiones, algunas veces los facultativos mezclan el contenido de los apartados de tal modo que en algunos informes se incluye la exploración clínica (79, 353, 354), el tratamiento actual (112) o las pruebas complementarias (262, 293) dentro del apartado ENFERMEDAD ACTUAL.

Un mínimo número de informes –casi todos de Urología– incluye como único contenido el diagnóstico del paciente: “Tumor renal izdo” y en informes de Geriátrica y de Paliativos se añade un subapartado sobre la situación basal del paciente o su situación familiar.

Lingüísticamente, destacan en este apartado, además de la abundancia de siglas (GEA, SUAP), errores de carácter informático como “diseña” (por “disnea”); nutrida presencia de tecnicismos; alguna estructura metafórica: dolor opresivo abdominal como “en cinturón”, “cara de luna llena”; vacilaciones en la formación de los términos compuestos (“trastorno depresivo-reactivo”/ “depresivo reactivo”); muchos adjetivos relacionados con los sentidos (expectoración “amarillenta”, tumor “sólido”, heces “oscuras negruzcas”); formas sinónimas (“esputos hemoptoicos”/ “sanguinolentos”); presencia numerosa de palabras formadas con afijos técnicos como –isis, -uria, -oma, -omía, etc; abundancia de formaciones negativas; elipsis de preposiciones (ortopnea 2 almohadas); elipsis verbal en aquellos informes que solo enumeran los síntomas y, en el resto, la repetición de tiempos verbales ya que, salvo en algún informe de Oncología y de Infecciosas que están en pretérito indefinido y que se caracterizan por ser fragmentos narrativos, el resto de verbos se escriben en presente como muestran los ejemplos siguientes:

“Acudió a su médico de cabecera por dolor en el flanco y fosa iliaca izquierda con descenso de unos 8-10 kg. de peso. Tuvo 3 episodios de dolor de semejantes características, último hace mes y medio. En el último mes no ha vuelto a tener dolor y mantiene peso estable” (293) (texto narrativo)

“Acude por disnea de mínimos esfuerzos, tos y expectoración seca con restos sanguinolentos de 10 días de evolución” (116) (texto habitual)

Recapitulando lo mencionado, nos surge la duda de si emplear los tecnicismos o traducir esos términos a vocabulario coloquial ya que el lenguaje técnico, en gran medida, es incomprensible para el paciente. El médico necesita tiempo, el codificador síntomas y diagnósticos, el paciente información. Sea de la forma que sea, lo correcto es registrar en la ENFERMEDAD ACTUAL la explicación de las razones por las que el paciente ingresa. La forma más adecuada deberá ser objeto de análisis por diversos especialistas (médicos, codificadores, informáticos, lingüistas) y, entre todos, crear el mecanismo más comprensible, eficaz y eficiente. Para ir empezando, sería bueno ofrecer a los médicos listados de términos técnicos y sus correspondientes términos coloquiales con el fin de que no hubiera errores de interpretación: “falta de ganas de comer” por “anorexia”, por ejemplo.

#### 6.3.6. EXPLORACIÓN CLÍNICA

A partir de los síntomas que el paciente refiere, el médico deberá constatarlos por medio de la exploración cuyo conocimiento y técnicas habrá adquirido el facultativo a través de la asignatura Propedéutica (Patología General) impartida en la carrera de Medicina.

La EXPLORACIÓN FÍSICA equivale a un apartado técnico del informe que indica cómo se llega al diagnóstico; por medio de ella se identifican los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo y consiste en obtener la máxima información posible realizando una exploración de todos los aparatos en orden cráneo-caudal, siguiendo un orden sistemático con el fin de que no se olvide nada y por medio de cuatro técnicas básicas que el facultativo puede lograr a través de los sentidos (vista, tacto, oído e incluso el olfato): inspección, palpación, percusión y auscultación.

Uno a uno se van exponiendo los resultados de la exploración en orden y de manera sistemática como se indica seguidamente:

Comienza con los signos cuantificables que reflejan el estado fisiológico del cuerpo, aquellos que indican las constantes vitales y que son una manera rápida y eficaz de controlar el estado del paciente: pulso, frecuencia cardiaca, temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria, reflejo pupilar. Además, en ocasiones, se añade el peso y la talla.

El pulso es el reflejo del latido cardíaco en la zona distal del cuerpo y puede ser radial, braquial, carotídeo, femoral, poplíteo o dorsal; la frecuencia cardíaca se toma con un estetoscopio que se coloca a la altura del quinto espacio intercostal en la línea media clavicular, es decir, a la altura del pezón izquierdo inclinándolo un poco hacia la izquierda y se cuenta cuántas veces late el corazón en un minuto; la temperatura se toma por medio de un termómetro ya sea debajo del brazo, en el ano o debajo de la lengua y, según sea la temperatura, hablamos de hipotermia (inferior a 36°), febrícula (37.1-37.9°C) y fiebre (superior a 38°); la tensión arterial mide, por medio de un baumanómetro, la fuerza que se aplica a las paredes arteriales. La presión arterial tiene dos componentes: presión arterial sistólica que corresponde al valor máximo de la tensión arterial en sístole cuando el corazón late (se refiere al efecto de presión que ejerce la sangre eyectada del corazón sobre la pared de los vasos) y presión arterial diastólica es la que corresponde al valor mínimo de la tensión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardíacos (se refiere al efecto de distensibilidad, es decir, el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso). El reflejo pupilar es la sensibilidad de la pupila a la luz y se observa al abrir el ojo del paciente y dar luz directa hacia éste. Finalmente, el peso lo medimos en la báscula y la talla se expresa en metros.

A pesar de que la localización habitual de todos estos datos se sitúa en el apartado EXPLORACIÓN FÍSICA, en algunos informes nada más indicar el médico de Atención Primaria y el Centro de Salud se presentan estas referencias. En 40 informes se indica la *temperatura* especificando en dos de ellos que es la temperatura al ingreso; por el contrario, “afebril” consta en 49 documentos, en otros dos se afirma que el paciente está febril y, por error, en un informe se enuncia la abreviatura Tª pero el resultado queda en blanco.

La *frecuencia cardíaca* (anotada en 91 de nuestros informes) se mide en latidos por minuto y, como veremos en el apartado de siglas, se especifica por medio de l.p.m., lpm, por minuto, x’ o, en la mayoría de los casos, solo con el número (56 casos). En un adulto sano en reposo el pulso suele hallarse en el rango de los 60-100 lpm. Durante el ejercicio físico el rango puede aumentar a 150-200 lpm y durante el sueño y para un atleta joven en reposo el pulso bien puede estar en el rango de los 40-60 lpm. A primera vista, ningún dato resulta sorprendente salvo en el documento 211 en que la medida viene en tantos por ciento: “FC 96%” y en el documento 66 en que se emplea la abreviatura PC para la presión cardíaca.

La *tensión arterial (TA)* es la presión que los vasos sanguíneos ejercen sobre la sangre circulante y, en nuestros documentos, las cifras de tensión arterial se registran en 152 ocasiones. Su expresión está formada por dos cifras separadas por una barra lateral: la primera cifra corresponde a la presión sistólica y la segunda a la diastólica y se expresa en milímetros de mercurio (mmHg). En nuestros textos, salvo en el documento 151 que las cifras llevan el encabezado “registros de tensión arterial” en todos los demás documentos se utilizan abreviaturas (T.A., TA, T.A.s./T.A.d., Tas/TAd). Aparte de esto, se detectan algunos errores como añadir barra lateral en la unidad de medida: “TA 90/60 mm/Hg” (137), olvidarse una cifra en la medida: “TA: 13/7” (82) o equivocarse al escribir en el teclado: “T.A. 120780” (94).

Solo en cuatro ocasiones (informes de Paliativos) se menciona el *pulso* que, además, se expresa de manera muy diferente: “Pulso 75 por minuto” (32), “Pulso: 55” (40), “70 por minuto de pulso” (248), “91 por minuto de pulso” (289).

Del *peso* se informa en siete informes de Medicina Interna, casi todos del mismo médico, cuyas únicas diferencias radican en que la abreviatura de kilo unas veces se escribe con mayúscula y otras con minúscula, los decimales se escriben con punto o con coma y, por otro lado, que entre el término Peso y la cifra unas veces hay espacio y otras dos puntos. Sin embargo, en los documentos 98 y 99, de Medicina Interna y Paliativos, se alude al peso del paciente aunque sin mencionar cifras: “Paciente delgado, con signos abdominales de pérdida de peso”. En otros informes al describir el estado físico del paciente se alude también al peso: “Delgadez importante”: 181, “Delgado”: 220, 221, 287, 311, “delgada”: 134, 135, “Paciente delgado”: 34, “Paciente delgada”: 274, “Delgadez”: 83 y al contrario “Obesa”: 47, “Obesidad”: 243, 244, 289, “Hábito obeso”: 398.

Menos habitual es que se aporte la *talla* del paciente (58) o el índice de masa corporal que, además de aparecer exclusivamente en dos informes (58), en uno de ellos la cifra es errónea (29).



Otros datos que aparecen al principio de la exploración física serían:

La  saturación de oxígeno: además de las formas abreviadas (SaO<sub>2</sub>, Sat O<sub>2</sub>, SAT O<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>...basal, Sat O<sub>2</sub>(basal), SAT O<sub>2</sub>...basal, Sat. O<sub>2</sub>, SO<sub>2</sub>, Sat O<sub>2</sub> basal, Sat basal, Sat. Basal de O<sub>2</sub>, Sat basal, Saturación O<sub>2</sub> basal), obtenemos una diversidad de formas sinónimas para aludir al mismo aspecto. El resultado más obtenido es “saturación de oxígeno”, con y sin mayúsculas, con y sin acentos (58 casos) y ofreciendo una gran variedad de estructuras:

Saturación de oxígeno : 94 por minuto. : 174

Saturación de oxígeno : 92 con oxígeno : 180

Saturación de oxígeno : 80% con oxígeno : 63

Saturación de oxígeno : 82% sin oxígeno : 297

Saturación de oxígeno: 95% sin oxígeno.: 69

Saturación de oxígeno sin oxígeno : 89% : 282

Saturación de oxígeno : 90% con O<sub>2</sub> a 2 litros. : 245

Otra forma muy empleada sería “saturación de O<sub>2</sub>” (11 casos) y también se usa “saturación” (36, 215, 224, 334), “saturación basal” (25, 33, 73, 84, 134), “saturación ... basal” (58, 137), “saturación de oxígeno basal” (7, 93) o “saturación de oxígeno...basal” (98, 99). Y otras estructuras más complejas como:

Saturación de oxígeno 96% a 2 litros x'. : 39

Saturación de Oxígeno 94% a 3 lt. : 184

Saturación de oxígeno con gafas a 2 litros : 94%. : 276

Saturación de oxígeno a 2 litros 95%. Posteriormente basal 92%.: 70

Saturación 98% con oxígeno a 2 litros x'. : 56

Saturación 98% con oxígeno suplementario: 64

Saturación de O<sub>2</sub>: 90% con O<sub>2</sub> a 1,5 litros por minuto.: 135

Saturación basal en su domicilio 87%, posteriormente 95% con oxígeno a 3 litros: 173

Respecto a las cantidades, como hemos podido ver, aparecen en número entero (“Saturación de oxígeno: 95”: 77), en tanto por ciento -que es lo más habitual- (“Saturación de oxígeno : 95%”: 147) o como un intervalo (“Saturación de oxígeno : 90-91%”: 279)

### Escalas de medida:

La escala Karnofsky es la forma de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La escala se puede usar para determinar el pronóstico del paciente, medir los cambios en la capacidad del paciente para funcionar o decidir si un paciente puede ser incluido en un estudio clínico.

En nuestros documentos además de ofrecer los resultados en números enteros o en tantos por ciento, las formas correspondientes a este epónimo son las siguientes, todas excepto la última encontradas en documentos de Paliativos: “IK” (15, 93, 276, 387, 397), “Índice de Karnofsky” (59, 87), “Karnofsky” (170, 229, 236, 241, 253, 266, 269, 271, 279, 282, 304) o “K. del 80%” (o el número que corresponda)(informes de Oncología: 390, 391, 392).

Con el fin de que cualquiera que desconozca algo tan técnico como esta escala pueda entender lo que se está expresando se aclararía la información añadiendo o en anexo o entre paréntesis el significado de cada valor (vid. tabla 8).

Otro epónimo empleado para las escalas es el índice de Barthel que es una escala diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 para medir la capacidad individual de realizar las actividades básicas de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.. El rango de posibles valores del índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Se emplea en informes de Paliativos –excepto uno de Geriatria- y los resultados se presentan en números enteros o en tantos por ciento.

La escala Pfeiffer fue elaborada específicamente para detectar el deterioro cognitivo en pacientes mayores; también puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas. Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática).

Desarrollada con un número y la palabra “fallo”, la localizamos en informes de Paliativos y solo en un caso se ofrece entre paréntesis la información correspondiente al resultado: “Pfeiffer: 8 (deterioro severo)”: 369, situación que bajo mi punto de vista debiera ser la correcta.

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Aparece exclusivamente en dos informes –uno de Geriátrica (112) y otro de Cardiología (161)– y, una vez más, difieren en el empleo preposicional: “Glasgow 15”/“Glasgow de 15”.

Escala de Dukes para medir el cáncer de colon: Estadio A: lesión limitada a la mucosa, sin afectación ganglionar; Estadio B1: el tumor afecta a parte de la pared del colon o recto, sin atravesarla ni afectar ganglios; Estadio B2: afecta a toda la pared sin invasión ganglionar; Estadio C: la enfermedad puede afectar a parte o a toda la pared, con afectación ganglionar; Estadio D: existe afectación de otros órganos alejados: “Dukes A” (47).

Es curioso pero excepto en un caso –Bartell- los epónimos correspondientes a escalas se escriben siempre correctamente a pesar de la dificultad que conlleva utilizar nombres tan complicados de escribir.

Finalmente, ya no como epónimo, se localiza la escala PPS o Palliative Performance Scale en algunos documentos de Paliativos.

Todas las escalas citadas forman parte del resultado de unos síntomas y se emplean y verbalizan solo en algunos Servicios como hemos visto. Sin embargo, a partir de aquí, en la exploración física, el facultativo tiene que poner en marcha sus sentidos más que sus conocimientos ya que comienza la verdadera exploración y, como hemos dicho, se realiza en dirección cráneo-caudal, casi siempre por este orden:

1. Aspecto: El resultado más común incluye “Consciente, orientado, colaborador” (o desorientado, obnubilado) hasta el punto de que se crea una sigla con una formación poco habitual a partir de las iniciales de cada uno de los adjetivos: COC, exactamente el mismo procedimiento empleado en otro de los resultados obtenidos: CORP formada por la enumeración Consciente, orientado, receptivo y perceptivo que en ningún momento aparece sin abreviar. En algunos informes se enuncian solo dos de las anteriores características y, a veces, se añade también “Buen estado general” (excelente, aceptable, regular, incluso en abreviatura BEG).

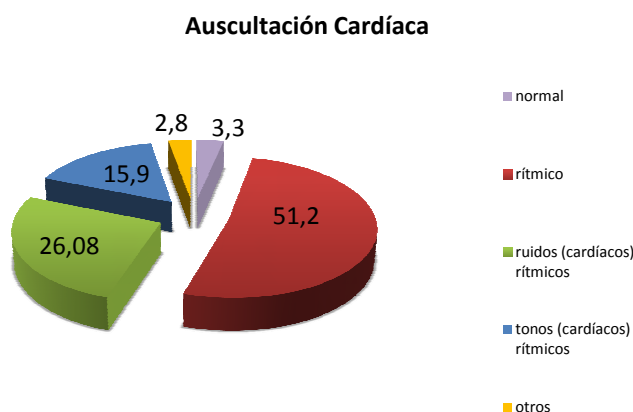
Aunque no es muy común, en algunos informes los adjetivos citados complementan al sustantivo «Paciente» personalizando un poco el apartado de tal modo que entre las formas “CORP. BEG” y “Paciente consciente y orientado, con buen estado general” existen claras diferencias no solo debidas a la largura de la frase sino más bien a la personalización del informe y a su comprensión.

A partir de aquí, sin duda para llegar a deducciones el facultativo debe agudizar la vista y el tacto por lo que surgen adjetivos similares a “Normohidratado y normocoloreado” (o pigmentado) y, posteriormente, “eupneico” o “eupneico en reposo”.

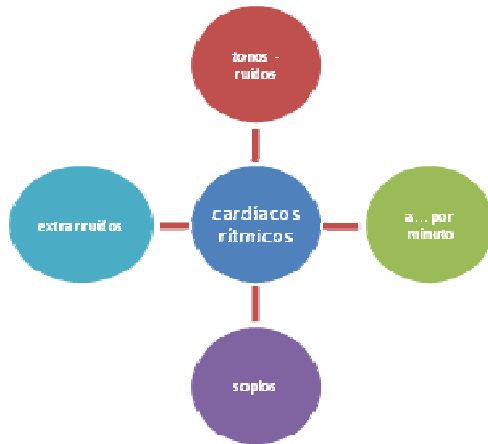
Un formato diferente lo presenta el informe 228 ya que, por medio del verbo, el uso de la primera persona, el artículo femenino y la ubicación temporal, se acerca la información al paciente y se hace más comprensible hasta el punto de que se explica la voz “orientada” que podría ser la más técnica en este discurso: “AL ingreso, veo a la paciente, consciente, colaboradora, parcialmente orientada (me refiere mejor sus antecedentes e historia familiar previa, pero está desorientada en tiempo y espacio), lenguaje pobre posible afasia de expresión”

2. Cabeza y cuello: en un 80% de las expresiones registradas se repiten las formas negadas “no adenopatías”, “No signos de deshidratación ni cianosis”, “no ingurgitación yugular”, “no masas ni megalias” que, junto con la expresión “pupilas isocóricas normorreactivas” (abreviada PICNR), se repiten continuamente en los diversos informes.

3. Auscultación cardíaca: en algunos informes se funden en un solo apartado la auscultación cardíaca y la pulmonar, en gran parte abreviados como ACP y, en especial, cuando el resultado es “normal”. Si nos centramos en la auscultación cardíaca comprobamos que, una vez más, se repiten siempre las mismas estructuras que, como vemos en el gráfico, se ciñen a “normal” o la elipsis “rítmico” (referida a los sinónimos tonos y ruidos):



Como siempre, el volumen de información aportado en cada informe no es el mismo aunque, de manera homogénea, comprobamos en este apartado que se repiten de nuevo las mismas estructuras:



“A.C.: arrítmico sin soplos ni roces”

“A. Cardíaca: Tonos rítmicos, sin soplos”

“AC: RCR, no soplos”

“AC ruidos cardíacos rítmicos sin soplos”

“Auscultación cardíaca: rítmica, sin extrarruidos”

“AC rítmica a 90 ppm”

“AC ruidos cardiacos rítmicos a 70”

“Auscultación cardíaca: tonos cardíacos arrítmicos a 60 latidos por minuto”

“Auscultación cardíaca: tonos cardíacos rítmicos, sin extrarruidos”.

4. Auscultación pulmonar: una vez más estructuras muy similares y homogéneas: “murmullo vesicular [conservado/generalizado/disminuido]” o su abreviatura MVC es la forma más repetida a las que, en una proporción grande, se añade el sintagma “no roncus ni sibilancias” o sus variantes “con algún roncus en ápice”, “con roncus aislados” etc. y, a veces, se añade posteriormente “eupneico”. En menor medida después de “murmullo vesicular” se añade “no ruidos sobreañadidos” y, en una cantidad más reducida de veces, se añaden otras estructuras que aportan más información: “Murmullo vesicular conservado con buena ventilación en ambos campos pulmonares”.

Un segundo grupo de estructuras está formado por aquellas cuyo núcleo principal gira en torno a la «ventilación» ya sea “buena ventilación”, “normoventilación” o, la más común, “hipoventilación” a la que, según cada informe, acompañan los complementos “basal” o su sinónimo “en base”, “bibasal”, “global”, “generalizada”:

“A.P: buena ventilación”

“AP: hipoventilacion generalizada, con crepitantes bibasales , más derechos”.

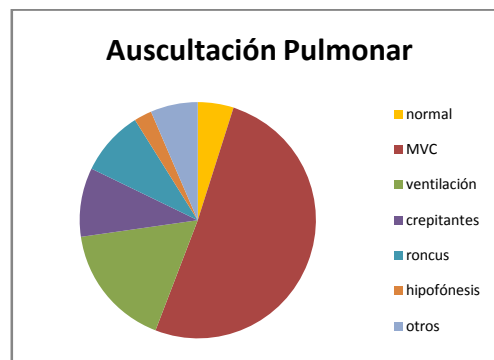
“AP: hipoventilación en base derecha”

“Auscultación pulmonar : hipoventilación basal dcha. No ruidos sobreañadidos”

“Auscultación pulmonar: ventilación en todos los campos”

“AP: Normoventilación”.

Menos veces localizamos estructuras encabezadas por “crepitantes” y “subcrepitantes” que pueden ser “finos”, “secos”, “bibasales”, “bilaterales” (o “en ambas bases”); asimismo, otros facultativos centran su auscultación pulmonar en los “roncus” ya sean “dispersos”, “bilaterales”, “generalizados”, “aislados”. Por último, se repite en cinco informes una frase encabezada por “hipofónesis” (“bibasal”, “generalizada”, “global”) y son escasos los documentos en los que no se ajustan a estructuras predeterminadas aportando, por tanto, más información: “A. Pulmonar: murmullo vesicular abolido en la mitad superior del hemitórax izdo donde se objetiva matidez de ausencia de vibraciones vocales. En hemitórax derecho estertores y roncus dimeninados. Eupneico sin cianosis ni acropaquias. Áreas linfáticas libres”.



5. Abdomen: exactamente igual que en los anteriores apartados casi siempre se repite la misma estructura que en su forma completa viene a ser algo parecido a: “Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, peristaltismo positivo, o peritonismo ni Blumberg, no Murphy, no ascitis, no soplos abdominales, no cicatrices ni hernias. PPRB negativa. Tacto rectal. Adenopatías inguinales”.

A partir de ahí cualquier combinación ha sido válida desde las más básicas: “ABD normal”, “Abdomen blando, depresible, no doloroso” a las más completas informativamente: “Abdomen: cicatriz de laparotomía, blando, depresible, en el primer momento en Urgencias hipocondrio doloroso y en fosa iliaca izda y distensión abdominal, no puntos herniarios, peristaltismo presente aumentado” o “Abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal, cicatriz de laparotomía media, ascitis no atensión, peristaltismo conservado”.

6. Extremidades: como demuestra la tabla 9 una vez más se repiten estructuras tanto afirmativas como negativas:

7. Exploración neurológica: la proporción de informes que incluyen este apartado es mucho menor que en los demás (solo 38); además, en nueve de ellos las respuestas son “normal” o “no focalidad”. Sin embargo, comprobamos que, por lógica, los informes del Servicio de Neurología dedican la EXPLORACIÓN prácticamente en su totalidad al apartado neurológico. Así, dado que el volumen de respuestas es escaso no podemos deducir de los informes las secciones que se analizan.

Una vez revisados los apartados de la exploración clínica podemos mostrar un ejemplo con las expresiones que más se repiten:

“Consciente, orientada, delgada, no cianosis, no disnea. Cabeza y cuello: No ingurgitación yugular. Auscultación cardiaca: Rítmica a 130 por minuto. Auscultación pulmonar: MVC no roncus ni sibilancias. Abdomen: Blando, depresible, doloroso en la palpación en hipocondrio derecho. Hepatomegalia 1-2 traveses. Peristaltismo positivo. Extremidades inferiores: No edemas. Exploración neurológica: No focalidad”. (135)

En los informes de Otorrinolaringología se incluye exclusivamente un apartado de EXPLORACIÓN O.R.L. cuyo contenido, en nuestros informes, consiste en mencionar el diagnóstico de una neoplasia de lengua y un carcinoma de laringe: “EXPLORACIÓN O.R.L.: Neoplasia infiltrante de borde lateral izquierdo de la lengua que llega hasta la línea media” (281). Sin embargo, en un informe de Medicina Interna, dentro de la EXPLORACIÓN FÍSICA, se incluye un apartado específico de exploración O.R.L. realizada en Urgencias que dice “Fosas nasales sin lesiones ni sangre, cavidad bucal llena de sangre coagulada, no lesiones ni sangrados activos”.

Otras informaciones que se incluyen en este apartado aluden a pruebas complementarias aunque, bajo mi punto de vista, podemos considerar que el facultativo se equivoca en la tipografía del título ya que se escribe con letra más pequeña que el resto de titulares y se hace depender de la EXPLORACIÓN FÍSICA cuando, en realidad, debiera constituir una parte diferente del informe y estar escrito como cualquier otro titular, o sea, con el mismo tamaño de letra y formato.

A veces en los informes se hace alusión a la exploración mamaria y, en ocasiones, se inserta también en la exploración un apartado que se refiere a los resultados de un tacto rectal o la detección de algún tipo de tumor, hernia u otro tipo de lesión percibida al tacto, como su propia explicación indica: “A unos 3 cm de margen anal, tumoración dura, sangrante al tacto, adherida a plano presacro, compatible con adenoca”.

Por otra parte, diferente formato de exploración física corresponde al aportado por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular:

	DCHA	IZDA
FEMORAL	+	
POPLITEA	+	
TIBIAL ANT		+
TIBIAL POST		
PERONEO		

	DCHA	IZDA
SUBCLAVIO		
HUMERAL		
RADIAL		
CUBITAL		

	DCHA	IZDA
AORTA		

	DCHA	IZDA
CARÓTIDA		
ILIACA		
INDICE T/B		

LESIÓN TISULAR:
-----------------

Finalmente, hay que destacar un número reducido de informes en los que simplemente se destaca la no existencia de nada apreciable: “No muestra anomalías de interés”, “Nada reseñable”, “sin datos significativos”.

Respecto a las características lingüísticas que se observan en este contexto podemos subrayar la elipsis, en especial la de verbos, ya que prácticamente no encontramos oraciones; además los lemas verbales se repiten numerosas veces (un 25% de las veces localizamos el verbo “palpar”, un 7% el verbo “destacar” y un 5% el verbo “presentar”). Dado que en la exploración física el médico tiene que agudizar sus sentidos, es lógico que muchos de los verbos hagan alusión precisamente a los sentidos corporales; así, verbos visuales serían “Muestra”, “Le veo”, “Se aprecian”, “Se observan”, “Veo”, “Impresiona”, “Pone de manifiesto”, “se observa”, “Veo”, “No se observa”, “No se aprecia”, “No muestra”, “Se observa”, “se objetiva”, “No impresiona”, “No aprecio”; verbos auditivos: “Parece auscultarse”, “Responde”, “Emite”, “Cuenta”, “No oigo”; Verbos de tacto: “Se palpa” (“parece palpase”, “Se palpan”, “Palpan”, “Palpo”, “No se palpan”), “Se tocan”, “Se toman”.



Asimismo, con idea de traer al presente hechos del pasado, es decir, del momento en que se produjo la exploración, se emplean los tiempos en presente, más concretamente presentes históricos y, dado que la exploración se realiza obligatoriamente entre dos personas –el paciente y el facultativo– localizamos verbos y pronombres en primera persona: “veo”, “palpo”, “le veo”, “no oigo”, “no aprecio”, incluso con un plural –“nos encontramos”, “no ponemos”- aludiendo directamente al facultativo y en tercera persona con una elipsis del sujeto paciente en “presenta”, “responde”, “me refiere”.

La elipsis se constata primordialmente en las construcciones negativas que, en este apartado, son muy habituales: “no ingurgitación yugular”, “no trombosis venosa profunda”, “no signos de deshidratación ni cianosis”, “no roncus ni sibilancias”, “sin bocio ni adenopatías”, “no crepitantes”, etc. Todas estas negaciones nos conducen a dos reflexiones: por un lado, es evidente que el facultativo cuando realiza la exploración analiza uno a uno todos los aspectos que en la carrera de Medicina le han enseñado que tiene que comprobar y, por otro lado para que no se le olvide ninguno los va enumerando incluso cuando el resultado es negativo. Luego debemos preguntarnos ¿tiene sentido informar hasta de lo que no existe? Desde el punto de vista del facultativo, además de como recordatorio, sirve para justificar legalmente que se ha realizado un cierto aspecto de la exploración; así, si anotamos “no bocio”, quiere decir que hemos revisado si existe o no el bocio mientras que si este dato se omite podría ser que el médico no se hubiera molestado en revisarlo. Pero y al paciente, ¿para qué le sirve esta información? la respuesta es... para nada.

Finalmente, comprobamos que debido a la elipsis en algunos casos se producen confusiones de concordancia: “Auscultación cardiaca : rítmica” / “Auscultación cardiaca : rítmico”, “Extremidades normal / Extremidades: normales”.

Otra característica del lenguaje usado en la exploración se basa en la abundancia de tecnicismos que rigurosamente el facultativo utiliza: “astenia”, “hiporexia”, “bradipsíquico”, “sibilancias”, “perfundido”, “ingurgitación”, etc. Muchos de estos términos se construyen por medio de prefijos como normo- o por composición aunque, en este caso, obtenemos numerosas vacilaciones como “palidez cutáneo mucosa”, “ictericia cutáneo-mucosa”, “normocoloreado”, “normo coloreado”, “temporo-espacialmente”, “en tiempo y espacio”, “temporoespacial”, “temporo espacial”. Así que nuevamente nos preguntamos: y el paciente ¿entiende estos términos? La mayoría de las veces, no.

Así, dado que el apartado de EXPLORACIÓN FÍSICA incluye gran número de tecnicismos y está directamente dirigido hacia un receptor especializado que conozca todas las escalas que estamos citando, sería necesario, bajo mi punto de vista, adaptar el lenguaje técnico a términos más usuales y comunes por lo que entre diferentes especialistas se podrían confeccionar, como ya hemos dicho, listados de términos equivalentes en los dos registros, como ya hemos indicado anteriormente: cansancio/astenia, fatiga/disnea, pérdida de apetito/hiporexia, etc.

En el apartado fonético, una vez más, comprobamos la ingente presencia de abreviaturas que, en la exploración, se caracterizan por estar muchas de ellas formadas a partir de las iniciales de varias palabras diferentes que no incluyen sustantivos: COC (consciente, orientado y colaborador) y también por ser muy comunes y utilizadas: TVP, BEG, Iy, MVC. Para el análisis de este tipo de siglas, vid. apartado sistemas de abreviación en la segunda parte de esta investigación.

Y, respecto al uso de las mayúsculas, destaca la incorrecta utilización en “Consciente, Orientado, Colaborador”.

Sintácticamente obtenemos muchas construcciones sinónimas formadas bien por alteración del orden oracional como por el empleo de otros recursos: y/ coma (consciente, orientado/consciente y orientado)

Por último, como ya hemos indicado con los verbos, observamos mucha presencia de palabras relacionadas con los sentidos: “tacto”, “palpación”, “presión”, “murmullo”, “ruido”, “roncus”.

La sinonimia es abundante en el encabezado de esta sección; así, obtenemos enunciados como exploración por aparatos, exploración física, exploración general, exploración neurológica, exploración física general, exploración, examen físico, exploración en urgencias, anamnesis por aparatos, estado físico. Sin embargo, el apartado EXPLORACIÓN FÍSICA no es imprescindible en todos los informes ya que, como podemos comprobar, los emitidos en Traumatología, la mayoría de Urología y Hematología, dos en Ginecología, uno en Psiquiatría y algunas altas por exitus de Paliativos no incluyen este apartado en sus informes.

En resumen, para que la exploración física sea correcta habrá que explorar uno a uno todos los aparatos y, a partir de una plantilla que incluya paso a paso todos los parámetros que se deben revisar, anotar en el informe exclusivamente los que destacan para lo cual se debe sobreentender que el facultativo revisa obligatoriamente todos esos parámetros (nunca pensar que alguno, dado que no consta en el informe su resultado, ha podido ser desatendido). Así, rellenar la plantilla con el fin de dejar constancia de la revisión no ocuparía mucho tiempo al facultativo, ya que podría rellenarla en el momento de la primera visita del ingreso y a partir de esta plantilla o formulario importar lo destacado en el informe médico definitivo de alta. Sin duda, la confección de estas plantillas debiera ser un trabajo de colaboración entre facultativos, documentalistas, informáticos y lingüistas.

### 6.3.7. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Un error muy común en nuestros tiempos es que al haber muchos enfermos y pocos médicos, por el afán de atender a todos, no se realiza un buen interrogatorio y se solicitan numerosas pruebas complementarias, que la mayoría de veces son innecesarias. Como indica F. Martínez Cortés: «En nuestros días hablar con el enfermo “inspeccionar” visualmente su cuerpo, palparlo, percudirlo o auscultarlo está pasando a la historia bajo el impacto de la tecnología que casi ya no toma en cuenta lo que dice, siente o sufre el paciente, lo que es la enfermedad “visible” a sus ojos y, en general, “sentible” por todos sus sentidos» (Martínez Cortés, 2003: 62).

Una exploración complementaria es una prueba diagnóstica que solicita el médico y que se realiza al paciente tras una anamnesis y exploración física, para confirmar o descartar un diagnóstico clínico. Por tanto, las pruebas complementarias sirven al médico para detectar, excluir, confirmar y diferenciar enfermedades ya que el facultativo se apoya en el estudio de distintas muestras biológicas mediante su análisis en laboratorio y brinda un resultado objetivo, que puede ser cuantitativo (un número) o cualitativo (positivo o negativo).

A la prueba de laboratorio realizada, el médico le da una interpretación que, en la mayoría de los casos, no queda plasmada en el informe de alta ni de manera técnica ni coloquial.

Las pruebas complementarias se pueden agrupar en distintos tipos:

1. Pruebas de laboratorio o análisis clínicos: Suelen ser análisis químicos o biológicos de muestras generalmente de fluidos corporales (sangre, orina, heces, líquido cefalorraquídeo, semen, etc.). Las prueba de laboratorio más conocidas o frecuentes suelen ser los análisis de sangre y los análisis de orina.

2. Pruebas de imagen: Son exámenes de diagnóstico donde se visualiza el cuerpo humano con pruebas basadas en:

- radiodiagnóstico (radiografía y la tomografía axial computarizada)
- en magnetismo (la resonancia magnética nuclear)
- medicina nuclear (gammagrafías y la tomografía por emisión de positrones)
- en ultrasonidos (ecografía)

3. Pruebas endoscópicas: se visualiza el interior de cavidades u órganos huecos del cuerpo (colonoscopia)

4. Anatomía patológica: analizan una muestra de tejido o biopsia, una pieza quirúrgica tras una cirugía o citologías.

5. Electrogramas: electrocardiograma, electroencefalograma, electromiograma

6. Test de esfuerzo

7. Estudios alergológicos

8. Espirometrías

Respecto al análisis lingüístico, las PRUEBAS COMPLEMENTARIAS suponen un apartado tedioso para el receptor del informe, compuestas por numerosos tecnicismos y con la elipsis como principal característica: no hay verbos, artículos, pronombres, conjunciones y enlaces, solo enumeraciones de términos técnicos y sus correspondientes resultados.

#### 6.3.7.1. PRUEBAS DE ANALÍTICA

Dado que las más frecuentes son las analíticas de sangre, pasemos a revisarlas clasificándolas según los encabezados que aparecen en los informes; así:

A. La hematología y la bioquímica no se nombran como apartados al principio sino que se enumeran los parámetros correspondientes:

A.1. Encabezado con el término Analítica:

A.1.1. Parámetros de bioquímica solo:

“Analítica: gamma GT 734, fosfatasa alcalina 2732, proteínas totales 6’6, albúmina 3’7, CA 19.9 9517. Resto normal” (105)

A.1.2. Parámetros de hematología solo

A.1.3. Primeros parámetros de hematología y luego de bioquímica: 1, 9 (en dos ocasiones), 16, 31

“Analítica: Hb 10, leucocitos 9400, neutrófilos 7600, linfocitos 1200, plaquetas 477000, sodio 139, potasio 4.1, glucosa 72, urea 19, creatinina 0.30, amilasa 26, GOT 10, GPT 8, GGT 16, bilirrubina total 0.3, calcio 8.9, proteínas totales 6, albúmina 3.2, LDH 1318” (1)

A.1.4. Primeros parámetros de bioquímica y luego de hematología: 17, 45, 95

“Analítica: Glu 117, creat 0.89, Hb 13.5, leucos 8700, plaq 332000, INR 1.15” (17)

En el siguiente ejemplo en lugar de dar las cifras exactas se describen los parámetros de la bioquímica: “Analítica: Urea y creatinina elevadas. Hematocrito 24%” (45)

Como ejemplo del caos y la falta de lógica a la hora de enumerar los parámetros en las analíticas, citaremos el documento 112 en el que se aportan los datos de la analítica de Urgencias y los del alta sin orden lógico; mientras en la analítica de Urgencias se enumeran primero los parámetros de la bioquímica y luego los de hematología, en la analítica de alta se produce el fenómeno inverso y, dentro de cada una de las analíticas, los parámetros no se corresponden con el orden habitual de la plantilla:

“**ANALÍTICA EN URGENCIAS**: Glucosa 280, Urea 61, Cr 1.5, Na 131, K 4, Cl 94, Mioglobina 45, Troponina 1.003, Hb 11, Hto 34, Leucocitos 21.900 (N 87%), Plaquetas 281.000

**ANALÍTICA AL ALTA**: Leucocitos 19.000, (82%), Plaquetas 340.000, Hb 10, Hto 30, Na 126, K 3.6, Cr 1.0, Urea 50, Glucosa 118, Colesterol total 90, HDL 25, LDL 46, GOT 11, GPT 9, Fe 22, Ferritina 142, Transferrina 146”

En la bioquímica de Urgencias: Glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro (con duda ya que por su posición podría ser también una abreviatura de colesterol) y en la de alta: sodio, potasio, creatinina, urea, glucosa, colesterol.

En la hematología de Urgencias: Hemoglobina, hematocrito, leucocitos, plaquetas y en la de alta, también con diferente orden: leucocitos, plaquetas, hemoglobina, hematocrito.

A.1.5. Mezclados los parámetros de bioquímica y hematología:

“Analítica: [Hematología] Leucocitos, [Bioquímica] GOT, GPT, [Hematología] T° protrombina” (133)

A.1.6. Con otro tipo de parámetros: en algunos casos además de los parámetros de bioquímica y hematología se enumeran otros como la coagulación, los marcadores tumorales, las proteínas, etc.: 66, 93

“ANALÍTICA: He, Hb, Hto, VCM, leucos (N, L, M, E, B) plaquetas, T. Protrombina, INR, T. Cefalina, Glucosa, urea, creatinina, Na, K, Cl, ácido úrico, triglicéridos, colesterol, HDL colesterol, LDL colesterol, amilasa, LDH, GOT, GPT, GGT, bilirrubina total, F. Alcalina, Ca, P, Fe. Proteinograma: F. Reumatoide, ASLO, PCR, P. S.A. Cultivo-antibiograma esputo: flora habitual. Orina: densidad, pH, proteinuria, glucosuria (-). Sedimento: hematuria (-)..., leucocituria...” (66)

En el documento 127 podemos comprobar la falta de rigor a la hora de citar los parámetros ya que aunque la bioquímica y la hematología están clasificadas en orden, el resto de valores desconcierta bastante:

“ANALÍTICA:

[Hematología] Hematíes, Hb, Ht°, VCM, leucocitos (N, L), Plaquetas, VSG, [Bioquímica] Glucosa, Urea, Creatinina, Na, K, Triglicéridos, Colesterol total, LDH, CK, GOT, GPT, GGT, Fosfatasa alcalina, Fe, Proteínas totales, [autoinmunidad] ANA negativos; [proteínas]: PCR, Ferritina, Ca (se desconoce lo que es ya que está en tierra de nadie), [marcadores tumorales]: PSA, AFP, TSH, T4 libre; [autoinmunidad]: HBsAg: negativo, HBcAc positivo; Anti VHC negativo; Rosa de Bengala negativo. [De forma ilógica acaba con dos parámetros del hemograma] Tiempo de Protrombina y APTT”

Se puede comprobar que algunos informes aportan datos de distintas analíticas y, cómo en el documento 136, coinciden a la hora de emplear el mismo formato (en este caso un tanto caótico):

“ANALÍTICA EN URGENCIAS: Gasometría: ... Bioquímica sin encabezado y los parámetros más destacados. Digoxina. Hemograma sin encabezado y los parámetros más destacados. Coagulación de INR...T° Protrombina

ANALÍTICA DE CONTROL: Bioquímica sin encabezado y los parámetros más destacados. Hormonas tiroideas: .... VSG. Hemograma sin encabezado y los parámetros más destacados. INR sin encabezado de coagulación, T° Protrombina. Sedimento urinario: normal

ANALÍTICA AL ALTA: Bioquímica sin encabezado y los parámetros más destacados. Digoxinemia ... (no, Digoxina). Hemograma sin encabezado y los parámetros más destacados”.

Sin embargo, en otros informes, como el documento 23, si se aportan datos de dos analíticas distintas, no siempre coinciden los parámetros ofrecidos; así, mientras en el primer caso se enumeran los parámetros de bioquímica, hematología, coagulación y se resalta la normalidad de las hormonas tiroideas, en la analítica del alta se ciñen únicamente a la bioquímica y a la hematología

“**ANALÍTICA EN URGENCIAS:** Glucosa 294, Urea 69, Cr 1.90, Na 138, k 4.5, Cl 106, Amilasa 47, LDH 495, CK 38, Mioglobina 65, Troponina 0,18, GOT 73, GPT 58, Hb 14, Hto 42,7, plaquetas 131000, Leucocitos 17.200 (N 91,3%), Coagulación: INR 1.01, Hormonas tiroideas normales: Vit. B<sub>12</sub> y Ac. Fólico normal

**ANALÍTICA AL ALTA:** Glucosa 82, Urea 114, GOT 22, GPT 18, GGT 104, F. AL 75, PCR 9, H. 3.73, Hb 11.3, Hto 32,9, VCM 88, Plaquetas 225.000, Leucocitos 5.400 (E 8.0 %)”

## A.2. Introducido con el encabezado Exploraciones complementarias:

### A.2.1. Parámetros de bioquímica solo:

“ANÁLISIS (26/07/05): LDH 891, Bilirrubina total 2.07, GOT 46, GPT 53, GGT 266, Fosfatasa alcalina 586”. (293)

### A.2.2. Parámetros de hematología solo: 121, 194, 344, 346 (solo un valor en este caso).

“ANALÍTICA: Hematíes 3.450.000, Hb 10.8, Ht° 31.8” (194)

### A.2.3. Primero parámetros de hematología y luego de bioquímica: 186, 276

### A.2.4. Primero parámetros de bioquímica y luego hematología: 127, 133, 169, 232, 287

### A.2.5. Con otro tipo de parámetros: en otras comienza con la Bioquímica y, cuando se incluyen otros apartados, no se ubican en un lugar concreto: 193, 244, 256, 261, 262.

“Analítica: Glucosa 105; urea 35; creat 0.79; ac. úrico 4. Na 138; K 5.3; T 274; Col T 255; HDL 50; LDL 150; LDH 354; GOT 26; GPT 18; GGT 63; Bil T 0.5; FA 86; Pr T7, albúmina 4; ferritina 287; transferrina 184; VSG 99; Hb 9.7; Hcto 29.3%; Leucocitos 7.900 (62% neutrof, 20% linf). TP 84%, INR 1.09” (193)

Resulta curioso el orden del documento 187 en la analítica de ingreso: primero la hematología destacada, luego los normales de bioquímica y hematología y al final la bioquímica destacada.

“ANALÍTICA AL INGRESO: Hematíes 4.250.000; Hb 10.8; Ht° 32, VCM 75, Leucocitos 9.900 con 8.000 N y 1.000 L; Plaquetas 305.000. VSG 32. T. Protrombina 58%, Glucosa, Na, K, triglicéridos, colesterol, amilasa, CK, Ca, P normales. Urea 140, creatinina 2, ac. úrico 20.8, LDH 906, GOT 967, GPT 340, GGT 106, Bilirrubina total 3.2, Bilirrubina directa 2.1, Bilirrubina indirecta 1.1, Fosfatasa alcalina 146, Fe 27, PCR 45.”

Dentro de esta variedad de exposición, destaca el documento 262 como ejemplo de falta de coherencia a la hora de decidir cómo enumerar los parámetros ya que en la enumeración de las pruebas de diferentes fechas encontramos resultados totalmente distintos:

“Analítica (24/3/06): parámetros de Hematología destacados sin encabezado.

Analítica (22/2/06): parámetros destacados de Hematología sin encabezado. Quick 87%.

Parámetros destacados de Bioquímica y proteínas sin encabezados. PCR al final.

Analítica (3/4/06): comienza con PCR. parámetros destacados de Hematología sin encabezado.

Analítica (1/3/06): comienza con PCR. parámetros destacados de Hematología sin encabezado. Quick 87%. Parámetros destacados de Bioquímica y proteínas sin encabezados. Hormonas tiroideas.

Analítica (6/3/06), (15/3/06) y (12/4/06): comienza con PCR. parámetros destacados de Hematología sin encabezado. Parámetros destacados de Bioquímica y proteínas sin encabezados.”

En el documento 287 se añade también la fecha de la analítica pero se aportan pocos parámetros: “ANALÍTICA (9/12/06): Creatinina..., Hb..., Leucocitos... y en el documento 301: ANALÍTICA: (31/10/06): Hb 11 y ANALÍTICA: (01/11/06): Hb 11.6”.

A veces, tras enumerar los valores de Hematología y de Bioquímica, principalmente, se añade “Resto, normal” como en 288.

“ANALÍTICA: Hb 11; Hcto 34.4; Leucocitos 2.700; Neutrófilos 1.600; GGT 73; Proteínas totales 5.8; resto normal”

En el documento 293, además de los parámetros destacados de Bioquímica (que no consta como encabezado) se añade el sintagma: “Nuevos análisis realizados unos días después” enumerando algunos parámetros anteriores y “Alfafetoproteína..., CEA..., CA 12.5..., CA 19.9 normal, CA 15.3...”.

La estructura de la analítica del documento 326 se caracteriza porque es el único caso en que encontramos mezclados los parámetros de Hematología y Bioquímica, sin ningún orden y, como comprobamos, también se añade “resto sin alteraciones” lo que indica que, una vez más, se eligen los valores que se escapan de los límites: “ANALÍTICA: A su ingreso Glucosa..., Hb..., Hierro..., Albúmina..., Na..., CEA..., INR..., resto sin alteraciones” (un parámetro destacado de Hematología y varios de Bioquímica, todos ellos mezclados, sin encabezado).



Esta misma estructura la localizamos en el documento 359 y, coherentemente, se repite hasta tres veces:

“HISTORIA ENFERMEDAD:

Analítica al alta: parámetros de Hematología destacados, sin encabezado.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Analítica ingreso (03/07/08): parámetros destacados de Hematología y de Bioquímica, Sodio, Potasio, GOT y GPT dentro de la normalidad.

Analítica alta (27/08/07): parámetros destacados de Hematología y de Bioquímica”

#### B. Sin encabezado en un apartado y con encabezado en el otro

“ANALÍTICA (planta): Glucosa 71, Urea 78, Creatinina 1.27, ácido úrico 7.4, iones normales, colesterol total 142, transaminasas, gamma GT, fosfatasa alcalina normal, Hierro 24, Proteínas totales 6,1. Fraccionamiento: albúmina 3.4, resto de fraccionamiento normal. Sistemático de orina: normales. Proteína C reactiva. **Hemograma:** Hb 10.2, Hto 30.3, volúmenes normales, plaquetas 181000, Leucocitos 7.400, fórmula normal. Estudio de Coagulación: INR 1.16, Velocidad de sedimentación globular 45. VIH negativo” (25)

En algunos informes de Urgencias se mencionan los rangos de normalidad y todos los parámetros tanto alterados como sin alterar:

“FÓRMULA LEUCOCITARIA: Neutrófilos 74.1 % (40.0 - 74.0), 7.4 x1000/ $\mu$ L (1.9 - 8.0), Linfocitos 15.5 % (19.0 - 48.0), 1.6 x1000/ $\mu$ L (0.9 - 5.2), Monocitos 9.6 % (2.0 - 13.0), 1.0 x1000/ $\mu$ L (0.16 - 1.0), Eosinófilos 0.2 % (0.0 - 7.0), 0.0 x1000/ $\mu$ L (0.0 - 0.7), Basófilos 0.6 % (0.0 - 2.5), 0.1 x1000/ $\mu$ L (0.0 - 0.2)  
HEMATOLOGÍA: Hematíes 3.51 millon/ $\mu$ L (4.0 - 5.5), Hemoglobina 10.3 g/dL (12.0 - 16.0), Hematocrito 31.0 % (36.0 - 46.0), VCM 88.3 fL (80.0 - 98.0), HCM 29.4 pg (27.0 - 34.0), CHCM 33.3 g/dL (32.0 - 36.0), ADE 18.4 % (11.0 - 15.5), Plaquetas 238.0 x1000/ $\mu$ L (150.0 - 425.0), VPM 10.2 fL (7.0 - 11.0), Leucocitos 10.0 x1000/ $\mu$ L (4.0 - 11.0)” (389).

En el documento 25 entre los parámetros de Bioquímica y la Hematología se intercala el apartado Fraccionamiento y el Sistemático de orina; así:

“ANALÍTICA (planta): [Valores destacados en Bioquímica, sin encabezado] glucosa 71, urea 78, creatinina 1.27, ácido úrico 7.4, iones normales, colesterol total 142, transaminasas, gamma GT, fosfatasa alcalina normal. Hierro 24. Proteínas totales 6,1. [Apartado Fraccionamiento que no es habitual]. Fraccionamiento: albúmina 3.4, resto de fraccionamiento normal. Sistemático de orina: normales. Proteína C reactiva 48. [valores destacados de Hemograma] Hemograma: Hb 10.2, Hto 30.3, volúmenes normales, plaquetas 181.000, leucocitos 7.400 formula normal. Estudio de coagulación: INR 1.16. Velocidad de sedimentación globular 45. VIH negativo”.

En el documento 40 nos ofrecen cinco analíticas de las que tres de ellas se representan con este formato:

“Analítica:

A fecha 31/08/2005: Gamma GT 146. Resto de la bioquímica normal. Hemograma: Hematíes 2.62, Hematocrito 23.0, Hemoglobina 7.5. Resto de la analítica en los parámetros de la normalidad.

A fecha de 13/12/2005: LDH 192, Gamma GT 87, Calcio 7.9, Proteínas totales 4.5. Resto normal. Hemograma: Hematíes 3.03, Hemoglobina 9.4, Hematocrito 29.1. Resto normal.

Analítica a fecha de 14/12/2006: Sodio 128, LDH 187, Proteínas totales 5.1. Albúmina 2.5, Transferrina 179. Resto normal”.

En ocasiones se intercalan otros parámetros como en los documentos 56, 58, 64, 94 cuyo formato consta de:

**Encabezado Analítica:** “recuento y fórmula leucocitaria normal. Parámetros de Hematología destacados, sin encabezado. Estudio de coagulación normal D-D”.

**Encabezado Bioquímica:** “valores destacados de la bioquímica. Resto normal. Orina: Urobilinógeno (++) , resto normal. CEA...” (56).

C. Solo se ofrecen datos de una de las pruebas:

“Hemograma: Al ingreso en la unidad 4.800 leucocitos. Hb 9,9. Plaquetas 32.000” (340).

D. El resto de documentos se caracterizan porque van precedidos por ambos encabezados Hematología y Bioquímica; sin embargo, los resultados no siempre son coincidentes ya que en algunos documentos se expresan solo los parámetros alterados de cada una de las pruebas:

“Bioquímica: Urea 122, creatinina 1.65, K 3.2 , LDH 571, GOT 61, GPT 51, Ca 17.7.

Hemograma: Hb 9.3, Leucocitos 17.900” (386)

A veces, se informa de la normalidad del resto de parámetros:

“BIOQUÍMICA: Urea: 203; creatinina: 2,4; Na: 151. Resto normal.

HEMOGRAMA: Leucocitos: 20.250, neutrófilos: 18.360. Resto normal” (382)

En otros informes se enumeran todos los niveles de cada una de las pruebas y, además, se escribe entre paréntesis el rango normal que deben cumplir:

“[BIOQUÍMICA]: Sodio (suero) 140.0 mmol/L (135.0 – 148.0), Glucosa (suero) 184.0 mg/dL (70.0 – 110.0), Urea (suero) 82.0 mg/dL (10.0 – 50.0), Creatinina (suero) 1.67 mg/dL (0.72 – 1.16), Potasio (suero) 3.7 mmol/L (3.6 – 5.1)

[HEMATOLOGÍA]: Hematíes (s. periférica) 4.64 millón/ $\mu$ L (4.5 – 6.0), Hemoglobina 12.9 g/dL (13.5 – 17.5), Hematocrito 38.0 % (41.0 – 53.0), VCM 81.9 fL (80.0 – 98.0), HCM 27.7 pg (27.0 – 34.0), CHCM 33.9 g/dL (32.0 – 36.0), ADE 17.9 % (11.0 – 15.5), Plaquetas 249.0 x1000/ $\mu$ L (150.0 – 425.0), VPM 8.2 fL (7.0 – 11.0), Leucocitos (s. periférica) 10.6 x1000/ $\mu$ L (4.0 – 11.0)” (363)

A veces, obtenemos documentos en que, por un lado, en la Hematología se nombran los parámetros destacados y, por otro, todos los parámetros de la prueba biológica o, al revés, informes en que constan todos los elementos de la Hematología y los destacados de Bioquímica, como muestran los ejemplos:

“HEMOGRAMA :Hb 8.9 ,Htc 27.2 , plaquetas 144.000 , leucocitos 5.800 con 54 N , 40 L , 4 M , 1 E ,0 B .  
BIOQUIMICA: Glucosa 87, urea 59, creatinina 0.6, Na 141, K 4.6, LDH 482, GOT 12, GPT 17, GGT 48, bilirrubina total 1, fosfatasa alcalina 48, Ca 9.1, P 3.7, proteínas totales 5.1, albúmina 3.8 CEA 393.7, Alfafetoproteína 4.4 ” (201)

Finalmente, algún informe señala la normalidad de ambas pruebas:

“HEMOGRAMA Y BIOQUÍMICA: Sin alteraciones” (332)

A la hora de obtener los resultados de una analítica se emplean unas plantillas oficiales que adjuntamos en el anexo (imagen 11). A partir de esas plantillas clasificamos los resultados obtenidos y podemos comprobar que en algún caso se citan resultados de parámetros que no constan en la plantilla de petición por lo que es necesario conocer a fondo el mecanismo de funcionamiento de las pruebas complementarias, cuestión que, de no ser sanitario, se desconoce habitualmente. Además, se detecta que existen parámetros con los que, con el mismo nombre, se hace referencia a pruebas distintas; por ejemplo, osmolaridad, urea, creatinina, leucocitos, etc.... son parámetros que pueden detectarse bien con tubos de hematología o bien con los de orina, sin embargo en los informes no se especifica en la mayoría de los casos a qué apartado corresponden.

En ocasiones los parámetros se escriben en mayúsculas, otros en minúsculas y en muchos casos alternan ambas como en el documento 4: “Glucosa 139 mg/dl, sodio 137 mmol/l, potasio 4.6 mmol/l, creatinina 10.38 mg/dl, urea 388 mg/dl, ácido úrico 8.8 mg/dl, triglicéridos 66 mg/dl, colesterol total 124 mg/dl, LDL colesterol 48 mg/dl, HDL colesterol 63 g/dl, LDH 260 U/l, GOT 14 U/l, GPT 7 U/l, GammaGT 10 U/l, bilirrubina 0.5 mg/dl, fosfatasa alcalina 80 U/l, calcio 8.7 mg/dl, fósforo 5.3 mg/dl, hierro 85 µg/d, proteínas totales 5.4 g/dl, albúmina 3 mg/dl, magnesio 1.8 mg/dl, osmolaridad 305 mOsm/kg, bicarbonato 12 mmol/l. PH 7.19, Proteína C reactiva 14. Ferritina 358 ng/ml. Transferrina 159 mg/dl. Índice de saturación de transferrina 39%.. PTH 214 pg/ml. Vitamina B12 2000 pg/ml. Ácido fólico 5.6 ng/ml”.

Según los resultados obtenidos, clasificamos dichos parámetros de acuerdo a su frecuencia como documentados:

-Más de 100 veces: glucosa, urea, creatinina, hemoglobina, leucocitos, plaquetas

-Entre 50 y 100 veces: ácido úrico, sodio, potasio, colesterol, lactato deshidrogenasa, GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, hierro, proteínas totales, volumen corpuscular medio, neutrófilos

-Entre 25 y 50 veces: triglicéridos, amilasa, bilirrubina total, calcio, albúmina, hematíes, linfocitos, velocidad de sedimentación, coagulación, tiempo de protrombina, INR, sedimento, leucocitos en orina, proteína C reactiva, CA 19.9, CEA

Dado que la mayor parte de los símbolos químicos se localizan en el apartado de pruebas complementarias, especialmente en analítica, se ha contabilizado y analizado la frecuencia de uso de cada parámetro y las variantes que se emplean, resultados que podemos comprobar en las tablas 10-16.

Finalmente, de la revisión de los parámetros de la analítica hemos llegado a las siguientes conclusiones:

-Obtenemos formas con variantes muy diversas elegidas a gusto del autor del informe, con abundantes mecanismos de acortamiento: Glu, Gl, Gluc, Glc; U, Ur; creat, Cr; ac. úrico, A. úrico, etc.

-En un mismo documento pueden aparecer formas distintas: formas abreviadas y formas plenas conjuntamente (glucosa y Gluc/Glucosa y gluc.; creatinina y creat.; ácido úrico y ac. Úrico; Sodio y Na hasta en tres ocasiones; Potasio y K en dos ocasiones; Hierro y Fe; LDH y Lactato Deshidrogenasa; Fosfatasa alcalina y FA o Fosfatasa alcalina y F. Alcalina e incluso coincidiendo tres formas en un mismo documento: Fosfatasa alcalina, FA y F. Alcalina. En el hemograma: Ht° y Hematocrito; Hematocrito y Hto; Hematocrito y Htco; Hemoglobina y Hgb; Hemoglobina y Hb en tres documentos; Hemoglolina y Hb e incluso Hemoglobina, Hb y Hgb en el mismo documento; Plaquetas y Pq; Volumen corpuscular medio y VCM; Leu y leucocitos; leucos y leucocitos; Volumen plaquetar medio y VPM; neutrof y neutrófilos; N y neutrófilos hasta en tres informes; neutrófilos, neutrófilos totales y ne; li y linfocitos; L y linfocitos; M y Monocitos), abreviaturas sinónimas (GOT y TGO; TGP/GPT; GGT y Gamma GT; HB y Hb), sinónimos (glucemia y glucosa)

-No existe una norma fija a la hora de decidir si los parámetros van en mayúscula o minúscula hasta el punto de encontrar en un mismo documento la misma forma escrita con las dos variantes.

-A veces los símbolos incorrectamente se escriben en minúsculas: k

-Evidentemente, no encontramos verbos en este apartado.

-Lo habitual es citar los parámetros destacados pero, a veces, se enumeran todos, independientemente de si están alterados o no.

-En muchos informes se indica que no precisó estudios complementarios o que los parámetros no están alterados “dentro de la normalidad”.

6.3.7.2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Respecto a las Pruebas Complementarias, en el informe, se deben hacer constar aquellas pruebas que han sido determinantes en la asistencia y los diagnósticos derivados de ellas. En las pruebas de rutina con resultados normales basta con poner la prueba sin más (Rx tórax normal) pero en este caso, a diferencia de otros apartados anteriores, sí es relevante que se mencione ya que la realización de una prueba complementaria no tiene carácter obligatorio: entre “Exploración neurológica: normal” y el ejemplo que acabamos de mencionar existe diferencia debido a que el facultativo no debe, por fuerza, realizar una radiografía a todos los pacientes y, sin embargo, obligatoriamente debe revisar la exploración neurológica de cada uno de ellos.

Ya que en nuestros informes no se reseña, con el fin de no conducir a error y plasmar de manera clara las pruebas complementarias realizadas, es preferible y más correcto destacar tipográficamente las realizadas en el momento actual frente a las que se llevan a cabo por otros especialistas y que se citan en el informe. Así, en el informe 54 de Oncología, el facultativo encargado del documento no aporta datos de exploración ni de pruebas realizadas durante el ingreso pero, en cambio, ofrece los datos de las exploraciones complementarias que condujeron al diagnóstico en enero de 2006 (no dice nada de en qué Servicio) y la exploración y pruebas complementarias que le realizaron en Urgencias antes de ingresar; todo ello, como hemos indicado, sin destacar tipográficamente.

En conclusión, tanto en la ANAMNESIS o la EXPLORACIÓN FÍSICA como en las PRUEBAS COMPLEMENTARIAS se debe seguir siempre el mismo criterio: valorar una serie de situaciones o pruebas, comprobar cuáles están alteradas y expresar sus consecuencias. Sin embargo, la tendencia de los últimos años radica en solicitar numerosas pruebas, probablemente no justificadas por la exploración clínica, lo que conduce a centrar el camino que lleva al diagnóstico preferentemente en dichas pruebas. Esta afirmación, la realizó Rodríguez Montes en el año 2009:

“Esta tendencia a resolver las dudas mediante la objetivación es una estrategia no sólo tranquilizadora como posible medio de defensa sino que está imbuida del concepto de lo “científico”; por ello, es fácil constatar que muchos médicos tienen como prioridad verificar las hipótesis a través de la contundencia tecnológica de la imagen o de los datos de laboratorio en ausencia de una anamnesis y exploración física oportunas” (Montes, 2009: 361)

No cabe duda que la recogida de datos mediante anamnesis y exploración resulta menos fiable que los resultados aportados por las pruebas complementarias; además, en los estudios universitarios de Medicina se profundiza en el aprendizaje de una buena anamnesis y exploración menos que en tiempos pasados ya que, sin duda, nos encontramos inmersos en una sociedad totalmente tecnológica y, por último, la realización de pruebas complementarias reporta una serie de beneficios empresariales; sin embargo, convertir las pruebas complementarias en el elemento decisivo del juicio clínico es peligroso porque, por un lado, lo que se hace es orientar la investigación clínica hacia la enfermedad en vez de hacia el paciente y, por otro lado, supone una actividad rutinaria e irreflexiva que predispone a una falta de atención y, por tanto, aumenta su probabilidad de equivocación. En los informes investigados, comprobamos que, en ocasiones, sucede que se aportan datos de las pruebas complementarias pero no se menciona la exploración: 62, 78, 81, 88.

Asimismo, como comprobamos en los informes, en ocasiones, debido a la tendencia actual de realizar una medicina defensiva, no es necesario solo llegar al diagnóstico por una prueba sino que se necesitan varias para producir una serie de resultados redundantes, actitud que supone una serie de problemas añadidos: mayor coste económico, más probabilidad de equivocación, peligro para la salud del paciente, etc. En otros informes, se aportan los datos de la exploración física realizada en Urgencias pero se prescinde de volver a realizar anamnesis y, sin embargo, se repiten pruebas diagnósticas como la radiografía de tórax (54).

A pesar de ello, es justo referir que primar la exploración clínica sobre los estudios complementarios resulta lo más habitual como demuestra la presencia en muchos informes de la expresión “No precisó” en las PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Recapitulando lo dicho, será necesario incluir única y exclusivamente aquellas pruebas que complementen los anteriores apartados y que conduzcan al diagnóstico. Además, debido a su carácter excesivamente técnico, se echa en falta la inclusión de un pequeño resumen de las conclusiones para que el paciente pueda entenderlo; por ejemplo, dado que la GGT está alterada puede ser que el paciente tenga algún problema de .... o dado que los glóbulos rojos están alterados puede...

Informáticamente, se podrían evitar errores y economizar tiempo si se pudieran extraer de otros documentos directamente los datos numéricos destacados sin necesidad de teclearlos uno a uno, de forma caótica y sin rigor, como se hace la mayoría de las veces en nuestros informes.

Para el resto de pruebas, sería correcto partir de textos escritos previamente con la sistemática de interpretación de cada prueba en los que se explicarían las alteraciones principales y sus posibles consecuencias.

#### 6.3.8. EVOLUCIÓN

Apartado de carácter descriptivo-narrativo-argumentativo en el que se narran los hechos ocurridos durante el ingreso y se ofrecen explicaciones.

En la evolución, además de informar de las causas del ingreso y describir los cambios en los síntomas, se habla del estado de ánimo del paciente, cuáles son sus preocupaciones y cómo ha asumido el ingreso. Se indican, asimismo, los tratamientos empleados para estabilizar esos síntomas y las pruebas diagnósticas y terapéuticas que se han realizado durante el ingreso. En ocasiones, se añade un bloque psicosocial y en otros informes incluyen en este apartado las recomendaciones y las citas posteriores al ingreso. Si el paciente procede de Urgencias, se hace saber y se especifican las pruebas realizadas en este Servicio; asimismo, si se produce contacto con otros Servicios, también se destaca “Es revisado asimismo por el Servicio de oncología que considera no recomendable el tratamiento RT o QT” (32).

Explicación de la situación familiar encontramos también en algún informe y, en varias ocasiones, alusión a la toma de decisiones por parte de la familia y su implicación en la enfermedad: “presenta un problema que no sabe precisar la familia” (11), “por deseo de la familia del paciente” (14), “los datos son recogidos por lo que nos comenta su familia” (19), “se informa a la familia del mal pronóstico” (63), “la familia está muy disgustada con el cambio del servicio dado que habían sido atendidos por Hospitalización a Domicilio y se sienten abandonados por parte de...” (149).

Dada la numerosa aportación de datos nuevos por parte del facultativo, sería necesario que éste mantuviera un equilibrio entre lo que se supone que conoce el receptor y la información nueva que le ofrece; además, ofreciendo mecanismos de coherencia y cohesión suficientes para que el lector pueda engarzar ambos. Así, en la evolución, los conectores lógicos marcan las relaciones de unos elementos con otros las cuales son de diferentes tipos: adición, temporal, causa-consecuencia, adversativa, explicativa, hipotética... Por otro lado, se utilizan organizadores intratextuales que remiten a otra parte del texto “a la vista de los datos clínicos” (141), “por todo lo anterior es dada de alta” (158), intertextuales que remiten a otro texto “Se solicita la colocación de prótesis autoexpandible por el Sº de Radiología Intervencionista” (165) y metatextuales (comillas, guiones, números, letras, subrayados, paréntesis).

En este apartado, dado su carácter expositivo-narrativo-argumentativo, se plasman claramente las características lingüísticas de los textos médicos (que solo enumeraremos dado el potencial de investigación que ofrecen):

- uso endofórico de los deícticos “Durante ese ingreso, además, presenta...” (150) y, con mayor frecuencia especialmente en los informes de exitus, de los sintagmas temporales “durante su estancia en la Unidad”, “entonces”, “en la primera visita”, “al día siguiente”, “a fecha de...”, “durante el mes de...”

- nominalizaciones anafóricas y oposiciones explicativas: “aumenta el número de deposiciones líquidas, oscuras (tomaba hierro)” (139), “dolor no controlado de características mixtas (somático-visceral)”

- predominio del presente; suelen abundar los verbos estativos, y el copulativo ser: “se decide colocación...y se comienza tratamiento...” (144). La mayoría de las veces el presente expresa hechos pasados (presente histórico) y comprobamos que es más común el empleo de este tiempo que el indefinido (54 casos) o el pretérito perfecto (90 casos), tiempos propios también de la narración.



- dominio de las formas verbales no personales o impersonales (abundantes verbos con ‘se’, construcciones de infinitivo, gerundio y participio, algunas de ellas no muy ortodoxas: “Por otra parte destacar que...” (3), “Finalizar diciendo que...” (53), “Comentar que se trata de una paciente...” (134), “control sintomático con analgesia y sedación falleciendo la paciente...” (167), “presentó cuadro de torpeza y ligera disartria, habiéndose realizado TAC Craneal, no habiéndose objetivado nuevas lesiones” (142). De una revisión en profundidad de los 200 primeros informes de esta investigación, las formas verbales más empleadas son el presente (431 verbos) y las formas con se (391), de las cuales 271 están en tiempo presente, 100 en indefinido, 14 en pretérito perfecto, 5 en futuro con marcado matiz de obligación y 1 en pretérito pluscuamperfecto. Semánticamente existe poca variedad ya que se utilizan en muchos informes las mismas formas: ‘se realiza’ (o se realizó), ‘se objetiva’, ‘se decide’, ‘se inicia’ (o se inició).

- adjetivación específica, pospuesta y valorativa muy común en textos objetivos y científicos: “agitación nocturna”, “trasfondo neofornativo”

- preferencia por la construcción sintáctica clásica: S-V-P “la evolución del paciente ha sido favorable” (142). A pesar de que en este apartado aumenta la presencia de formas verbales, se aprecia la excesiva nominalización ya que en gran número de ocasiones se utiliza una frase nominal (sin verbo) o un infinitivo como oración principal de la que dependen las subordinadas

- precisión léxica –significación unívoca- con profusión de tecnicismos y cultismos formados, muchos de ellos, con mecanismos propios del lenguaje médico caracterizados por su enorme vacilación (‘quimio-radioterapia’, ‘quimiorradioterapia’, ‘quimioradioterapia’; ‘cerebro vascular’, ‘cerebrovascular’; ‘peritrocantérea’, ‘pretrocantérea’; ‘entero vesical’, ‘enterovesical’; ‘nociceptivo-somático’, ‘nociceptivas viscerales’)

- Presencia de anglicismos: con indecisiones gráficas (‘scanner’, ‘escáner’, ‘flutter’)

- Numerosos epónimos: ‘Alzheimer’, ‘enfermedad de Addison’, ‘Babinsky’, ‘enfermedad de Dupuytren’, ‘signo de Erb’, ‘linfoma de Hodgkin’, ‘sarcoma de Kaposi’, ‘síndrome de Ménière’, ‘enfermedad de Parkinson’, ‘Y de Roux’, ‘divertículo de Zenker’

- abundancia de metáforas, fenómeno del que haría falta un profundo estudio por la abundancia de ejemplos obtenidos: ‘meseta tibial’, ‘vejiga diverticular de lucha’, ‘globo vesical’, ‘árbol arterial’, ‘cúpula vaginal’, ‘ventana aortopulmonar’, ‘hemisferio cerebeloso’, ‘tercer escalón’, ‘cuadro de...’, ‘sangrado en un punto en boca de colostomía’, ‘heces o deposiciones melénicas’, ‘región dorsal’, ‘picos febriles’, ‘canal medular’, etc.

- vacilaciones en las siglas: mm.ii./m.i.i., Scio/Servicio en un mismo informe

- elipsis: tanto de artículos (“se trata de paciente de 82 años”), de conjunciones (“sería conveniente sea valorado”), de pronombres (“a la paciente se realiza paracentesis”) y más comúnmente de preposiciones (“fiebre 24 horas”, “hemiparesia grado 3/5 hemicuerpo derecho”, “progresión tumoral neoplasia sigma”, “con buen ritmo deposiciones”, “con situación últimos días”, “resolver exudado líquido pleural”)

- empobrecimiento gramatical por la repetición de sintagmas o de preposiciones, carencia agudizada por la presencia de letra mayúscula en todo el informe: “FEBRÍCULA DURANTE SU INGRESO SIN FILIAR. BUEN ASPECTO DE LA HERIDA. HA SIDO VALORADA DURANTE SU INGRESO POR CARDIOLOGÍA POR SU PATOLOGÍA CARDIACA Y POR NEFROLOGÍA POR SU HTA...” (153)

- a diferencia del resto de apartados, recogemos alguna proposición subordinada no muy compleja y está presente también la coordinación; sin embargo, el empleo de estas construcciones no es muy complejo y, como ya hemos indicado, en muchos casos se unen a frases nominales. No obstante, abundan los errores sintácticos ya que en algunos informes las oraciones están incorrectamente construidas, presentan errores de puntuación, no siguen un orden lógico y correcto, se repiten secuencias de manera monótona “Se realiza cambio de sonda fecha de diciembre de 2006 y en dicho mes cuadro de ITU que se resuelve tras antibioterapia. A fecha de enero 2007 cuadro de bronquitis que se resuelve con antibioterapia y cambio de la dosis de corticoides. Posteriormente presenta cuadro de tos seca residual a la bronquitis que se resuelve con Romilar.” (40)

Según el enfoque de cada informe, podemos dividirlos en tres tipos:

Descriptivos: enunciado muy breve que aparece en informes de Cirugía y Urología, sobre todo: “favorable, pendiente de quimioterapia adyuvante” (17), “satisfactoria, sin incidencias” (81), “sin complicaciones” (85, 106), “favorable” (91), “favorable en las primeras horas cumpliendo los criterios de alta” (160).

Narrativos: corresponde al grupo más numeroso y en estos documentos se enumeran los cambios en la medicación o los procesos por los que el paciente pasa hasta el alta.

Una muestra más de que el apartado EVOLUCIÓN posee un carácter narrativo que no observamos en el resto de apartados nos lo muestra la presencia de varias construcciones que ofrecen dinamismo gracias a la abundancia de verbos (en contraste con el carácter estático de todo el resto del informe representado principalmente por secuencias descriptivas en las que abundan los sintagmas nominales) y al empleo de adverbios de tiempo y lugar.

En nuestros informes son muy frecuentes la variación de tiempos verbales (presente-indefinido) y las alusiones temporales tanto con fechas como con adverbios de tiempo “Al ingreso se inicia tratamiento con...Tras estabilizar al paciente se inició tratamiento con...Presenta...Mejora...Recibe 2º dosis...Se decide alta”, “ponemos Durogesic para control del dolor, dejamos Duphalac para evitar estreñimiento y colocamos Sinogan en gotas debido a la agitación psicomotriz” (248) o “tras la colocación de Oxycodona para el tratamiento del dolor, Lansoprazol para el reflujo junto con Duphalac como laxante, ...” (241).

Argumentativos: se caracterizan por la presencia de construcciones sintácticas más complejas, con nexos subordinados y oraciones más largas. El autor fundamenta su opinión, premisa o tesis con respecto a un tema desarrollando ordenadamente una serie de razones a favor de su conclusión: dado.... se decide/ se inicia... (“dado el mal pronóstico se decide sedación”); síntoma...por ello.... (“presenta agitación por lo que se decide...”). Asimismo, aparecen marcas de modalidad: ‘podría decirse...’, ‘cabría esperar...’, ‘probablemente...’ y perífrasis aspectuales; sin embargo, no son tan abundantes las formas condicionales como cabría esperar.

En algunos Servicios, por último, emplean una plantilla predeterminada en la que siempre se repite la misma construcción; así en Oftalmología: “**EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA**: El postoperatorio inmediato cursa con normalidad por el que el paciente es dado de ALTA el día 05-04-05 pasando a control ambulatorio.” (156) y en los informes de exitus de Paliativos: “Durante su estancia en la Unidad la paciente ha presentado ...así como deterioro progresivo ...que ha precisado control sintomático a través de palomilla para infusión subcutánea de analgesia y sedación. La paciente fallece en su domicilio dada su situación terminal el ...” (157), formato al que algún facultativo añade: “causa inmediata de la muerte..., causa intermedia.... y causa fundamental....”.

Un ejemplo de apartado EVOLUCIÓN correctamente construido sería el del documento 262 ya que se presentan de forma clara y ordenada las complicaciones, se resuelven y se concluye con el alta:

“Entre las complicaciones presentadas durante su ingreso destacan:

1. Paciente diagnosticado de anemia refractaria con exceso de blastos con transfusiones periódicas. Durante su ingreso en Hospitalización a Domicilio ha recibido cuatro transfusiones de 4 concentrados de hematíes cada vez seguidas de una infusión de quelante del hierro. No ha presentado ninguna complicación durante las mismas. La última transfusión realizada el 19/4/06. Al alta presenta una Hb de 10.5 gr/dL y un Hcto de 30.2%.
2. Episodio de epistaxis que requirió de taponamiento anterior, motivo por el que se remitió a urgencias.
3. Mal control metabólico con hipoglucemias e hiperglicemias que han requerido del ajuste de la dosis de insulina
4. Pico febril en el contexto de una bacteriemia por staphylococcus aureus sensible a cloxacilina, secundaria a una flebitis por una vía periférica. Ha recibido tratamiento antibiótico con cloxacilina a dosis de 12 gr al día durante 4 semanas. No ha presentado complicaciones ni metastásis sépticas.

Dada la estabilidad clínica se decide dar de alta y control ambulatorio”

### 6.3.9. TRATAMIENTO

#### 6.3.9.1. FORMATO

En este apartado hemos localizado tres contenidos diferentes:

Consejos sobre dietas, ejercicio físico y otras sugerencias que el paciente debe seguir.

Avisos de pruebas y citas que quedan pendientes, lo cual, bajo mi punto de vista, no debería estar ubicado en este apartado sino en un apartado posterior de RECOMENDACIONES.

El tercer grupo consiste en una lista de los fármacos que el facultativo prescribe al paciente en el momento del alta, de uno en uno, escritos en vertical y, por lo general, tipográficamente resaltados.

Así, dado el escaso contenido que aporta el primer grupo y que el segundo ya se analizará cuando hablemos de las recomendaciones y controles, nos centraremos en los medicamentos que el paciente debe tomar después del alta.

En nuestros informes, los medicamentos además de enumerarlos en el apartado TRATAMIENTO, en ocasiones se detalla el tratamiento habitual en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES y, asimismo, en otros apartados del informe se incluyen los cambios necesarios para optimizar la eficacia y seguridad de la terapia; por tanto, en estos dos momentos el receptor del mensaje pasa a ser otro médico que pueda atender al paciente en un futuro por lo que la descripción del tratamiento hecho en el hospital tiene que permitir a otro facultativo comprender las actuaciones seguidas con el paciente. En el apartado TRATAMIENTO se debe incluir la mención al tratamiento que el paciente debe llevar en su domicilio englobando el nombre del fármaco apropiado y la información para el paciente o sus familiares sobre el plan de tratamiento; sin embargo, la prescripción no adecuada e incorrecta del tratamiento puede privar al paciente de los beneficios de la terapia o conducirlo a error, con el perjuicio que ello conlleva. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): «para un uso racional de los medicamentos, el enfermo debe recibir la medicación apropiada para sus necesidades clínicas, a dosis adecuadas según sus requerimientos, durante el tiempo idóneo y al menor coste posible para el paciente y para la comunidad» (nota bibliográfica del Medimecum); es decir, el facultativo que confecciona el informe tiene la obligación de señalar con claridad la dosis, vía, horario de administración y duración del tratamiento para no alcanzar el nivel básico de error que afectaría al contenido ideal. A partir de ahí, toda la información complementaria añade claridad al mensaje.

Sin embargo, se constata que son numerosos los errores de medicación (Lesar, TS et al., 1997; 277 y 2002; 36) en especial debidos al uso de abreviaturas, acrónimos o símbolos no estandarizados o por similitud ortográfica o fonética en los nombres de los medicamentos. Ya en el año 2004 el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (COF), con la colaboración del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España), puso en marcha una campaña (desarrollada entre noviembre de 2003 y marzo de 2004) para la prevención de errores de medicación relacionados con la similitud ortográfica y fonética de los nombres de los medicamentos.

Comprobamos que, para evitar errores, los recursos en Internet sobre seguridad de medicamentos son cada vez más numerosos:

- Sección Medical Errors & Patient Safety de la página web de la Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.ahrpr.gov>), agencia gubernamental, dependiente del Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE.UU.

- Documento Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices, también accesible en esta sección

- Programa Nacional de Notificación de Errores de Medicación que mantiene el ISMP con la colaboración de la Agencia Española del Medicamento (AEM),

- El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (<http://www.nccmerp.org>). Los objetivos fundamentales que persigue el NCCMERP son tres: 1. Promover la comunicación y el registro de los errores de medicación (EM). 2. Analizar las causas de los EM. 3. Fomentar la implantación de medidas de prevención de EM implicando a todos los agentes: profesionales de la salud, industria farmacéutica, administración sanitaria, consumidores y sociedades científicas

- Medscape (<http://www.medscape.com>) es un portal de información sanitaria destinado a los profesionales de la salud con una sección dedicada a los EM: <http://www.medscape.com/pages/editorial/resourcecenters/public/mederrorsadverse/rcmederrorsadverse.ov>

- La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (<http://www.jcaho.org>) es una institución privada que evalúa la calidad de la atención sanitaria

- Conscientes de este problema, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y el ISMP-España han creado un foro de discusión sobre este tema al que se puede remitir sugerencias y comentarios que permitan incrementar la seguridad en los medicamentos.

Para tratar este apartado, partimos de la definición de una serie de términos útiles para comprender y estudiar en la sección TRATAMIENTO:

*Medicamento*: aquellos fármacos, sustancias medicinales y sus asociaciones y combinaciones que, adaptados a una forma galénica determinada, se destinan a ser aplicados al hombre o a los animales para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias, o para afectar a funciones corporales o al estado mental, así como para regular la fertilidad.

Entre los especialistas se diferencia medicamento y fármaco consistente el primero de ellos en uno o más principios activos ya elaborados por la técnica farmacéutica para su uso medicinal mientras que el fármaco se considera sinónimo de principio activo.

*Principio activo*: toda sustancia o mezcla de sustancias destinadas a la fabricación de un medicamento y que, al ser utilizadas en su producción, se convierten en un componente activo de dicho medicamento destinado a ejercer una acción farmacológica, inmunológica o metabólica con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, o de establecer un diagnóstico.

*Excipiente*: todo componente de un medicamento distinto del principio activo y del material de acondicionamiento.

*Forma galénica o forma farmacéutica*: la disposición a que se adaptan los principios activos y excipientes para constituir un medicamento. Se define por la combinación de la forma en la que el producto farmacéutico es presentado por el fabricante y la forma en la que es administrada.

*Presentación*: cada entidad puesta en el mercado que sigue el régimen jurídico de las Especialidades Farmacéuticas y que contiene un medicamento, bajo una denominación comercial, en una forma farmacéutica determinada y con un cierto contenido por envase. Una misma especialidad farmacéutica puede aparecer en el mercado bajo dos o más formatos o presentaciones. A cada especialidad farmacéutica le corresponde un número de inscripción en el Registro de especialidades farmacéuticas. A cada formato o presentación le corresponde un número de Código Nacional que la identifica inequívocamente. (100 comp. de 500 mg; caja de 10 ampollas de 1 ml, 10 mg/ml, etc.)

*Nombre químico*: es un nombre sistematizado que proporciona una identificación química completa y describe la estructura química de una sustancia.

*Nombre vulgar*: nombre de titularidad pública que se acuña al azar, sin la aprobación de los comités nacionales o internacionales.

La mayoría de los medicamentos se identifican por una marca registrada, seleccionada por el propietario del producto y registrada en el Registro de la Propiedad Industrial. La patente de un fármaco es propiedad de la industria que la patentó y esa patente dura 20 años; por tanto, las marcas registradas son de propiedad privada y solo se pueden usar con el consentimiento del dueño.

Por otro lado, una vez caducada la patente los fármacos pueden comercializarse y deberán ser vendidos bajo la denominación del principio activo que incorporan; son los llamados medicamentos genéricos cuya comercialización debe estar aprobada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y su nombre –Denominación Común Internacional (DCI) o en el caso de España Denominación Oficial Española (DOE)– suele ser designado por comisiones de nomenclatura nacionales o internacionales.

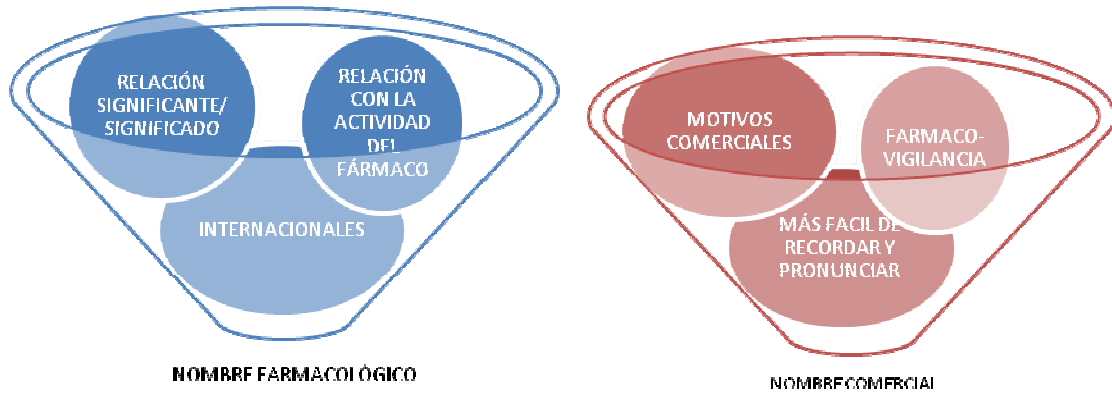
En contraposición a la marca registrada, el nombre farmacológico consiste en un nombre oficial no registrado, destinado al uso por los profesionales sanitarios y que es de propiedad pública. Se selecciona mediante un proceso formal entre organismos oficiales (comités de nomenclatura nacionales o internacionales: DCI y DOE) y los fabricantes.

Una DCI consta de un prefijo imaginario escogido al azar y un radical común que relaciona a productos pertenecientes a un mismo grupo de sustancias de acción farmacológica; así, clopidogrel está formado por el prefijo clopido y el radical común correspondiente a los inhibidores de la agregación plaquetaria: grel.

Por todo lo dicho, cuando el médico tiene que escribir en el informe de alta el nombre del fármaco que va a ordenar que el paciente tome le debe surgir la duda de qué término anotar: el nombre farmacológico o el nombre comercial.

Sin duda, en la actualidad la situación ofrece, por sí misma, una serie de problemas lingüísticos ya que distintos preparados farmacéuticos pertenecientes a un mismo principio activo pueden dar lugar a varias marcas registradas; por ejemplo, Paracetamol (principio activo) y Panadol, Exdol, Zolben. Además, las empresas farmacéuticas registran cada vez más marcas con denominaciones que llevan radicales comunes lo que dificulta la elección de las DCI y conlleva errores de prescripción y dispensación.

Veámos en la figura las ventajas y desventajas de emplear cada tipo de nomenclatura.



Así, para facilitar la comunicación con médicos de otros países resulta más ventajoso emplear el nombre farmacológico ya que posee una relación biunívoca entre el significante y el significado de tal manera que cada fármaco solo puede recibir una DCI, las partículas que componen el nombre están formadas por significantes con significado (-adol significa ‘analgésico, por ejemplo) y, por último, el nombre difiere poco de unos países a otros. Además, como ya hemos dicho, son de dominio público.

Por el contrario, las industrias farmacéuticas y los propios médicos muestran su preferencia por los nombres registrados debido a razones obvias de tipo comercial, a que son más fáciles de recordar y pronunciar por el paciente y a que facilitan el control sobre posibles reacciones adversas de un excipiente u otro tipo de conflicto no relacionado directamente con el principio activo.

Por tanto, la decisión de optar por la utilización de la DCI o principio activo para prescribir medicamentos ofrece ventajas apreciables de tipo sanitario, económico, profesional y cultural y, como dice Fernando A. Navarro: «constituye la propuesta más universal para uniformizar la nomenclatura de los fármacos» (Navarro, 1997: 122).

La plataforma “Europa y Medicamento”, colectivo formado por diversas instituciones europeas y organizaciones de usuarios trata de impulsar la prescripción y uso de la DCI por pacientes, profesionales y cuidadores.



Sin embargo, en España, no existe un criterio único a la hora de decidir qué nombre emplear y esta falta de coherencia se debe a diversas razones: ignorancia de la DCI, confusión con otras denominaciones más comunes o con la marca registrada, retraso de la legislación española, influjo de las denominaciones oficiales de países de habla inglesa y problemas ortográficos y fonéticos.

Como Fernando A. Navarro indica, la primera mención a la DCI en la legislación española no se localiza hasta 1982 por medio de una orden (BOE nº 186, 5 agosto 1982) donde se obliga a utilizar la DCE en los envases de los medicamentos. Posteriormente, en 1985 (BOE nº 302, 18 diciembre 1985), se amplía la obligación de usar la DCI para publicidad sobre medicamentos y en 1988 se vuelve a hacer mención de nuevo (BOE nº 1988, 5 mayo 1988). La primera mención a una futura denominación oficial española llega en el año 1986 (BOE nº 102, 29 abril 1986) y será en 1990 con la Ley del Medicamento (BOE nº 306, 22 diciembre 1990) cuando se afronte el problema de la nomenclatura de los fármacos de manera más profunda y legal. Actualmente, en España, se encuentra en vigor la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, con una reforma posterior Ley 10/2013, de 25 de julio “modificación de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios”. En su artículo 14 sobre garantías de identificación dice: «A cada principio activo le será atribuida una denominación oficial española (D.O.E.) por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La denominación oficial española será de uso obligatorio, sin perjuicio de que pueda expresarse, además, en las correspondientes lenguas oficiales de las Comunidades Autónomas. La denominación oficial española deberá ser igual, o lo más aproximada posible, salvadas las necesidades lingüísticas, a la denominación común internacional (D.C.I.) fijada por la Organización Mundial de la Salud. Las denominaciones oficiales españolas de los principios activos serán de dominio público... Los organismos públicos promoverán la utilización de las denominaciones oficiales españolas, si existen, o, en su defecto, de las denominaciones comunes internacionales o, a falta de éstas, de las denominaciones usuales o científicas».

Respecto a la marca comercial dice la ley: «La denominación del medicamento podrá consistir en un nombre de fantasía que no pueda confundirse con la denominación común, o una denominación común o científica acompañada de una marca o del nombre del titular de la autorización de comercialización...», y sobre los medicamentos genéricos: «deberán designarse con una denominación oficial española de principio activo y, en su defecto, con la denominación común internacional o bien, si ésta no existiese, con la denominación común usual o científica de dicha sustancia, acompañada, en su caso, del nombre o marca del titular o fabricante; asimismo, podrán denominarse con una marca siempre que no pueda confundirse con una denominación oficial española o una denominación común internacional ni inducir a error sobre las propiedades terapéuticas o la naturaleza del medicamento. Podrán identificarse con las siglas EFG (Equivalente Farmacéutico Genérico) aquellos medicamentos que determine la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en razón de su intercambiabilidad».

Más adelante en el artículo 77 la ley dice: «Las recetas médicas y órdenes hospitalarias de dispensación deberán contener los datos básicos de identificación de prescriptor, paciente y medicamentos. En las recetas y órdenes hospitalarias de dispensación, el facultativo incluirá las pertinentes advertencias para el farmacéutico y para el paciente, así como las instrucciones».

Si aplicamos la ley y tratamos de llegar a una normalización, lingüísticamente cada DOE debe ser bien reconocible tanto en escritura como en pronunciación; no ser muy larga; no ser susceptible de confusión con otros nombres; llevar, como hemos indicado, un segmento clave (sufijo, prefijo o segmento intermedio: sufijo – azepam,olol- o prefijo –cef,) común a todas las sustancias del mismo grupo.

Visto el panorama de la nomenclatura, veamos con qué nos encontramos en nuestros informes.

En los documentos revisados se puede mencionar el tratamiento<sup>4</sup> en tres apartados principalmente: ANTECEDENTES (se hace alusión al tratamiento con el que el paciente ingresa o al tratamiento que habitualmente toma el paciente), EVOLUCIÓN (se informa de los cambios y ajustes de medicación que durante el ingreso se realiza al paciente) y TRATAMIENTO (se enumeran los fármacos que el paciente deberá tomar después del ingreso).

---

<sup>4</sup> En adelante TRATAMIENTO va referido siempre al apartado correspondiente dentro del informe mientras que en minúsculas nos referiremos a la lista de fármacos que se prescriben a un paciente.

Sin duda, la información de cada apartado no se dirige a los mismos receptores ya que mientras los dos primeros informan, en especial, a otros facultativos que puedan atender a este paciente en posteriores momentos, la información que consta en el apartado TRATAMIENTO va dirigida a un mayor número de personas: paciente, farmacéutico, otros médicos, etc. Consecuentemente, dicha información deberá incluir de manera clara el nombre del fármaco, la dosis, la vía de administración y la forma farmacéutica si fuera posible.

En el nombre del fármaco se menciona el principio activo o el nombre comercial del fármaco, con o sin abreviaturas; por otro lado, para informar de las dosis se indica la cantidad de principio activo de un medicamento, expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma en función de la presentación, que se administrará de una vez. Respecto a la vía de administración, los fármacos se pueden presentar principalmente en las siguientes vías: oral (v.a.), intravenosa (i.v.), intramuscular (i.m.), subcutánea (s.c.), sublingual (s.l.), rectal, vaginal, inhalatoria, tópica; sin embargo, es conveniente también distinguir la forma en que el medicamento se debe tomar ya que existen diferentes formas y, en raras ocasiones, se indica en los informes esta característica.

La forma farmacéutica es el producto resultante del proceso tecnológico que confiere a los medicamentos características adecuadas como dosificación, eficacia terapéutica y estabilidad en el tiempo. Se pueden distinguir formas farmacéuticas de liberación convencional que son aquellas en que la liberación del principio activo no está deliberadamente modificada por un diseño de formulación particular y formas farmacéuticas de liberación modificada que permiten alcanzar un perfil de concentración plasmática que garantiza la persistencia de la acción terapéutica del fármaco (Vid. tabla 17).

En España, en la actualidad, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios: «Las formas farmacéuticas y las vías de administración de los medicamentos se designarán utilizando los términos estándar en español ("Standard Terms") publicados por la Dirección Europea para la Calidad de los Medicamentos (EDQM) del Consejo de Europa» y en la práctica se puede prescribir de tres formas:

Marca comercial y presentación (dosis y forma farmacéutica) “Britapén 500 mg, 12 comp.”

Principio activo y presentación “ampicilina 500 mg, 12 comp.”

Especialidad farmacéutica genérica y presentación “ampicilina EFG 500 mg, 12 comp.”

Según estos contenidos explicativos hemos agrupado los datos obtenidos de acuerdo a su presencia y disposición en los informes incluyendo las siguientes etiquetas: Nombre, Forma de presentación (Forma), Cantidad de presentación (Cantidad), Número de dosis (Nº), Vía de administración (Vía), Frecuencia y Causa. Y los resultados obtenidos son los siguientes:

1. Solo con el NOMBRE DEL FÁRMACO: habitualmente aparece en el apartado de ANTECEDENTES PERSONALES

## 2. DOS ETIQUETAS

Resulta evidente que los ejemplos obtenidos con dos resultados aportan poca información al paciente, en especial aquellos que van situados en el apartado TRATAMIENTO.

### A. Nombre + frecuencia:

Se detectan diferentes expresiones para indicar la frecuencia:

cada 24 horas: “ADIRO cada 24 horas” (136) (se encuentra en el apartado TRATAMIENTO pero el resto de formas llevan diferente formato: “PREVENCOR 10 un comprimido nocturno. DINISOR RETARD 120 un comprimido cada 24 horas...”)

cada 24 h: “...Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h..., Spiriva cada 24 h...” (187) (alterna en el mismo documento la abreviatura con y sin punto)

cada ....horas: “Atropina, cada 8 horas” (376) (tratamiento); “tratamiento con Fraxiparina y Augmentine plus cada 12 horas” (50) (evolución), “AUGMENTINE PLUS CADA 12 HORAS” (386) (recomendaciones al alta)

/...horas: “... Duphalac/ 12 h...” (141)

horas de alimentación: “... Zarator: 1 comprimido en cena...” (86); “Seguril un comprimido en desayuno y en comida. ... Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y...” (136) (Curiosas las formas ya que en ocasiones lleva artículo y en otras prescinde de él: “en comida/ en la comida”)

Sin duda, la mayoría de los ejemplos los encontramos en los Antecedentes Personales o en el Tratamiento; sin embargo en alguna ocasión aparecen en otros apartados como la Evolución o las Pruebas Exploratorias aunque con construcciones diferentes que incluyen formas verbales y formando parte del apartado expositivo de los informes donde se emplean un mayor número de verbos y de formas locativas: “(tratada con Cloxacilina durante 4 semanas)” (261); “tratamiento con Sutent durante 10 días” (126), “tratamiento con Zometa y Tarceva que tomó durante 20 días y lo suspendió por diarrea” (78); “El resto de tratamiento se mantiene quitando Adolonta, Naproxeno y Paracetamol cada 8 horas, que llevaba pautado” (199).

A pesar de estos ejemplos, el mayor número de muestras de doble etiqueta lo encontramos en los apartados Antecedentes Personales y Tratamiento aunque con una enorme diferencia de estilo ya que ahora el formato de la frecuencia difiere del resto dado que en estos casos es una frecuencia numérica formada por tres dígitos correspondientes a las tomas del desayuno, la comida y la cena, representación simbólica que el paciente se supone que ya conoce:

Así, en el documento 351, apartado TRATAMIENTO, con este formato para todos los medicamentos prescritos se enumera: “OMEPRAZOL 0-0-1; Nuclosina 1-0-0, Primperan 1-0-0, ENALAPRIL 1-0-0” (39), “Boi-K, 0-1-0, Diovan, 1-0-0”.

En otros informes se sigue este mismo criterio aunque algún fármaco añade la forma o cantidad de presentación: “OMEPRAZOL: 0-0-1” aunque “LAMOTRIGINA 25: 1-0-1, FORTECORTIN 1 mg: 2-2-2, OMEPRAZOL: 0-0-1, EFFERALGAN 1 gr si dolor” (60).

Lo mismo sucede en el documento 202 que además de “Omeprazol, 0-0-1, Almax, 1-1-1”, se prescribe “Besitran 50, 1-0-0, Eutirox 100, 1-0-0, Prednisona 30 mg, 1-1-1” indicando también la cantidad.

Más caótico es el resultado obtenido en otros informes, con diferencia de criterio según la medicación: “TARDIFERON 1-0-0, COZAHAR PLUS 1-0-0” pero “ISCOVER 75 1 comp. en la comida, OMEPRAZOL 1 comp. al desayuno.” (126); “DIAMBEN, 0-0-1” pero “MICARDIS 80, 1-0-0. y NOCTAMID 1 comp. por la noche, OMEPRAZOL, 1 comp. diario. Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 ó 8 horas. TEICOPLANINA 400 mg i.v. cada 24 horas” (192, 193, documentos que pertenecen a diferentes facultativos).

Sin embargo, en ocasiones la diferencia de criterio tiene cierta lógica: “Seguril (1-1/2-0)” (150) (para explicar que es medio); “OMEPRAZOL: 1-0-0” (386, por ho0ras el resto)

Respecto a este formato numérico, en los ejemplos obtenidos, cada dígito va separado del siguiente por medio de un guión; sin embargo, no es tan homogénea la decisión de cómo anotar la fracción un medio ya que en algunos casos aparece con el mismo tamaño de todo el texto 1 /2 y en otras reducido ½ hasta el punto de llevar a confusión en algún ejemplo al recoger las dos formas: “Orfidal, ½-1/2-1” (278).

Idéntico formato numérico se emplea para indicar las tomas de insulina aunque, como es lógico, las cantidades varían respecto a las cifras referidas a la toma de otros medicamentos según las horas de alimentación:

“INSULINA INSULATARD INNOLET: 0-22-10” (262); “INSULINA NPH 14-0-7” (24); “INSULINA NPH 22-0-5” (112); “Glucemias bastante estables con insulina NPH, 16.0.6 uds.”: 75; “Insulina NPH 18-0-10” (328, 329, 330).

El documento 256 nos muestra claramente la diferencia numérica de la que hablamos debido a que se utiliza la fórmula numérica en todos los casos y se observa que con la insulina no se utiliza ya el código binario: “Estaba en tratamiento con Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1); Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg. (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa”.

En el documento 257 se alude en tres ocasiones a la insulina que toma el paciente y en todos los casos emplea el facultativo la misma fórmula “Insulatard Inholet 25-0-12, Androcur 50 1 comp.”, “a pesar de haber suspendido Merformina y estar con insulina insulatar 25-0-12...” aunque, en el caso del TRATAMIENTO, se comete un error ya que faltaría el guión que separa el tercer término: “Insulatar 25-012”.

En ANTECEDENTES PERSONALES, dado que lo más común es que se enumeren todos los fármacos de uso habitual en el paciente, se pueden dar casos en los que de manera homogénea se emplee la fórmula numérica que estamos describiendo en todos los fármacos: “Enalapril 1-0-0”: 38; “Nicerium 1-0-1, Isodinit 1-0-1, Enalapril ½-0-0, Gliben clamida ½-0-0 y Silimarina 1-1-1” (96).

Como antes en el apartado TRATAMIENTO, se mantiene a veces la homogeneidad aunque se añaden otros parámetros, bien por citar la forma de presentación o por aludir a la cantidad: “TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0.” (383).

No obstante, se obtienen asimismo situaciones en las que no coincide la expresión de la frecuencia en todos los medicamentos, como comprobaremos más adelante.

## B. Causa + Nombre o Nombre + Causa:

Localizamos estas formas en varios apartados de los informes, destacando especialmente su presencia en el apartado EVOLUCIÓN, y las causas que se aportan son diversas:

- ✓ estreñimiento: en el apartado TRATAMIENTO y expresado con oraciones condicionales “Si no deposición en 3 días poner Micralax” (16), “Si presenta estreñimiento aconsejamos Plantaben” (49); “Si estreñimiento Duphalac” (89); en ENFERMEDAD ACTUAL con oraciones de relativo “estreñimiento que va mal con Plantaben” (369); “Estreñimiento que se soluciona con Duphalac y con enemas de Micralax” (241) o con complemento de finalidad “se pautó laxantes para el estreñimiento” (67).
- ✓ diarreas: en el apartado ENFERMEDAD ACTUAL “cuadro de diarreas su médico lo trató con fortasec” (76); “... Fortasec si diarrea...” (251), “Diarreas y vómitos con relación de toma de Augmentine” (257).
- ✓ molestias abdominales: en ANTECEDENTES PERSONALES “Desde hace años toma Omeprazol por molestias abdominales” (243, 244); “Molestias gástricas en tratamiento con Ranitidina más Almax” (328, 329, 330, 331, 332, 333). En RECOMENDACIONES nuevamente una oración condicional: “Si tiene molestias gástricas ALMAX” (219).
- ✓ vómitos: en EVOLUCIÓN “Primperan para vómitos” (253).
- ✓ hipertensión: en EVOLUCIÓN “CAPTOPRIL SI PRECISA POR ELEVACIÓN DE T.A.” (23).
- ✓ diabetes: en ANTECEDENTES PERSONALES “DM 2 en tratamiento con dianben” (194).
- ✓ infección urinaria: en EVOLUCIÓN “por infección urinaria se inicia tratamiento con Ciprofloxacino 500” (40).
- ✓ dolor: hay medicamentos en los que importa más la causa que la frecuencia como el Paracetamol o el Nolotil: casi siempre en el apartado TRATAMIENTO “Si dolor rescate con nolotil o paracetamol” (283), “Paracetamol si dolor” (194), “PARACETAMOL: Si precisa por dolor” (142), “Nolotil si dolor” (260), “Nolotil sí dolor” (370), “PARACETAMOL, NOLOTIL, etc., si dolor” (183); sin embargo, aparece a veces en la EVOLUCIÓN “presenta dolor cervical que cede con Paracetamol” (328) o en los ANTECEDENTES PERSONALES “Paracetamol según dolor” (7) (en el tratamiento solo añade que debe ser de 1 gr.). Efferalgan y Adolonta son otros dos fármacos que se suelen mencionar para aliviar el dolor tanto en ANTECEDENTES “...Efferalgan si dolor,...” (257), “...EFFERALGAN si dolor,...” (259) como en TRATAMIENTO “Cod-efferalgan si dolor” (398), “Si dolor, **Adolonta**” (89).
- ✓ dolor en el pie: “Ha tomado Ibuprofeno por dolor en pie derecho” (194)
- ✓ disnea: en ANTECEDENTES PERSONALES “tratamiento con Miflanide y Foradil en caso de disnea” (173).

- ✓ tos: en EVOLUCIÓN “cuadro de tos seca residual a la bronquitis que se resuelve con Romilar” (40).
- ✓ alergia: en ANTECEDENTES PERSONALES “alergia a las gramíneas en tto con Zyrtec” (168).
- ✓ síndrome ansioso depresivo: en el apartado ENFERMEDAD ACTUAL “siendo etiquetada de síndrome depresivo ansioso y recomendando tratamiento con Aremis y Tranxilium” (179).

Finalmente se mencionan las causas de varios medicamentos tanto en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES “Intolerancia digestiva digoxina y AMIODARONA POR HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO” (136) como de manera más habitual en la EVOLUCIÓN ya que se está describiendo una situación “tras la colocación de Oxycodona para el tratamiento del dolor, Lansoprazol para el reflujo junto con Duphalac como laxante” (241); “ponemos Durogesic para control del dolor, dejamos Duphalac para evitar estreñimiento y colocamos Sinogan en gotas debido a la agitación psicomotriz” (248).

### **C. Nombre + cantidad presentación :**

Habitualmente este formato lo encontramos en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES junto con otros fármacos de los que no se menciona la cantidad de presentación quizá por no ser relevante: “Sertralina, Zoladex trimestral, Casodex 50, Termalgin ocasionalmente, hipnóticos” (219). El volumen de información aportada es mínimo ya que el facultativo se limita a la enumeración del listado de medicación que el paciente toma en ese momento o tomaba habitualmente. Lo relevante consiste en diferenciar porqué en unos medicamentos se indica la medida de la dosis de fármaco elegida y en otros no. Así, si tomamos como ejemplo el documento 70 se comprueba que en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES hay un subapartado titulado TRATAMIENTO HABITUAL y en él está la siguiente enumeración: “Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta” (70). Analizando cada fármaco con el Vademécum consta lo siguiente:

Rytmonorm: antiarrítmico presentado en ampollas o en comprimidos de 150 y 300 mg

Sinogan: neuroléptico en ampollas, en gotas de 40 mg/ml o en comprimidos de 25 y 100 mg

Co-vals: antihipertensivo en comprimidos recubiertos de 80/12,5 mg

Urbason: corticoide en comprimidos de 4, 16 y 40 mg

Primperan: antiemético que se presenta en ampollas, soluciones o comprimidos de 10

Hibor 2500: heparina de bajo peso molecular que son jeringas que pueden aparecer en 1000, 2500, 3500, 5000, 7500 Unidades Internacionales



Daflon: antivaricoso en grageas de 150 mg

Seropram: antidepresivo en gotas o en comprimidos de 20 y 30 mg

Pantecta: fármaco antiúlceras pépticas en comprimidos de 40 mg o comprimidos recubiertos de 20 mg

Por otro lado en el apartado TRATAMIENTO en el que enuncia el tratamiento que debe tomar el paciente a partir del alta se mencionan de nuevo los mismos fármacos aunque ahora, además de retirar el Co-vals, el Daflon, el Pantecta y añadir Omeprazol, Nolotil y Trangorex, específica: “RYTMONORM 150, SINOGAN 40, 7 gotas a la noche, URBASON 4 mg., PRIMPERAN 10 ml, HIBOR 2500 (incluso de manera correcta se indica que es 1 inyección subcutánea, única forma de administración de este fármaco pero que el paciente conviene que sepa), SEROPRAM 20”.

Por tanto, en el primer apartado desconocemos las dosis de presentación de algunos fármacos utilizados con lo que se omite información relevante para el paciente o cualquier otro receptor de esta información.

Por otra parte, respecto a la cantidad de presentación fluctúa también la presencia de la unidad de medida a pesar de que lo razonable es que siempre se indicara y de acuerdo a las normas dictadas en España según la ley 3/1985, de 18 de marzo, de Metrología y el Real Decreto de 30 de diciembre de 2009; así, solo una vez aparece la cantidad con la medida sin abreviar, en el resto o bien se escribe abreviada o ni aparece quedando unida al nombre del fármaco a través de una preposición o de un espacio e incluso hallamos distintas fórmulas en el mismo fármaco y medida:

“Rubifen 10 miligramos” (52)

“NUTRILIS NUTRICIA 225 GR.” (283), “MASTICAL 1260 mg” (22), “DETRUSITOL 4 mg” (255), “Si precisa se puede asociar seguril 40 mg.” (143)

“Durogesic de 25...” (279)

“Cozaar 50” (45)

“CARDURAN NEO 4 mg” (12), “Carduran Neo 4” (5)

“Adalat Oros60” (5), “Toma...moxon 0.2 mg...Fortecortin de 1mg” (177)

Se aconseja, finalmente, emplear para las formas sólidas la unidad gramo y sus derivados mientras que para las líquidas lo mejor es emplear el líquido y sus derivados; sin embargo, en el documento 115 se utiliza el cc: “MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas”.

Como hemos indicado la mayoría de las veces se emplea esta fórmula en los ANTECEDENTES PERSONALES, no así en el TRATAMIENTO donde se amplía la información sobre la toma; así, en los documentos 390, 391 y 392 en ANTECEDENTES escribe “HTA desde los 16 años en tratamiento con Coropres 25” mientras que en el TRATAMIENTO “Coropres 25, 0-0-1”. Igualmente, en el documento 3 al principio en los antecedentes dice: “Aavidart 0.5 mg” mientras que en el tratamiento se especifica “AVIDART 0.5 1 Comprimido al día”. Por último, en el informe 246, en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES encontramos como tratamiento habitual: “Coropres 25 y Aneurool ocasionalmente”; sin embargo en el TRATAMIENTO se prescribe el primer fármaco escrito de diferente forma y añadiendo el número de dosis y la frecuencia: “Coroprex 25, ½ al desayuno” pero nada se dice del Aneurool.

#### **D. Tipología del fármaco + Nombre:**

“En tratamiento con dieta antieméticos omeprazol” (262, 263)

“Se puede dar suplementos dietéticos tipo MERITENE” (219)

#### **E. Nombre + forma:**

En EVOLUCIÓN “Captopril comprimidos” (23), y en ANTECEDENTES “... Metamizol en ampollas.” (248), “... Atrovent y Ventolín inhalados...” (240)

#### **F. Nombre + vía**

En tres casos la vía se escribe con la forma plena y el resto en abreviatura bien en minúscula (con y sin puntos) o bien en mayúsculas, forma que conduce a graves errores por su confusión con el número romano: “asociándose furosemida endovensa tras la transfusión” (259), “Se cambia Primperan por Yatrox y Dexametasona por vía subcutánea” (48), “tto empírico con amoxicilina y ciprofloxacino oral” (267), “tto unos días con albúmina iv” (169), “tratamiento con albumina iv” (181), “Tramadol i.v. con Primperan i.v.” (232), “tratamiento con Corticoides i.v.” (78), “tratamiento con Omeprazol IV” (45).

Los mórficos y el Midazolam son los fármacos en los que habitualmente se indica la vía de administración: “eventualmente morfina subcutánea en pequeñas dosis” (134), “rotar de opioides a morfina subcutánea” (140), “El paciente es resistente a este fármaco y el 31 de Mayo de 2007 se inicia tratamiento con cloruro mórfico y Midazolam subcutáneo” (233) aunque también con formas abreviadas: “uso de mórficos sc”, “episodios de disnea paroxística nocturna, que mejoran con benzodicepinas (diacepam) o mórfico vo.” (150).

Para concluir esta estructura, dejaré patentes dos nuevo ejemplos de vacilación en los informes ya que en el mismo texto e incluso en el mismo apartado, leemos: “morfina sc” y “midazolam subcutáneo” (16) y en el documento 392 “Al ingreso, se inició tratamiento con Metamizol i.v....por lo que se inició tratamiento con Cloruro Mórfico subcutáneo...pasando el Nolotil a vía oral”.

### **G. Ctdad + nombre**

En el informe 57 dentro del apartado EVOLUCIÓN el facultativo escribe: “Ponemos la siguiente medicación: Media ampolla de Cloruro mórfico al 1%, un mililitro de Midazolan, una ampolla de Droal.”

## **3. TRES ETIQUETAS**

### **A. Nombre + N° + frecuencia:**

Se produce elipsis de la forma de presentación del fármaco y nada se dice de la vía de administración y de la duración de la prescripción. Los ejemplos de este tipo se caracterizan porque el número de dosis es siempre un dígito y se produce la elipsis de la presentación de la dosis. Las formas de expresar la frecuencia son:

cada 24 horas: “...OMEPRAZOL 1 cada 24 horas...” (372), “Ferroprotina 1 cada 24 horas 1 mes” (216) y sus sinónimos al día: “Estomil 1 al día” (376), cada 24 h: “Omic Ocas 1/24 h. antes de acostarse” (171) o “DORMICUM: 1 al acostarse” (21).

cada ...horas: “Omeprazol 1 cada 12 horas”, “augmentine plus 2 cada 12 horas” (395), “Lofton 1 cada 12 horas” (143)

horas de alimentación: “IDALPREN: 1/ 4 en el desayuno y 1/ 4 en la comida” (147).

Y con formas ambiguas que pueden conducir a error ya que resulta difícil interpretar que “Dafalgam 1.1.1.1...” (248) quiere decir 1 comprimido en el desayuno, otro en la comida y otro en la cena o, con más ambigüedad si cabe, “ADOLONTA 1-1-1-1” (39) sería 1 comprimido/cápsula/solución o supositorio en el desayuno, otro en la comida y otro en la cena.

Por otro lado, para describir la prescripción de la insulina se utiliza muchas veces una fórmula similar a la que estamos describiendo formada por el nombre + el número de unidades + la frecuencia marcada siempre por las horas de la alimentación diaria excepto en el documento 76 que se usan las partes del día: “Así mismo se pondrá Insulatad como lo hacía en su casa 14 unidades por la mañana y 6 por la noche” y en el 35 “Insulina Lantus 12 unidades por la mañana”. Para el resto, ya hemos indicado que se distribuyen las tomas en desayuno, comida y cena aunque descubrimos matices diferenciadores entre unos documentos y otros; así, en 263, 256 y 94 se indica que la toma sea antes de alimentarse: “INSULATARD INNOLET: 14 unidades antes del desayuno y 8 unidades antes del cena”. Por el contrario, la preposición ‘en’ sirve para encabezar la mayoría de los ejemplos obtenidos tanto con artículo en el sintagma como sin él (9, 16, 23, 93, 326, 327): “INSULINA LANTUS 8 uds. en el desayuno” (93), “INSULINA LANTUS: 8 unidades en desayuno” (9), “Insulina Lantus 6 Unidades en desayuno” (16) (este último ejemplo con mayúscula incorrecta). Cabe, por último, añadir un ejemplo con la preposición ‘a’ y otro en el que se sustituye la preposición por la barra /: “INSULINA NPH 15 uds. al desayuno, 12 uds. a la cena” (255), “INSULINA LEVEMIR 24 unidades/desayuno” (84).

Con cambio de orden de los elementos obtenemos solo un resultado: N° + frecuencia + nombre: “4 o 5 rescates diarios de Morfina de liberación rápida por lo que precisa subir MST” (40)

## **B. Nombre + ctdad + frecuencia**

Localizadas principalmente en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES y en ellas, la cantidad se expresa, una vez más, con la medida o sin ella, bien con el nombre pleno miligramos, miligramos, gramos o con las abreviaturas mg, ml, gr, cc., mcg.

“Se inicia tratamiento con MST 10 miligramos cada 12 horas” (50),

“Paracetamol 1 gramo cada 8 horas” (48),

“MST 10 mg, cada 12 horas” (78),

“MST 40 mg. cada 12 horas” (77),

“Clinutren diabetes 200 ml/24h” (150),

“Fentanilo 100 mcg/72 h.” (16),

También comprobamos que, como en anteriores formas, las horas de alimentación llevan artículo en algunos casos y en otros se prescinde de él.

De los ejemplos obtenidos destaca “Seretide 25/250 c/12 h.” (14) donde la c significa ‘cada’ y no comprimidos porque Seretide es un fármaco inhalado; por tanto, sería una forma errónea que reiteraría el símbolo de la barra /.

Las estructuras de frecuencia obtenidas en este caso serían:

cada 24 horas (46, 50, 185, 196, 251): "... Hibor 3500 cada 24 horas ..." (251)

/24 h: "Mycostatin 5ml/ 24 h" (150), "Omeprazol 20 mg/24h" (284), "Dacortin 30/24 h." (121)

al día (31, 9, 262): "tratamiento antibiótico con cloxacilina a dosis de 12 gr al día durante 4 semanas" (262)

/día (32, 126, 252): "Omeprazol 20 mg/día" (32)

cada ... (50, 384): "hematuria franca que se trata con Anchafibrin 500 cada 8" (50)

cada ...horas (34, 50, 120, 139, 240, 278, 287, 311, 386, 398): constituye la forma más utilizada en nuestros informes "tratamiento con Fraxiparina a dosis de 60 cada 12 horas" (50)

cada ...h: "tratamiento habitual con Mecformina 850 cada h." (257)

a las... h: "Loracepan 1 mg. a las 23 h. Si agitación se puede aumentar Loracepan hasta 4 mg" (370).

/ ...horas: "Dexametasona 4 mg/8 horas", Depakine 500 mg/8 horas" (32)

/...h (39, 214, 223, 260): "MOTILIUM 10/8 h.", "Sebredol 10 mg/6 h." (39)

horas de alimentación: "... Novonorm: 2 mg en comida. ..." (86), "Dacortin 30 mg en desayuno 7 días, 20 mg en desayuno 7 días, 10 mg. en desayuno y mantener hasta nueva orden médica" (119), "En tratamiento con prednisona 10 mg/d, seguril 1cp/d y omeprazol 1 cp / d" (249), "En tratamiento con prednisona 10 mg / d (¿)" (250) (la abreviatura 'd' no sabemos si se refiere a 'desayuno' o a 'día'), "DIAZEPAM 5 mg en desayuno, 5 mg en comida y 10 mg en cena" (1), "Risperidona 2 mml. En la cena" (370)

días de la semana: "Eritropoyetina 10000 und. internacionales lunes-miércoles y viernes" (365)

partes del día: "MST 100 por la mañana, 130 por la noche" (98, 99), "NOCTAMID 1 mg por la noche" (1), "Noctamid 2 mg noche, si precisa" (316), "Lormetacepam 2 mg por la noche" (283)

Otros: "tratamiento con Actiq 600 antes de las movilizaciones" (77), "durante 2 días administrar Clethane 40" (49), "Sintrom 4 mg. Según pauta de hematología" (143), "COZAAR 50 como venía tomando" (45).

No obstante, mucho más habitual resulta la fórmula ya explicada en la que se enumera tres dígitos correspondientes a desayuno, comida y cena. Cuando la toma de la dosis no es un número entero se emplean diferentes recursos: fracción ("aldactone 100 0-1/2-0"), decimales separados por coma ("Febrectal 650 1,5-1,5-1,5"), decimales separados por punto ("Avidart 0.5 1-0-0"). Además hasta ahora todos los ejemplos obtenidos de este tipo de fórmula separan los tres dígitos por medio de un guión; en cambio, en el documento 372 se separan con punto: "PARACETAMOL 1 gr. 1.1.1.,".

Únicamente un error de dígito localizamos en este grupo: "Cardyl 10 (0-0-01)" (127).

La utilización de este formato varía de unos informes a otros; así, en algunos informes aparece en ANTECEDENTES PERSONALES bien empleado en la descripción de todos los medicamentos o junto a otras fórmulas:

“Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., ...” (358 AP).

“En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.” (248).

En otros informes lo localizamos exclusivamente en el apartado TRATAMIENTO ya que no hay mención al tratamiento habitual del paciente en los Antecedentes Personales: “FORTECORTIN 1 mg: 2-2-2” (60), “LAMOTRIGINA 25: 1-0-1” (60).

Sin embargo, se muestra vacilación en algún informe dado que, a pesar de que este sistema de dígitos se utiliza en el TRATAMIENTO, no se aplica a todos los fármacos; así, en el documento 21 la dosis se menciona con tres dígitos pero Dormicum no se escribe 0-0-1:

“LEPONEX 100 mg: 1 – 1 – 2  
ARTANE: 1 – 1 – 1  
DEPAKINE 500 Crono: 0 – 0 – 2  
DORMICUM: 1 al acostarse”.

A veces, los apartados mencionados emplean el mismo recurso en todas las partes del informe por lo que coincide la manera de indicar la medicación tanto la habitual como la que se debe tomar a partir del alta, únicamente varía el estilo de enunciarlas ya que mientras en los antecedentes se van enumerando de manera horizontal uno a uno los fármacos, en el TRATAMIENTO dicha enumeración se hace en orientación vertical; así, en el documento 39, el sistema de prescripción basado en los tres dígitos de desayuno, comida y cena coincide en ambos casos, a pesar de que hay evidentes diferencias como la falta de la cantidad en el Enalapril, fármacos que se retiran y otros que se incluyen, diferente grafía en Sebredol, distintas dosis en este mismo medicamento y en Duphalac:

“Enalapril 20, 1-0-0. Sutril 5, 1-0-0. Primperan 1-0-0. Nuclosina 1-0-0. Sebredol 10 mg/6 h. Duphalac a demanda. Citran 400 mg. 1-0-0”.

- ENALAPRIL 1-0-0.
- SUTRIL 5, 1-0-0.
- OMEPRAZOL 0-0-1.
- NOCTAMID 0-0-1.
- ADOLONTA 1-1-1-1.
- SINOGAN 0-0-10 gotas.
- SEVREDOL 10 mg. ¼ h.
- MOTILIUM 10/8 h.
- DUPHALAC 1 sobre/8 h.

Finalmente, puede acontecer que el tratamiento habitual enumerado en los ANTECEDENTES PERSONALES describa los fármacos con los tres dígitos y, en cambio, en el TRATAMIENTO se explique de otra manera como sucede en el documento 150 donde, salvo Seguril, el resto de fármacos no coinciden en la fórmula de dosis.

“Tratamiento habitual: seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min.”

- Omeprazol 20 1c /24h
- Amaryl 2mg 1c /24h
- Seguril (1-1/2-0)
- Aldactone A 1c /24h
- Lanirapid 1c /24h
- Diafusor 10 TTS /24h (retirar por la noche)
- Iscover 1c /24h
- Si precisa: Diacepam 5mg 1c / Sevredol 10mg 1c
- Mycostatin 5ml /24h
- Acetilcisteína 1sobre /8h
- Clinutren diabetes 200ml /24h

En relación con esta situación, cabe añadir que en la mayoría de los informes, cuando un fármaco se deja de prescribir, en ningún momento del documento se informa al paciente del cambio y de la causa.

Finalmente, se localiza un único caso con estos mismos parámetros en otro orden: Cantidad + frecuencia + nombre: “siendo tratada, en la actualidad, a base de 1mg/24h de Risperidona” (207).

En aquellas formas en las que se indica la causa para tomar una determinada medicación apreciamos que se restringe a los apartados EVOLUCIÓN y TRATAMIENTO y los resultados obtenidos serían:

### **C. Nombre + forma + causa y causa + forma + nombre**

Estreñimiento y dolor en el primer caso y ansiedad en el segundo son las causas que motivan esta medicación:

“Duphalac sobres si estreñimiento” (283, tratamiento)

“DUPHALAC SOBRES: En caso de estreñimiento” (64, tratamiento)

“Toma Nolotil en ampollas para calmar el dolor” (241, enfermedad actual)

“ponemos Durogesic para control del dolor, dejamos Duphalac para evitar estreñimiento y colocamos Sinogan en gotas debido a la agitación psicomotriz” (248, evolución)

“una ansiedad que conseguimos controlar por medio de inyecciones de Midazolam” (245, evolución)

### **D. Nombre + etdad + causa y Causa + nombre + etdad**

Formas medianamente comunes en las que las nauseas, el insomnio, la cefalea, la infección respiratoria y el dolor constituyen el origen de la toma de estos fármacos que, con estos formatos, documentamos sobre todo en el apartado TRATAMIENTO:

“PRIMPERAN 10 ml si náuseas” (70, tratamiento)

“analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico más rescates de morfina de 10 mg. si dolor” (159, evolución)

“TRAMADOL 50 mg. si dolor” (358, antecedentes personales)

“Eferalgan 1g si cefalea o dolor” (396)

“Si dolor TRAMADOL 50 mg.” (1, tratamiento)

### **E. Nombre + causa + frecuencia**

El mismo facultativo y del mismo Servicio utiliza la misma estructura pero, curiosamente, el nombre del fármaco está escrito de diferente manera:

“EMULIKE LAXANTE si precisa por estreñimiento cada 8 horas” (42)

“EMULIQUEN LAXANTE si precisa por estreñimiento cada 8 horas.” (392).



## **F. Nombre + vía + causa y causa + nombre + vía**

Se emplazan en el apartado EVOLUCIÓN y, a diferencia del resto de la mayoría de ejemplos mencionados hasta ahora, se caracterizan por no llevar unidades de medida, emplear pocas abreviaturas y formar parte de un sintagma predicado verbal en casi todos los casos, ya sea en presente, en pasado o en pretérito perfecto: “se asocia ... morfina vía subcutánea para los episodios de dolor incidental” (90), “Al ingreso precisó de Metamizol intravenoso para la valorar el control del dolor” (391), “hemos suspendido los opiáceos pautados dejando únicamente morfina de liberación rápida para episodios de dolor agudo” (278). Como sintagmas nominales, por el contrario, encontramos fármacos cuya vía de administración es subcutánea: “rotación de opioides de morfina oral a morfina Subcutánea” (50, evolución), también el Haloperidol y el Midazolam.

## **G. Causa + n° + nombre**

“Si tiene dolor tomará: 1 Droal + 1 Adolonta + 1 Primperan cada 8 horas” (281, tratamiento)

## **H. Causa + Nombre + Presentación:**

“estreñimiento por lo que se inició tratamiento con parafina en jarabe” (159, evolución).

Menos habituales son otras estructuras que, evidentemente, aportan poca información sobre la medicación y que, dado que algunas están ubicadas en el apartado TRATAMIENTO, se consideran poco adecuadas por la falta de concreción:

## **I. Nombre + N° + presentación y N° + presentación + nombre**

“PARAPRES un comp” (232, tratamiento)

“INFUSOR DE 7 DÍAS SC (2 ml/h): ... + 21 ampollas de Primperan” (16, tratamiento)

“1 cp de Seguril” (169, evolución)

“2 comprimidos de Propafen(¿)ona” (70, enfermedad actual)

## **J. Nombre + forma + frecuencia:**

Aparte de los inhaladores, los demás son ejemplos extraídos del documento 121 en el apartado TRATAMIENTO, con abundantes abreviaturas y empleando siempre la barra para separar la forma de la frecuencia: “Omeprazol EV/24 h.; Amchafibrin EV/8 h”, “Duphalac po/12 h”, “Lidocaína viscoso enjuagues antes de De/co/ce” (121). “ATROVENT nebulizaciones tal como lo hacía antes del ingreso” (185); “ATROVENT INH: 1-1-1”, “PULMICORT INH: 1-0-1”, “VENTOLIN INH.: 1-1-1” (239); “seguril cp 1-0-0, ... Atrovent inh/ 6 h, ...” (150, antecedentes personales).

### **K. Nombre + frecuencia + forma**

“Dianben (1-1-1) vo” (381, tratamiento; pero en antecedentes personales solo Diamben)

“SINOGAN 0-0-10 gotas” (39, tratamiento)

### **L. Nombre + presentación + frecuencia**

En el apartado Tratamiento localizamos: ( / y 8 h.): “Cariax enjuagues/8 h.” (121), (cada ...horas): “Micostatin enjuagues cada 8 horas” (396) y (c/ 8 h): “Enjuagues con Oraldine y Micostatin, c/8h” (246).

### **M. Nombre + ctdad + forma y forma + nombre + ctdad**

“CLEXANE 40 mg s.c.” (239, tratamiento)

“Suero glucosalino 500 cc PMV” (383, tratamiento)

“parche Fentanilo 50 mg” (29, H<sup>a</sup> actual)

### **N. Nombre + vía + frecuencia**

“teicoplanina iv hasta completar 14 días” (193, evolución)

### **Ñ. Ctdad + nombre + vía**

“7,5 mg de midazolam sc” (31, evolución)

## **4. CUATRO ETIQUETAS**

Como los ejemplos de cada estructura obtenidos no son muy numerosos realizaremos la clasificación de las formas en conjunto de tal modo que el resultado sería el siguiente:

### **A. Nombre + N° + Forma + Frecuencia:**

El n° de dosis se representa en letra o en número; así aunque lo común es que se indique numéricamente, obtenemos algún caso alfabético tanto para los números enteros como para las fracciones: “Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas. Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y Boi-K un comprimido lunes y jueves” y “OMEPRAZOL un comprimido cada 24 horas” (136), “SEGURIL un comprimido cada 24 horas” (112, 136), “Termalgin un cmp cada 8 h.” (247), “XUMADOL un sobre cada 8 horas”, “ZOLPIDEN un comprimido nocturno” (112).

Y con fracción aunque lo común es que se presente como fracción numérica “PRIMPERAN: ½ comprimido cada 8 horas” (147), “LANIRAPID ½ comprimido cada 48 horas” (136), “ORFIDAL: ½ comprimido en la cena” (5), “ORFIDAL ½ Comprimido en cena” (6), “ORFIDAL: ½ comp. en desayuno, comida” (115); sin embargo, en los documentos 108 y 94 se escribe: “Co-Diovan, medio comprimido diario”, “en tratamiento con Metformina 1 comprimido y medio al día”.

Para separar el nombre del fármaco del número de dosis se emplean distintos recursos tipográficos: sin espacio, con un espacio que es lo más común, coma, coma con un espacio de separación por error tipográfico, dos puntos, guión:

- “NATECAL D1 comp. diario” (122)
- “OMEPRAZOL 1 comp. diario” (42, 78)
- “OMEPRAZOL, 1 comp. diario” (192, 193, 311, 392)
- “EMULIQUEN , 1 sobre/ 12-8 horas” (141)
- “NEXIUM: 1 comp/ al día” (158)
- “ATROVENT -2 inhalaciones/6 horas, en cámara volumatic” (182).

Respecto a la forma de presentación, la mayoría prescribe *comprimidos* que son aquellos obtenidos por compresión mecánica de granulados o mezclas pulverulentas de uno o varios principios activos acompañados, generalmente, de diversos excipientes. La forma nominal puede aparecer completa o en sus formas abreviadas: la más común ‘comp’ con o sin punto. Asimismo encontramos ‘compr’ también con y sin punto, ‘cmpr’, ‘cmp’, ‘com.’ y, por último, una abreviatura que conduce a confusión ya que puede significar ‘comprimido’, ‘cada’, ‘cucharada’ entre otros significados:

- “LANIRAPID 1 comp. cada 24 horas” (287)
- “SEGURIL: 1 comp cada 24 horas” (185)
- “Omeprazol 1 compr diario” (392)
- “Zaldiar 1 compr. cada 8 horas” (306, 307)
- “Omeprazol 1 cmpr. Diario” (306, 307)
- “Fármacos: Termalgin un cmp cada 8 h.” (247)
- “Omeprazol 1 com. en desayuno” (278)
- “Omeprazol: 1 c. cada 24 horas” (116).

Menos común resulta el empleo de *cápsula*, que se refiere a la forma farmacéutica constituida por una cubierta de gelatina, rígida o blanda que contiene en su interior fármacos y diversos excipientes “Nolotil 1 cápsula cada 8 horas” (220), su plural “Ultralevura: 2 cápsulas en desayuno hasta completar el envase” (118), la abreviatura ‘cp’ “Pauto Adolonta 2 cp cada 8 horas” (122) o la forma abreviada que en el ejemplo que obtenemos ofrece un error de concordancia al aparecer en plural: “Nolotil 1 cáps. cada 8 horas” (278).

Otra forma farmacéutica mencionada alude a los *sobres* que son polvos fraccionados para preparar soluciones extemporáneas: “DUPHALAC 1 sobre cada 12 horas” (22). Menos común es la aparición, en este caso, de las *gotas* que, según la clasificación de formas farmacéuticas serían soluciones muy concentradas de principio activo cuya forma de envasado permite la administración de pequeñas cantidades “Sinogan 5 gotas/noche” (39) o en “HALOPERIDOL 5 gotas, cada 8 horas” (287). Además este último caso puede conducir a error ya que no se especifica el tamaño del frasco que contiene el medicamento porque el Haloperidol se puede presentar en frascos de 15 y 30 ml.

A las *formas inhalatorias* se alude con fármacos para anestesia general, cuando se persigue obtener efecto sistémico y local como los broncodilatadores o para terapia tópica de las vías respiratorias altas. Como broncodilatadores obtenemos la mayoría de los ejemplos tanto con la forma plena de la palabra como con la abreviatura ‘inh’: “Atrovent: 2 inhalaciones cada 8 horas” (211) y “ATROVENT: 3 inh/ cada 8 h.” (142). En algún caso se alude a la forma en que se presenta el producto pero en ningún momento se explica que debe ser inhalado por medio de un inhalador especialmente diseñado para ello ni mucho menos se ofrecen explicaciones para asegurar la toma del producto del estilo de las que ofrecemos como ejemplo en nuestra investigación: “ATROVENT, 4 inhalaciones/6 h. (hasta acabar) y proseguir con SPIRIVA HANDIHALER, 1 cápsula inhalada/día” (66), “Atrovent inhalador 2 inhalaciones cada 6 horas” (20). Por el contrario, en los siguientes ejemplos sí se concreta el sistema de inhalación que se debe emplear, en un caso una cámara volumatic: “ATROVENT -2 inhalaciones/6 horas, en cámara volumatic” (182) y en otro el sistema Turbuhaler®: “RILAST TURBUHALER: 1 inhalación desayuno y cena” (5).

Pequeños *recipientes de vidrio* cerrados herméticamente, que contienen por lo común una dosis de líquido inyectable son las ampollas y así nos consta en un ejemplo: “LONSEREN 1 amp./21 días (última fecha 8-5-05)” (21).

Por último, el suplemento nutricional se presenta en *frasco* como vemos en “Meritene 1 frasco cada 12 horas” (58) y en otro ejemplo se alude más que a la forma de medir a la cantidad de medicamento que se debe tomar en cada dosis y esta medida se realiza mediante cucharas, cucharilla o cucharada, medida no muy correcta que, además, en este caso para conducir a mayor ambigüedad, aparece de manera abreviada: “Primperan 1 cuch. cada 8 horas” (278).

Con respecto a la expresión de la frecuencia de toma de un determinado medicamento se comprueba que la sinonimia queda patente en muchas de las construcciones ya que, por ejemplo, para expresar que el paciente debe realizar una toma diaria se puede expresar de muy diversas maneras: ‘cada 24 horas’, ‘cada 24h’, ‘/ 24 horas’, ‘diario’, ‘al día’, ‘/día’ hasta el punto de que para una misma medicación se ofrecen variados ejemplos y, como en la última frase llegar a la redundancia:

Omeprazol: 1 comprimido cada 24 horas. (335)  
OMEPRAZOL 1 comprimido cada 24 horas (196)  
OMEPRAZOL un comprimido cada 24 horas (136)  
**OMEPRAZOL:** 1 comprimido cada 24h (400)  
OMEPRAZOL 1 comp. cada 24 horas (122)  
Omeprazol 1 comp cada 24 horas (396)  
*Omeprazol: 1 c. cada 24 horas* (116)  
OMEPRAZOL: 1 comprimido/ 24 horas (14)  
OMEPRAZOL: 1 comp/24 horas (64)  
OMEPRAZOL 1 comprimido diario (83)  
Omeprazol, 1 comp diario (37, 200)  
OMEPRAZOL 1 comp. diario (42, 78)  
Omeprazol 1 compr diario (392)  
Omeprazol 1 cmpr. Diario.(306, 307)  
Omeprazol: 1 comprimido al día (242, 283)  
OMEPRAZOL 1 comp. al día (102)  
OMEPRAZOL 1 comp./día (56, 70, 94, 173)  
Omeprazol 1c/día (252)  
OMEPRAZOL, 1 cápsula/día (desayuno) (66)  
Seguril: 1 comprimido al día, cada 24 horas (211)

En ocasiones, además, se amplía la información especificando los días de la semana en que se tomará la medicación, el momento del día en que se debe tomar u otras circunstancias especiales: “DIGOXINA, 1 comprimido cada 24 horas de lunes a viernes” (341), “Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno)” (261), “SEGURIL: 1 comprimido/día (desayuno)” (183), “FEROGRADUMENT: 1 comprimido al día en ayunas” (64).

La misma analogía de significado nos ofrecen las frases: “LANIRAPID ½ comprimido cada 48 horas” (136) y “SEGURIL: 1 comprimido cada 2 días” (64) y otros recursos como en “NOLOTIL 1 comp. cada 6 u 8 horas” / “Nolotil 1 compr cada 6-8 horas” (392) o en “BOIK 1 comp./semana.” (342) / “Fosamax 1 comp. 1 vez a la semana” (220).

Otra manera de especificar la frecuencia de la toma es por horas; así, “ANCHAFIBRIN: 1 comprimido cada 8 horas” (263), “ZALDIAR: 1 comprimido cada 12 horas” (5), “ZALDIAR 1 comprimido cada 6 horas” (67) y, con la forma abreviada de las horas “**TORADOL: 1 comprimido cada 8h**” (400).

De acuerdo a las partes del día se distribuye, asimismo, la toma o también basándose en las horas de alimentación aunque, en esta variedad, obtenemos formas distintas según se elida el artículo o no: “Cózaar, 1 comprimido por la mañana” (353), “UROLOSIN 1 comprimido por la noche” (83) y con la forma sinónima “ZOLPIDEN un comprimido nocturno” (112), “AMERIDE, 1 comprimido en desayuno” (341) / “AVIDART: 1 comprimido en el desayuno” (5), “Boi-K, 1 comprimido en la comida” (353), “Omeprazol 1 comprimido en cena” (119) / “ORFIDAL: ½ comprimido en la cena” (5). El grado de vacilación es tal que llegamos incluso a encontrarnos frases en las que aparecen conjuntamente formas con y sin preposición o sustituyendo la preposición ‘en’ por ‘a’: “SEGURIL, 1 comprimido en desayuno y medio comprimido en la comida” (182), “Aldactone 100: 1 comprimido en desayuno y otro en la comida” (272), “ACFOL: 1 comprimido a la cena” (255). Asimismo, cuando los momentos de la toma son más de uno podemos hallarlos expresados de diferente manera: “Seguril, 1 comprimido al desayuno y ½ comprimido a la comida” (353)/ “FORTECORTIN 1 comprimido en desayuno y comida” (67) (distinta preposición y con elusión o no del sintagma). Finalmente, solo en un caso se añade algo más de información: “Seguril: 1 comprimido en el desayuno a días alternos” (272).

Respecto a las formas que se presentan como ‘comprimido’ cabe destacar, por último, que en el apartado Antecedentes Personales, cuando se enumera todo el tratamiento del paciente anterior al ingreso, a veces, no se indica la frecuencia de toma del medicamento de manera homogénea ya que en unos casos la toma es por horas, en otras según la hora de la comida y en otros casos por días de la semana:

“Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas. Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y Boi-K un comprimido lunes y jueves” (136).

En cuanto a las formas abreviadas como ‘comp’ localizamos ejemplos con todas las variedades de expresiones para la frecuencia que hemos mencionado anteriormente; así, hallamos formas sinónimas como “DISGREM 1 comp. cada 24 horas” (287), incluso en mayúsculas “PRISDAL 1 COMP. CADA 24 H.” (7); “Boi-K 1 comp/24horas” (295), “OMEPRAZOL 1 comp. diario” (42, 78: sin coma separando el nombre del número), “OMEPRAZOL, 1 comp. diario” (192, 193, 311, 392 -con coma); “Omeprazol, 1 comp diario” (37, 200 -sin punto en la abreviatura), “Omeprazol, 1 comp. diario” (246 -con punto); “PLAVIX 1 comp al día” (210); “PROSCAR: 1 comp/al día” (73); “ISCOVER 1 comp./ día” (25). Una vez más aparecen pruebas de distintas expresiones para decir lo mismo como sucede en tres informes de Oncología firmados por el mismo facultativo: “Iniciamos tratamiento con Letrozol (Femara) 1 comp. diario. Junio 2004” (392) y “En junio-04 iniciamos tratamiento con Letrozol (Femara) 1 comp. diario...” (390, 391).

Sin embargo de todas las formas sinónimas encontradas, destaca una construcción errónea, por redundante, en la que el símbolo / (equivalente en este tipo de expresiones a ‘cada’ o ‘al’) se escribe junto a su significado; así “NEXIUM: 1 comp/ al día” (158) o “PROSCAR: 1 comp/al día” (73).

Poco numerosos son, igual que en las formas con ‘comprimido’, los detalles informativos que se añaden en el resto de las formas; por tanto, se ciñen a ejemplos en que se limita el tiempo de la toma, se indica el tiempo que lleva con una medicación determinada, se especifica si antes o después de las comidas, se menciona cuándo suspender la toma, se condiciona con un ‘si precisa’ o se indican otras observaciones referentes a la medicación:

“Omeprazol 1 comp/24 h durante 1 semana” (88), “DIGOXINA, 1 comp./ día (excepto sábados y domingos)” (141), “PRIMPERAN 1 comp. cada 8 horas por 3 días.” (380, 381), “NOROXYN 1 comp./12 horas / 7 días” (324), “Primperan 2 comp. con desayuno, comida y cena durante 4 días” (328), “Primperan 2 comp. un cuarto de hora antes de desayuno, comida y cena durante 4 días.” (331, 332, 333). “Seguril 2 comp./día y desde hace 1 semana Dilutol 1 comp./día” (215, 224)

“DISGREN: 1 comp diario después de la comida” (138)

“ANCHAFIBRIN 1 comp. cada 8 horas. Suspender sino esputos con sangre” (287), “NOLOTIL 1 comp. cada 8 horas. Suspender si dolor” (287), “POLARAMINE 1 C/ 8 HORAS 3 DÍAS, POLARAMINE 1 C/12 HORAS 3 DÍAS Y SUSPENDER, al haber presentado durante el postoperatorio reacción alérgica cutánea” (104), “Ultralevura: 2 cápsulas en desayuno hasta completar el envase” (118)

“Noctamid: 1 c. a la noche si precisa” (116), “DUFALAC 1 sobre a la noche si precisa” (179)

“METAMIZOL: 1 c / 8 horas, alternando con el paracetamol” (14), “LONSEREN 1 amp./21 días (última fecha 8-5-05)” (21), “DUPHALAC: 1 sobre cada 24 h, que regulará según ritmo intestinal” (142), “VENTOLIN, 1 inhalación cada 8 horas. Puede repetir en caso de disnea” (311), “TARDYFERON 1c/comida durante dos meses, teniendo en cuenta que la ingesta de hierro tiñe las heces de negro” (45).

Las construcciones referentes a las horas de alimentación se pueden expresar de diversos modos ya que, además de la forma que va entre paréntesis, se complementa el sintagma con la preposición ‘en’ -con y sin artículo-, con la preposición ‘a’, introducido por la preposición ‘con’, con barra lateral, con guión e incluso en ocasiones se indica si antes o después de la hora de alimentación:

“(OMEPRAZOL, 1 cápsula/día (desayuno))” (66),

“OMEPRAZOL: 1 comp en desayuno” (29),

“Omeprazol 1 comp. en el desayuno” (20),

“Orfidal, 1 comp a la comida” (246),

“SEGURIL, 1 comp. con el desayuno y otro con la comida” (102),

“ALDACTONE A 1 comp./ comida” (25),

“NATECAL 1 CP –COMIDA” (169),

“Ferroprotina 1 sobre 15 min. antes de la comida” (306), “Primperan 1 comp antes de cada comida” (200) o su sinónima “Glucobay, 1 comp antes del desayuno, comida y cena” (27).

Por último vemos algún caso en el que la abreviatura resulta difícil de identificar ya que cp puede ser ‘comprimido’ o ‘cápsula’ y la d podría ser ‘desayuno’, ‘día’, entre otras: “En tratamiento con prednisona 10 mg/d, seguril 1cp/d y omeprazol 1 cp / d” (249).

En el caso de los momentos del día los resultados aunque variados no son tan numerosos: / noche, por la noche, a la noche

“Noctamid 1 comp. a la noche” (331, 332, 333),

“OMEPRAZOL 1 comp./ noche” (25, 33),

“UROLOSIN, 1 comp. por la noche” (344)

Con el fin de agilizar la investigación, paso a enunciar las diversas posibilidades que encontramos en los ejemplos extraídos de los informes señalando la frecuencia y la forma de la toma:

cada 24 horas:

comprimido: “DISGREN: 1 comprimido cada 24 horas” (147)

comp: “Enalapril 1 comp cada 24 horas” (37)

c.: “Omeprazol: 1 c. cada 24 horas” (116)

sobre: “MEGEFREN 1 sobre cada 24 horas” (196)

cada 24 h: comprimido: “OMEPRAZOL: 1 comprimido cada 24h” (400)

/24 horas:

comprimido: “LEVOFLOXACINO: 1 comprimido/ 24 horas” (14)

comp: “Seguril 1 comp/ 24 horas” (295)

inhalación: “SPIRIVA: 1 inhalación/24 horas” (64)

/24 h:

compr: “Omeprazol 1 comp/24 h durante 1 semana” (88)

c: “Lanirapid 1c/24 h” (150)

/ 24 H: cp: “BOI K: 1 cp/24 H” (169)

diario:

comprimido: “Natecal D 1 comprimido diario” (274)

comp. : “Omeprazol, 1 comp. diario” (246)

compr: “**Omeprazol** 1 compr diario” (329, 330)

cmpr: “Omeprazol 1 cmpr. Diario.” (306, 307)



al día:

comprimido: “Ferrogradumet: 1 comprimido al día” (74)

comp: “PLAVIX 1 comp al día” (210)

c.: “DIOBAN, 1c. al dia.” (354)

cápsula: “SPIRIVA: 1 cápsula al día” (5)

/ al día: comp.: “PROSCAR: 1 comp/al día” (73)

/día:

comprimido: “SEGURIL: 1 comprimido/día (desayuno)” (183)

c: “CASODEX: 1 c/día” (213)

cápsula: “OMEPRAZOL, 1 cápsula/día (desayuno)” (66)

día: comp.: “CASODEX: 1 comp día” (29)

cada 48 horas: comprimido: “LANIRAPID ½ comprimido cada 48 horas” (136)

cada 2 días: comprimido: “SEGURIL: 1 comprimido cada 2 días” (64)

cada ...horas:

comprimido: “ANDROCUR: 1 comprimido cada 8 horas” (255, 256)

comp.: “Droal 1 comp. cada 8 horas” (34)

compr.: “Zaldiar 2 compr. cada 6-8 horas” (392)

c.: “Codeisan: 1 c. cada 8 horas” (116)

cápsula: “ADOLONTA, 1 cápsula cada 8 horas” (102)

cáps: “Nolotil 1 cáps. cada 8 horas” (278)

cp: “Pauto Adolonta 2 cp cada 8 horas” (122)

sobre: “Oponaf 1 sobre cada 12 horas” (278)

cuch.: “Primperan 1 cuch. cada 8 horas” (278)

gotas: “HALOPERIDOL 5 gotas, cada 8 horas” (287)

inhalación: “Atrovent: 2 inhalaciones cada 8 horas” (211)

inh: “Atrovent 2 inh cada 6 horas” (283)

frasco: “Meritene 1 frasco cada 12 horas” (58)

cada ...h:

comprimido: “PARACETAMOL: 1 comprimido cada 8h” (400)

comp.: “ANCHAFIBRIN 1 comp./8 h” (173)

cmp: “Termalgin un cmp cada 8 h.” (247)

/...horas:

c: "PARACETAMOL: 1 c / 8 horas" (14)

sobre: "DUPHALAC: 1 sobre/12 horas" (183)

inhalaación: "ATROVENT -2 inhalaaciones/6 horas, en cámara volumatic" (182)

inh.: "ATROVENT, 3 inh./ 8-6 horas" (141)

/...h:

sobre: "PLANTABEN, 1 sobre/12 h." (66)

inhalaación: "ATROVENT 2 inhalaaciones/6 h." (56)

/ cada ...h:

comp: "DISGREN: 1 comp/ cada 12 h." (137)

inh: "ATROVENT: 3 inh/ cada 8 h." (142)

c/...h: comp: "Droal, 1 comp c/6h" (390)

/ n° días: amp.: "LONSEREN 1 amp./21 días (última fecha 8-5-05)" (21)

horas de alimentación:

comprimido: "AVIDART: 1 comprimido en el desayuno" (5)

comp.: "Sutril 1 comp. en el desayuno" (20)

com: "Omeprazol 1 com. en desayuno" (278)

c: "OMEPRAZOL: 1 c en la comida" (110)

cápsula: "Ultralevura: 2 cápsulas en desayuno hasta completar el envase" (118)

cp: "OMEPRAZOL: 1 cp en De" (262)

sobre: "DUPHALAC 1 Sobre en la cena" (6)

inhalaación: "RILAST TURBUHALER: 1 inhalaación desayuno y cena" (5)

días de la semana:

comprimido: "Seguril 1 comprimido lunes, miércoles y viernes" (283)

comp.: "Fosamax 1 comp. 1 vez a la semana" (220)

partes del día:

comprimido: "UROLOSIN 1 comprimido por la noche" (83)

comp.: "UROLOSIN, 1 comp. por la noche" (344)

compr.: "Orfidal 1 compr. por la noche" (306, 307)

c: "DISTRANEURINE: 1 c por la noche" (68)

sobre: "DUFALAC 1 sobre a la noche si precisa" (179)

gotas: "Haloperidol, 10 gotas por la noche" (246)

En este grupo habrá que tener un especial cuidado con las formas “DISGREN: 1 comp/ cada 12 h.” (137), “ATROVENT: 3 inh/ cada 8 h.” (142), “Droal, 1 comp c/6h” (390) ya que son erróneas debido a que en todas sobraría la barra lateral.

#### **B. Nombre + ctdad + N° + frecuencia:**

Esta estructura que contiene la mínima información que habría que dar en el tratamiento está sacada del apartado TRATAMIENTO en casi todos los ejemplos encontrados, únicamente en dos menciones al Durogesic se incluye en ANTECEDENTES PERSONALES. Como en casos anteriores, la cantidad incluye en ocasiones la unidad de medida (mg) o prescinde de enunciarla: “PARIET 20: 1 al levantarse” (219), “FORTECORTIN 1 mg: 2 en el desayuno” (1) y en los ANTECEDENTES: “DUROGESIC 25 1/ 72 horas” (358), “Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.” (181), dos ejemplos similares, el 181 de Neumología y el 358 de Paliativos, aunque con claras diferencias entre ellos: presencia / ausencia de medida, el nombre en mayúsculas /minúsculas, la expresión cada como palabra plena o con la barra lateral y el término horas abreviado y sin abreviar; en suma, un ejemplo claro de que existen discordancias a la hora de decir lo mismo.

#### **C. Nombre + ctdad + N° + presentación**

Se prescinde de indicar la frecuencia de la toma con lo que la información queda mermada, situación especialmente perjudicial cuando se incluye en el apartado TRATAMIENTO:

“Si precisa: Diacepam 5mg 1c/ Sevredol 10 mg 1 c” (150, tratamiento, junto con otros medicamentos cuyas dosis se describen de manera diferente a ésta)

“AREMIS 50 mg un comprimido” (232, tratamiento)

“Androcur 50 1 comp.” (257, antecedentes personales)

#### **D. Nombre + forma + N° + frecuencia:**

Muy similar a la estructura anterior y, como ella, contiene el mínimo de información básica para las dosis. Las formas de administración presentes en los informes se reducen a solución, pomada, cápsulas, ampollas (en este caso abreviada como amp), sobres. Por otro lado, destacan dos formas específicas: la primera hace mención a la variedad correspondiente al sabor de un producto nutricional – “ISOSOURCE vainilla: 1 cada 12 horas” (276); en el segundo caso se menciona el dispositivo empleado como inhalador, difícil de identificar dado que está escrito en forma abreviada TH que equivale al Turbuhaler® - “Symbicort TH 1 cada 12 horas” (398).

### **E. Nombre + N° + presentación + frecuencia y cambiando el orden N° + nombre + presentación + frecuencia**

Las formas de presentación que obtenemos, todas en el apartado TRATAMIENTO, son cápsula y la abreviatura cuch. para cucharada, forma ésta poco aconsejable ya que, al ser una unidad mal definida, debería evitarse, como ocurre con “pizca”, “punta de cuchillo”, etc.:

“Primperan 1 ó 2 cuch. cada 8 horas mientras persistan náuseas o vómitos” (366, 367). Obsérvese, asimismo, el error de acentuación en la o que separa los dos dígitos.

“Adolonta 1 cápsula cada 8 horas, si persiste el dolor puede aumentar la dosis de Adolonta hasta 2 cápsulas cada 6 horas” (220)

Con el orden cambiado, “2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas” (115)

Hasta aquí las estructuras de frecuencia más empleadas se basan sobre todo en la forma cada...horas y la agrupación de los resultados se resumen en:

al día: “en tratamiento con Cardyl 10 1 comp. al día” (126)

cada ...horas: “Augmentihne 500/125, 1 cada 8 horas 10 días”, “Nolotil capsulas 1 cada 8 horas si precisa” (216), “Ciopprofloxacino 500, 1 cada 12 horas” (376), “neobrufen 600 1 cada 8 horas” (395), “Mycostatin solución: 1 enjuague cada 8 horas”, “Nolotim amp.: 1 cada 8 horas. Si persiste el dolor, Adolonta 50 mg.” (316), “ISOSOURCE vainilla: 1 cada 12 horas”, “FLUIMUCIL sobres 1 cada 8 horas (1 en desayuno, 1 en comida y otro en cena)” (276), “Symbicort TH 1 cada 12 horas” (398), “Primperan 1 ó 2 cuch. cada 8 horas mientras persistan náuseas o vómitos; Adolonta 1 cápsula cada 8 horas, si persiste el dolor puede aumentar la dosis de Adolonta hasta 2 cápsulas cada 6 horas” (220)

cada ...h: “Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.” (181)

/...horas: “DUROGESIC 25 1/ 72 horas, ...” (358)

Otros: “Thrombocid pomada: en el brazo izquierdo 3 veces al día” (359)

horas de alimentación: “RANITIDINA 150 mg.: 1 con el desayuno y 1 con la cena “ (31), “Coroprex 25, ½ al desayuno” (246)

### **F. Nombre + ctdad + vía + frecuencia y con el orden cambiado Nombre + ctdad + frecuencia + vía**

Constituye una de las estructuras más utilizadas, en especial en el TRATAMIENTO, para la explicación de los fármacos cuya vía de administración es subcutánea, como así se indica en las prescripciones; sin embargo, esa vía de administración no se escribe del mismo modo en todos los informes ya que, si la dosis de administración del fármaco lleva la cifra seguida de la unidad de medida concreta, se emplea la voz ‘subcutáneos’ en plural; en cambio, si consta solo la cifra el término elegido es ‘subcutáneo’. Para ambos casos, en ocasiones, se presenta la abreviatura correspondiente bien separada con puntos o unida (sc, s.c.):

“Bemiparina 3.500 UI subcutáneos cada 24 h, durante 10 días” (43, 160, 254)

“Hibor 5000 subcutáneo, cada 24 horas” (71)

“Enoxaparina 40 mg subcutáneos cada 24 h, durante 10 días [...]” (104)

“Clexane 40, subcutáneo, cada 24 horas, 1 mes” (155, 216)

“CLEXANE 60 s.c./12 h.” (68)

“neorecormon 4000 UI sc los martes” (4)

El resto de vías de administración que recogemos aparecen con sus formas abreviadas: así EV, ev (endovenosa) “Tazocel 4 g EV/8 h / Tazocel 4 g ev/8 h” en el mismo documento (121); vo (vía oral) e IV (intravenosa) que puede aparecer también separado I V o con minúscula y puntos como vemos en los ejemplos siguientes:

“Se continuó tratamiento con oxigenoterapia, ceftriaxona 2 g IV / 24 h y Levofloxacino 500 vo / 24 h” (245, 249)

“Tazocel 4 g I V cada 8 horas” (363)

“TEICOPLANINA 400 mg. i.v. cada 24 horas” (192)

Respecto a la segunda estructura de este apartado es más común la presencia de formas abreviadas para la vía de administración ya que, excepto en “PARACETAMOL 1 grs en desayuno, comida y cena vía oral” (136) y en “Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas intramuscular” (63), el resto de ejemplos están escritos con abreviatura: sc, s.c., vo, v.o.

En cuanto a la frecuencia de administración, las formas obtenidas son las siguientes:

cada 24 horas: “Hibor 5000 subcutáneo, cada 24 horas” (71); “Clexane 40, subcutáneo, cada 24 horas, 1 mes” (155, 216); “TEICOPLANINA 400 mg. i.v. cada 24 horas” (192); “Clexane 20 subcutáneo cada 24 horas, mientras no aumente la movilización”, “Ceftriaxona 2 g i.v. cada 24 horas (desde el día 25)” (250); “Levofloxacino 500 mg cada 24 horas v.o.” (250)

cada 24 h: “Bemiparina 3.500 UI subcutáneos cada 24 h, durante 10 días” (43, 160, 254); “Enoxaparina 40 mg subcutáneos cada 24 h, durante 10 días [...]” (104); “Levofloxacino 400 miligramos oral cada 24 h.” (257)

/24 h: “ceftriaxona 2 g IV / 24 h y Levofloxacino 500 vo / 24 h” (245, 249); “CLEXANE 40 subcutáneo/ 24 h.” (98); “Clexane 40 mg/24 h sc” (238)

/ 24 H: “HIBOR 3.500 SC/24 H DURANTE UN MES Y POSTERIOR REINTRODUCCIÓN DEL SINTRON POR SU MÉDICO” (153)

cada ...horas: “Tazocel 4 g I V cada 8 horas (363); Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas intramuscular” (63)

/...h: “CLEXANE 60 s.c./12 h.” (68); “Tazocel 4 g EV/8 h / Tazocel 4 g ev/8 h” (121); “Vancomicina 1 g EV/12 h.” (121); “DEXAMETASONA 4 mg. / 8 h. vo.” (98); “DEXAMETASONA 4 mg./8 h.vo.” (99); “Clexane 60/12 h s.c. al 5º día del inicio del cuadro” (68); “IBUPROFENO 600 / 12 h. vo.” (98, 99)

horas de alimentación: “PARACETAMOL 1 grs en desayuno, comida y cena vía oral; PARACETAMOL 1 grs en desayuno, comida y cena vía oral” (136)

Otros: sin especificar el término hora “Perfalgan 1g EV/8” (121)

Otra estructura, pero menos relevante sería:

**G. Nombre + cantidad + forma + frecuencia**

“MASTICAL 1260 mg comp. mast: 0-1-1” (22)

**H. Frecuencia + ctdad + Nombre + frecuencia**

“Por nuestra parte se recomienda añadir a su tratamiento habitual un ciclo de 5 días de 500 mg de ciprofloxacino cada 12 h” (379)

**I. Nombre + N° + vía + frecuencia**

“LACTOFERRINA 1 Vía bebible/12 h.” (66)

**J. Nombre + ctdad + forma + frecuencia**

“Diafusor 10 TTS/24 h (retirar por la noche)” (150)

Por otra parte, agruparemos las formas en las que se indica la causa y que, como en casos anteriores, pueden aparecer tanto en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES como en el TRATAMIENTO; así,

**K. Nombre + forma + frecuencia + causa:**

Esta estructura, la más abundante, se incluye siempre en el apartado TRATAMIENTO, es especialmente empleada con el fármaco Duphalac, las formas presentadas son sobres, enjuagues o jarabe y puede especificar la causa al principio de la oración o al final:

“DUPHALAC 1 sobre cada 8 horas, si estreñimiento” (78)

“Si estreñimiento, DUPHALAC 1 sobre cada 8-12 horas” (67)

**L. Nombre + N° + frecuencia + causa y cambiado de orden Causa + N° + Nombre + frecuencia o Causa + nombre + n° + frecuencia**

“OMEPRAZOL 1 al día (estómago)” (93); “EFFERALGAN 1 gr. cada 8 h. en caso de dolor” (94)

“Si tiene dolor tomará: ... 1 Primperan cada 8 horas” (281)

“Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 u 8 horas: 42 / Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 ó 8 horas” (192)

**M. Nombre + ctdad + frecuencia + causa y con otro orden Nombre + causa + ctdad + frecuencia o Causa + nombre + ctdad + frecuencia**

Fórmula lingüística empleada con el antiinflamatorio Ibuprofeno y con el analgésico Paracetamol: “IBUPROFENO, 600MG/8H SI DOLOR DE TOBILLO (153); PARACETAMOL 1 gr. cada 8 horas (dolor)” (93). Y con diferente orden:

“tratamiento con oxicodona para el dolor visceral 10 mg. cada 12 horas” (199)

“SI DOLOR SEVREDOL 10 MG CADA 4 HORAS” (386)

**N. Nombre + n° + presentación + causa o con el orden alterado Causa + nombre + n° + presentación**

Destaca, únicamente, la posibilidad de escribir la presentación con la palabra plena o con abreviatura y los números con letra o con dígito:

“EFFERALGAN: 1 cp si dolor” (262)/ “Efferelgan: 1 comprimido si dolor” (261)

“PARACETAMOL, NOLOTIL, 1-2 cáps. si dolor costal, fiebre, etc. (141) / Nolotil, 1 capsula si dolor” (353)

“Si precisa por dolor ADOLONTA: 1 comprimido” (14) / “SI DOLOR ADOLONTA UNA CAPSULA” (232)

“LARGACTIL 10 gotas si hipo” (102)

**Ñ. Causa + nombre + vía + n°**

“Dolor controlado con Fentanilo subcutáneo 25 mas 12” (289)

**O. Nombre + ctdad + presentación + error**

“Si precisa: Diacepam 5mg 1c/ Sevredol 10 mg 1 c” (150)

**P. Causa + nombre + ctdad + vía**

“Si crisis convulsivas o intranquilidad, MIDAZOLAM 7’5 mg subcutáneo” (31)

Cuando la prescripción incluye estas cuatro etiquetas y una de ellas es la causa, comprobamos que se localiza principalmente en el apartado TRATAMIENTO. Las causas que el facultativo asocia a cada medicamento pueden ser estreñimiento (en una ocasión con un léxico más culto “en dependencia del ritmo deposicional”), tos, molestias orofaríngeas, náuseas, prurito, dolor y, más concretamente, dolor de tobillo, dolor visceral, dolor costal y, en una ocasión, por medio de un mecanismo que utilizan a veces algunos médicos, situando la causa entre paréntesis relacionada con la parte del cuerpo que tiene el problema; en este apartado “OMEPRAZOL 1 al día (estómago)” (93). Respecto a las ocasiones en que se indica la frecuencia de la toma comprobamos que se repite casi siempre el mismo formato:

cada ....horas: “DUPHALAC 1 sobre cada 8 horas, si estreñimiento” (78); “Si estreñimiento, DUPHALAC 1 sobre cada 8-12 horas” (67); “Codeisan jarabe cada 6 horas si tos” (283); “Nolotil cápsulas cada 8 horas si tiene dolor” (155); “DUPHALAC, 1 sobre cada 12 horas, si no realiza deposición” (182); “Duphalac 1 sobre cada 8 ó 12 horas en dependencia del ritmo deposicional” (34); “Si estreñimiento Duphalac 1 sobre cada 12 o 24 horas” (306, 307); “Si estreñimiento DUPHALAC 1 sobre cada 8 horas” (122); “EFFERALGAN 1 gr. cada 8 h. en caso de dolor” (94)//”Si tiene dolor tomará: ... 1 Primperan cada 8 horas” (281); “Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 u 8 horas” (42); “Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 ó 8 horas” (192); “Analgesia si dolor tipo Nolotil 1 cada 8 horas” (71); “Si dolor, NOLOTIL, 1 comp. cada 8 horas” (126); “PARACETAMOL 1 gramo cada 8 horas si dolor” (182); “tratamiento con oxicodona para el dolor visceral 10 mg. cada 12 horas” (199); “SI DOLOR SEVREDOL 10 MG CADA 4 HORAS” (386)

Sin embargo, son escasos los ejemplos con otra representación:

diario: “Si precisa por estreñimiento: Duphalac de 1 a 3 sobres diarios” (390, 391)

al día: “DUPHALAC en caso de estreñimiento, 1 sobre de 2 a 4 veces al día” (56); “Si no deposición, DUPHALAC 1 sobre al día” (31); “OMEPRAZOL 1 al día (estómago)” (93)

/...h: “IBUPROFENO, 600MG/8H SI DOLOR DE TOBILLO” (153)

horas de alimentación: “Mycostatin enjuagues después de cada comida si molestias orofaríngeas” (230); “Primperan jarabe antes de las comidas si nauseas” (283); “DUPHALAC sobres: 1 con desayuno y 1 con cena (ESTREÑIMIENTO)” (9).

## 5. CINCO ETIQUETAS

### **A. Nombre + Ctdad + N° + presentación + frecuencia:**

Se manifiesta como una de las construcciones más utilizadas, en especial en el TRATAMIENTO y, bajo mi punto de vista, da lugar a una información bastante más completa que las anteriores sobre la medicación que el paciente debe tomar.



Las particularidades que podemos extraer de este primer grupo se caracterizan por la presencia de nombres de fármacos diferenciados tipográficamente; la cantidad puede aparecer con la unidad de medida o sin ella; el nombre y la cantidad pueden ir separados por coma, guión grande, guión pequeño, preposición ‘de’ o espacio; los dígitos de la cantidad a veces van entrecomillados, tanto si van solos como con la unidad de medida; estos dígitos en ocasiones no son números enteros sino fraccionarios; la unidad de medida puede ir escrita como palabra plena o como abreviatura; dicha abreviatura puede llevar punto o no; se ofrecen varias posibilidades de abreviatura: mg/mgr/miligramos o gr/g; los decimales van separados por punto, apóstrofe o por coma; la cifra puede ir unida o separada de la abreviatura; la cantidad y el número pueden ir separados por dos puntos, coma, punto, guión o espacio; el número de la dosis casi siempre se escribe con dígitos pero en algún informe va escrito con letra; abreviaturas variadas como comp, c, cmp, cp para comprimido o in, inh para inhalación; se enumeran diversas formas de presentación: comprimido, ampolla, sobre, parche, inyección, envase, cápsula, inhalación; vacilaciones del estilo: medio, 1/2, 0’5.; presencia de estructuras entre paréntesis como el número, la presentación y la frecuencia (en especial referida a las horas de alimentación), el nombre genérico de un medicamento, el tipo de fármaco o incluso otro tipo de explicaciones más concretas como el tipo de inhalador, las condiciones para tomar un fármaco, etc.

Finalmente, respecto a las formas de enunciar la frecuencia comprobamos que aumenta el número de casos en los que se detalla de manera más exacta la toma de la medicación: ya no se indica solo que el fármaco se debe tomar cada 24 horas sino que se especifica el momento del día en que hacerlo: “Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno)...” (261); lo mismo sucede cuando se indica que la toma es diaria bien sea con la acción que se realiza en un momento concreto del día: “ULCOTENAL 20 mg: 1 comp/ diario al acostarse” (148) o precisando con la hora de la comida introducido el sintagma con las preposiciones ‘con’, ‘en’, ‘al’ o con el nombre entre paréntesis:

“PARIZAC 20 1 comp. diario con el desayuno” (47),

“SUTRIL-10: 1 comp diario en el desayuno” (138),

“Fortecortin 1 mg, 4 comp. al desayuno durante 7 días, reducirá 1 comp c/7 días” (27)

“Omeprazol 20: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno)” (261).

Sin duda, la precisión en este tipo de ejemplos se aprecia, asimismo, porque se amplía la información puntualizando durante cuántos días debe tomar la medicación, precisión que raras veces se menciona en otras estructuras analizadas previamente: durante 4 días, por 3 días, (durante 7 días); asimismo ya obtenemos ejemplos en los que se indica la pauta de la medicación “DACORTIN – 30 mg: 1 comp en el desayuno, disminuyendo 1/3 de comprimido cada 5 días hasta suspender” (115).

Cabe destacar alguna vacilación ya que en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES, cuando se menciona la medicación habitual, se utilizan dos formatos distintos para indicar la frecuencia: “Hydrea 500 mg: 2 comprimidos por la mañana y por la noche y 1 comprimido con la comida” (359) y “O2 al 31%. Flumil 1 sobre cada 8 horas y Noctamid 2 mg: 1 comp en la noche si precisa” (115).

Las fórmulas de frecuencia obtenidas han sido las siguientes:

cada 24 horas: resultado más numeroso del que anotamos los ejemplos más destacados

comp: “OMEPRAZOL -20 mg: 1 comp cada 24 horas” (185, 143)

comp.: “OMEPRAZOL 40mg – 1 comp. cada 24 horas” (22, 34, 287)

comprimido: “OMEPRAZOL 20 un comprimido cada 24 horas” (76, 112, 136, 182, 211, 244, 256, 151, 161)

cápsula: “OMEPRAZOL 20 mg. 1 cápsula cada 24 horas” (263)

parche: “DIAFUSOR 10mg, 1 parche cada 24 horas, retirar por la noche” (182)

cada 24 h: “Lexatin 1.5 mg., 1 comprimido cada 24 h.” (58)

/24 horas: comprimido: “... OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas..” (259); “omeprazol 20 1 c/24 horas” (4); “Omeprazol 20 1c/24 h”, “Amaryl 2 mg 1c/24 h” (150); “ADIRO 100: 1 comprimido/ 24 horas” (14); “Isodiur 5 mg ½ comp/24 horas” (238)

CADA 24 H: “ENALAPRIL 5 MG 1 COMP. CADA 24 H.”, “OMEPRAZOL 20 MG 1 COMP. CADA 24H”, “SEGURIL 40 MG 1 COMP. CADA 24H.” (7)

/24 h: “Acfol 5 mg, 1 comprimido /24 h vo durante 1 mes. Luego suspenderlo” (258); “Dexametasona 4 mg. 1 comp c/24 h.” (37)

diario: “Omeprazol, 20 mg, 1 comp diario” (27); “Demvar 400 1 comp. diario hasta finalizar el envase” (365); “PARIZAC de 20 mg. 1 comp. diario de forma continua” (18); “tratamiento con tamoxifeno 20 mgs. 1 comprimido diario” (274)

al día: forma también muy común

Comprimido: “OMEPRAZOL 20 1 Comprimido al día” (3, 5, 6)

comprimido: “ENALAPRIL 10 1 comprimido al día” (5, 6, 58, 93, 181, 272, 276, 281, 353)

comp.: “FUROSEMIDA 40 mg/2 ml – 1 comp. al día” (22, 210)

inyección: “HIBOR 5000: 1 inyección al día” (276)

parche: “DIAFUSOR 10: 1 parche al día” (181)

c.: “ZYLORIC de 100, 1 c. al día” (354)

envases: “Meritene complet 250 ml, 2 envases al día” (173)

/ al día: “OMEPRAZOL 20: 1 comp/ al día” (137)

/ día: muy numeroso también

comprimido: “HEMOVAS “400”: 1 comprimido/día” (183)

comp: “Omeprazol 20 mg/ 1 comp/día” (244, 240, 141, 142, 70)

comp.: “Unidiamicron 30, 1 comp./día ...” (94, 25, 173)

c: “ZARATOR 20 MG: 1c/día” (68, 213)

parche: “DIAFUSOR “10”: 1 parche/día” (183)

cada ... días: “DUROGESIC 25, ½ parche cada 3 días” (392)

cada ...horas: constituye la construcción más empleada

comprimido: “Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas” (261, 262, 263, 143, 151, 80, 83, 181, 182, 161, 359, 147, 316, 359)

Comprimido: “ORBENIN 500 1 Comprimido cada 6 horas, durante 7 días” (184)

comp: “AUGMENTINE 875: 1 comp cada 8 horas durante 4 días” (115, 185, 29, 396)

comp.: “Augmentine plus 1 g: 2 comp. cada 12 horas durante 5 días y suspender” (316, 122, 78, 20, 34, 305, 306, 307, 179, 365)

inhalación: “Pulmicort turbuhaller 400 1 inhalación cada 12 horas. Durante 5 días” (151, 6, 143, 181), “SERETIDE 25/250, 2 inhalaciones cada 12 horas, en cámara volumatic” (182)

cápsula: “Voltaren 50 1 cápsula cada 8 horas” (305)

parche: “DUROGESIC 50: 1 parche cada 72 horas” (181, 182, 185)

sobre: “ACETIL CISTEINA 200 mg: 1 sobre cada 8 horas” (185)

cada ...h: “MST 100: 1 comprimido cada 12h” (400); “IBUPROFENO 600 un cmp cada 8 h” (270)

/ ...horas:

inhalación: “PLUSVENT 50/500: 1 inhalación/12 horas” (64)

in.: “SERETIDE “25/250”, 2 in./ 12 horas” (141)

inh.: “SERETIDE 25/250: 2 inh./12 horas (en cámara volumatic)” (183)

envase: “MERITENE COMPLET “250” ml.: un envase/12 horas, hasta normalización proteica en próximos controles analíticos” (66)

parche: “DUROGESIC “50”: 1 parche/72 horas” (183);

comp.: “Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas” (259)

comp: “Hemovas 600 mg 1 comp/12 horas” (238)

/...h:

comp.: “SPECTRACEF 400 mg 1 comp./12 h. durante 5 días más a partir de su alta” (84), “RYTMONORM 150, 1 comp./12 h” (70), “DINISOR 60, 1 comp./12 h.” (56), “TIRODRIL 5 mg. 1 comp./ 12 h.” (134), “MST 10 mg. 1 comp. c/8h” (390), “TEGRETOL 200, 1 comp./8 h.” (33)

comp: “Baycip 500 1 comp / 12 h durante 10 días” (265), “Neobrufen 600 1 comp/12 h durante 1 semana” (88), “Dexametasona 4 mg, 1 comp c/ 8h.” (246), “DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp./8 h.” (33), “URBASON 4 mg 1 comp/12 h.” (70)

inhalación / inhalaciones: “PLUSVENT (SERETIDE) “50/250”, 2 inhalaciones/12 h. (hasta acabar y proseguir con PLUSVENT, Accuhaler “50/500”, 1 inhalación/12 h.” (66)

parche: “Durogesic 25 1 parche/72 h.” (121), “PLUSVENT (SERETIDE) “50/250”, 2 inhalaciones/12 h. (hasta acabar y proseguir con PLUSVENT, Accuhaler “50/500”, 1 inhalación/12 h.” (66)

Observamos en este caso una vacilación en la escritura de la presentación ya no solo en el mismo informe sino también en el propio fármaco prescrito: “ADOLONTA RETARD 100 mg. 1 comp./12 h; en caso de dolor podrá tomar 1 comprimido más” (173)

/ cada ...h: “DILTIAZEM RETARD 120: 1 comp/ cada 12 h.” (142), “MANIDON 80: 1 comp/ cada 12 h.”, “RENITEC 5 mg: medio comp/ cada 12 h.” (137), “CIPROFLOXACINO 500: 1 comp/ cada 12 h.”, “LOFTON 150: 1 comp/ cada 12 h.” (142)

solo el término alusivo a la hora de alimentación: “COROPRÉS 25 1 comp desayuno” (247)

días de la semana: “NEORECORMON 30.000 unidades una inyección semanal” (126)

partes del día: con el término solo, con barra lateral o acompañado de las preposiciones ‘en’, ‘por’, ‘a’:

“PREVENCOR 10 un comprimido nocturno” (136), “CARDURAN NEO 4 mg. 1 comp. noche” (210);

“ZARATOR 20 mg. 1 comprimido/noche” (67); “CARDURAN NEO 4 mg: 1 c/noche” (213);

“LEXATIN 1.5 mg: 1 comp/noche” (4); “LORMETAZEPAN “1 mg”: 1 comprimido/noche” (183); “NOCTAMID 1 mg: 1 comprimido/ noche, si precisa” (14);

“Prevencort 10 1 comp. en la noche” (230); “NOCTAMID 2 mg: 1 comp en la noche” (115);

“Dacortin 30mg: 1 comprimido por la mañana” 20; “MST 10 mg. 1 comp. por la noche” (391);

“ALPRAZOLAN 0,5 mg un comp. por la noche” (232); “Noctamid 1 mg. 1 comp. por la noche” (305); “Esertia 10 mg. 1 comp. por la noche” (305); “Seroxat 20 1 comp. por la mañana” (230);

“Triptizol 25 1 comp. por la noche” (230); “TRIPTIZOL 50, 1 comp. por la noche” (311);

“NOCTAMID 1 mg, 1 comprimido a la noche” (181, 263);

“Lormetazepam 1mg: 1 comprimido antes de acostarse si precisa por insomnio” (359),

“NOCTAMID 2 mg: 1 cp al acostarse” (262).

/de, /co: “Atacand 16 mg 1c/de”, “Adiro 100 1c/co” (sin comas luego ambiguo) (14)

/desayuno, comida, cena: constituye otro de los formatos más aplicados:

“ANAGASTRA 15 mg. 1 comp./desayuno”, “DILUTOL 10 mg. 1 comp./desayuno” (215, 224), “DINISOR 60, 1 comp./ desayuno”, “TRANXILIUM 5 mg. 1 comp./ cena” (134); “ATACANT 16 mg: 1 comprimido / desayuno” (14).

A veces estos sintagmas van encabezados por preposición: ‘en’ con y sin artículo:

comp: “NORVAS – 5 mg: ½ comp en comida durante 4 días. Después subir a 1 comp en comida” (29, 142), “ZOCOR-20: 1 comp diario en la cena” (138, 115)

comp.: “ENALAPRIL 20 – 1 comp. en desayuno” (18, 20, 4, 179, 380, 381, 311, 305, 278, 230), “ISCOVER 75 1 comp. en la comida” (126)

comprimido: “...Glumida 100: 1 comprimido en cena.” (86, 16, 58, 30, 136, 359, 161, 228, 112), “Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno)” (177), “OMEPRAZOL 20 mg, 1 comprimido en el desayuno” (182, 359, 276, 67, 281), “DACORTIN 5 mg 2 comprimidos en el desayuno durante 5 días, 1 comprimido en el desayuno, durante 5 días y suspender” (80)

c: “PREVENCOR 10 1c en cena” (228), “AUGMENTINE 875 1c en desayuno, comida y cena (durante 7 días)” (228)

En el mismo documento hallamos dos abreviaturas distintas para la misma palabra:

“AREMIS 50 1 comp. En desayuno”; “METFORMINA 850 mg: 1 cp en De” (262).

Asimismo, localizamos un gran número de ejemplos encabezados por las preposiciones ‘con’, ‘a’ y ‘antes de’, siempre con artículo:

- ✓ **con**: “Omeprazol 20 mg: 1 comp. con la cena” (250, 317, 102); “UNIDIAMICRON 30, 1 comprimido con el desayuno” (94, 359, 31)
- ✓ **a**: “CARDYL 10 mg., 1 comp. a la cena” (126, 127, 392, 122, 42), “Dexametasona 4 mg. 1 ampolla al desayuno” (374); “Dexametasona 8 mg 1 comp al desayuno durante 2 días” (330, 391). Con vacilación en los resultados de la abreviatura: “DACORTIN 30 mg, 1 comp al desayuno, durante 5 días y continuará con ½ comp. al desayuno” (126).
- ✓ **antes de**: “Euglucon 5 mg, 1 comp antes del desayuno, comida y cena” (27)

Por último, localizamos cuatro estructuras anómalas que no hemos citado previamente en las anteriores estructuras: “PARAPRES 16 mg: 1 comp/ en desayuno”, “PREDNISONA 10 mg: 1 comp/ en desayuno hasta el día 16 de Julio, posteriormente 5mg en el desayuno otra semana y suspender” (142), “Omeprazol 20 1 comp 24h.” (257) y “CO-DIOVAN 8 mg, 1 comp. a las 21:00 horas” (392).

El resto de estructuras formadas por cinco etiquetas y que mencionamos seguidamente incluyen la información básica que habría que transmitir y se caracterizan por: el nombre del fármaco se escribe con distintos mecanismos tipográficos; la separación entre el fármaco y el elemento que le sigue se señala con dos puntos, coma o espacio; presencia de formas plenas y de abreviaturas (MG, VO, h, comp, c mg, tto, UI, jer, amp, gr, Im, IV, microgr); además, como se observa, pueden ir en mayúscula o minúscula, con punto o sin él y abunda también la presencia de diferentes formas de abreviar una misma palabra: comp/c o en mg/ mgs. aunque especialmente significativa resulta la abreviatura de desayuno, comida, cena (de, co, ce) ya que no la habíamos localizado aún en las estructuras anteriores. Asimismo, se evidencia la variabilidad en la elección de la frecuencia de toma hasta el punto de que aumentan los ejemplos en que se especifica que sea ‘antes de’. Incremento apreciamos igualmente en el número de ejemplos que incluyen la duración de la toma, dato informativo que hasta ahora era inapreciable y que debería ser obligatorio dado su peso informativo. Continúa de igual manera la presencia de símbolos diversos junto a sus formas plenas (15’, la barra lateral), de números decimales separados por coma o por punto, de fracciones con distinto tamaño (1/ 2 y ½ ), de términos inapropiados para la medida (cucharada), la elipsis de determinados términos como la unidad de medida, el artículo, etc. y la existencia de explicaciones entre paréntesis ya sean aludiendo al lugar del cuerpo donde se encuentra la molestia (estómago, corazón), la causa por la que se toma el fármaco (tos, dolor, depresión), el proceso vital que se debe mejorar con el fármaco (respiración), la cantidad de fármaco (20), el momento en el que debe producirse la toma (noche, 3 días), a veces relacionado con el acto que se produce en ese momento (dormir, orinar) e incluso con doble paréntesis con el fin de especificar aún más (semanal (martes)).

Finalmente, descubrimos tres fenómenos novedosos que hasta ahora habían sido inapreciables: en primer lugar, la aparición de sinónimos (ampolla bebida/ampolla bebible).

En segundo lugar, el aumento de estructuras redundantes que poco o nada de información aportan:

“...recambiar parche cada 72 horas (3 días)” (359)

“CODEISAN: 1 comprimido cada 8 horas (1 en desayuno, 1 en comida y otro en cena) (tos)” (276)

“Tratado en el momento actual con Transtec de 70 microgr. medio parche de Transtec de 70” (248)

Y, finalmente, la enunciación de medicamentos prescritos produciendo ambigüedad:

“KILOR sobres, 1 sobre en la comida y en la cena durante 1 mes y posteriormente 1 sobre en la comida durante dos meses más” (186) (¿es medio sobre en la comida y medio en la cena o, por el contrario, uno en la comida y otro en la cena luego serían dos?)

“Sevredol 10 1 mg. 1 comp. Si dolor” (305) (Sevredol es de 10 mg y contiene 12 comprimidos luego ninguno llega a 1 mg). También resultaría ambigua la forma “SEVREDOL 10 mg. ¼ h.” (39) (ambigüedad porque ¿qué es ¼ h.?)

“LYRICA 1 comp. de 75 mg. y 1 comp. de 25 mg. cada 8 horas” (311) (¿cada 8 horas debe tomar 1 comp. de 75 y a las 8 horas después uno de 25 o los dos de 8 en 8 horas?)

## **B. Nombre + forma + ctdad + n° + frecuencia o Nombre + ctdad + forma+ n° + frecuencia**

“TRAMADOL cápsulas de 50 mg. 1 cada 8 horas” (47)

“NEORECORMON 4000 UI jer – 1 (semanal (martes))” (22)

“Trankimacin 0,5 mg gotas (20) cada 8 horas” (283)

## **C. Nombre + forma + n° + presentación + frecuencia**

“MOTILIUM suspensión: Una cucharada antes del desayuno, comida y cena” (263)

“KILOR sobres, 1 sobre en la comida y en la cena durante 1 mes y posteriormente 1 sobre en la comida durante dos meses mas” (186)

“Atrovent inhalador 2 inhalaciones cada 6 horas” (20)

## **D. Nombre + n° + presentación + frecuencia + causa o causa + frecuencia**

Estructura muy similar a la primera que hemos desarrollado en este apartado de cinco elementos ya que se cambia la cantidad por la causa luego los resultados son muy similares: a veces dos puntos entre el nombre y el número; los números siempre con dígito; la presentación se da en sobres o en comprimidos y éstos, en algunos informes, se abrevian comp., o c.; las causas se ciñen a tos, dolor, náuseas, prurito aunque, como ya detectamos en algún otro informe, se escribe la causa con una palabra entre paréntesis bien sea por la parte del cuerpo afectada (estómago, corazón) o por la razón que le lleva a tomar esa medicación (dormir). Respecto a la expresión de la frecuencia se puede comprobar que es muy variada: cada...horas, antes de cada comida, al día, relacionado con las horas de alimentación, /día, /...horas, /...h., por la noche, tres veces al día e incluso en un documento entre paréntesis (noche).

“CODEÍNA 1 comp. cada 8 horas si tos” (287), “PARACETAMOL: 1 comprimido cada 8 horas si tiene dolor” (127), “Paracetamol: 1 c si dolor cada 8 horas” (116)

“PRIMPRERAN 1 comp. ½ hora antes de cada comida, si nauseas” (287)

“DIGOXINA 1 comprimido al día (corazón)” (276)

“CODEISAN: 1 comprimido cada 8 horas (1 en desayuno, 1 en comida y otro en cena) (tos)” (276)

- “En tto. habitual con Efferalgan 1 comp/día por dolor a nivel de la prótesis de cadera” (336)
- “Febrectal: 1 comp/8 horas si dolor” (238)
- “NOLOTIL 1 comp./8 h. si dolor” (70)
- “ORFIDAL: 1 comprimido por la noche (dormir)” (276)
- “URBAL 1 sobre antes de cada comida (estómago)” (276)
- “CODEISAN 1 comp. en caso de tener tos hasta 3 veces al día” (56)
- “ATARAX: 1 comprimido si prurito (noche)” (181, 183)

Las dos estructuras siguientes incluyen los mismos elementos que la que estamos citando pero cambiado el orden; así,

### **E. Causa + Nombre + nº + presentación + frecuencia**

Esta estructura contiene el mismo formato del anterior pero con el orden cambiado y se caracteriza porque sus oraciones comienzan con una condicional ‘Si’, a veces correctamente separada de la principal por una coma; las causas se ciñen a náuseas o vómitos y dolor; la presentación se hace en comprimidos, cápsulas o gotas; se emplea la estructura sobre todo con Primperan y Adolonta y la frecuencia corresponde sobre todo a las formas cada...horas y durante las horas de alimentación del día. Como en otros casos, obtenemos formas abreviadas (comp, c, h) y las mismas sin abreviar

- “Si náuseas o vómitos Primperan 1 comp. cada 8 horas” (382) (con abreviatura)
- “Si náuseas o vómitos PRIMPERAN 1 comprimido cada 8 horas” (126) (sin abreviatura)
- “Si náuseas y vómitos Primperan, 1 comp 15’ antes del desayuno, comida y cena” (390) (minutos con símbolo)
- “Si náuseas o vómitos PRIMPERAN 1 comp. 15 minutos antes del desayuno, la comida y la cena” (392) (minutos con forma plena)

### **F. Causa + nº + presentación + nombre + frecuencia**

- “Si agitación, 10 gotas de SINOGAN noche” (67)

### **G. Nombre + nº + presentación + vía + frecuencia**

Estructura muy habitual con el fármaco Amchafibrin o con los fármacos que se administran en ampollas:

- “Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena” (261, también en 262, 341, 256, 257, 258, 259)
- “AMCHAFIBRIN: 1 ampolla bebida en De, Co y Ce” (262)
- “Amchafibrin 1 vial / 8 h vo” (258)
- “CROMATOMBIC FERRO 1 ampolla bebible antes del desayuno durante 3 meses” (215, 224)



“FERPLEX un ampolla bebida cada 24 horas” (112)  
“procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses” (257)  
“Medicación: Metamizol 1c/vo/6 horas Efferalgan 1c/6h, Omeprazol 20 mg/24h” (284)  
“Nolotil 1 amp. bebida cada 8 horas” (365)  
“SPIRIVA 1 cápsula inhalada cada 24 horas” (80)  
“Omeprazol 1 ampolla intravenosa cada 24” (363)

#### **H. Nombre + vía + nº + presentación + frecuencia**

“Se trató con Piperacilina-Tazobactan IV (1 amp/8 h.)” (262, 263)

#### **I. Nombre + nº + presentación + ctdad + frecuencia**

“se reinició Sutent un comprimido de 50 mgs. cada 2 días durante 4 semanas” (126)  
“LYRICA 1 comp. de 75 mg. y 1 comp. de 25 mg. cada 8 horas” (311)

#### **J. Forma + nombre + ctdad + nº + frecuencia**

La forma, en este caso, equivale a la presentación del fármaco.

“Parches de DUROGESIC 50 1 cada 3 días (72 horas)” (18)

#### **K. Nombre + ctdad + nº + vía + frecuencia**

Nos indica la vía pero nada se escribe sobre la presentación del fármaco:

“ALPRAZOLAM 0, 5MG – 1 – VO – Cada 24 horas” (169)

Finalmente, las estructuras de cinco apartados que nos quedan están carentes de información ya que falta parte de la información básica:

#### **L. Nombre + Ctdad + N° + frecuencia + causa:**

Podríamos considerar que se ha producido en estos ejemplos una elipsis de la forma de presentación. Corresponde a una estructura localizada en el apartado TRATAMIENTO y solo los documentos 1 y 9 coinciden exactamente en esta fórmula. A pesar de que aparentemente se emplea la misma estructura, difieren en la frecuencia incluso dentro del mismo documento ya que el facultativo en un fármaco indica la toma de la dosis ‘con la cena’ , en otro medicamento es ‘en la cena’ y en un tercero, aunque hace uso de la preposición ‘con’, en este caso no le añade artículo al sintagma.

“ANAGASTRA 20 mg: 1 al día (ESTÓMAGO)”, “DOLPAR 100 mg: 1 por la noche (DOLOR)”  
(1)

“OMEPRAZOL 20 mg: 1 con la cena (ESTÓMAGO)”, “ZYPREXA 2.5 mg: 1 en la cena (DORMIR)”, “DACORTIN 30 mg: 1 en el desayuno (RESPIRACIÓN)”, “CYMBALTA 60 mg: 1 en el desayuno (DEPRESIÓN)”, “SEGURIL 40 mg: 1 con desayuno y 1 con comida (ORINAR)”  
(9)

### **M. Nombre + ctdad + forma + vía + frecuencia**

Falta el número de la dosis:

“Durogesic 50 parche transdérmico cada 72 horas” (283)

“Durogesic 25 parches transdérmicos: recambiar parche cada 72 horas (3 días)” (359)

### **N. Nombre + ctdad + N° + presentación + otros:**

Falta la frecuencia de administración:

“Nexium 20 1 comp. disuelto en agua por sonda de gastrostomía diario” (382)

### **O. Nombre + ctdad + n° + presentación + vía**

“HIBOR 2500 1 inyección subcutánea” (70)

### **P. Nombre + ctdad + n° + presentación + causa o Causa + nombre + ctdad + n° + presentación**

Fórmula cuyos ejemplos van referidos casi siempre al fármaco Sevredol y caracterizada por una gran homogeneidad en los resultados: casi siempre la unidad de medida va en abreviatura y la razón por la que se toma cada fármaco es por dolor dado que se trata del mismo fármaco; sin embargo, varía en la letra que sigue al punto cuando se especifica la causa (mayúscula o minúscula).

“Sevredol 10 1 mg. 1 comp. Si dolor” (305)

“Paracetamol 1 gr, 1 sobre si dolor” (58)

“DORMICUN 5 mg, 1 comp. Si insomnio” (287)

### **Q. Nombre + ctdad + n° + presentación + ctdad**

Forma redundante en cuanto a la cantidad pero que, sin embargo, no aporta datos de la frecuencia:

“Tratado en el momento actual con Transtec de 70 microgr. medio parche de Transtec de 70”  
(248)

## **R. Causa + Nombre + ctdad + frecuencia + vía**

Las maneras de expresar la frecuencia son:

cada 24 horas: “ALPRAZOLAM 0,5MG – 1 – VO – Cada 24 horas” (169)

al día: “DIGOXINA 1 comprimido al día (corazón)” (276); “ANAGASTRA 20 mg: 1 al día (ESTÓMAGO)” (1)

/ día: “En tto. habitual con Efferalgan 1 comp/día por dolor a nivel de la prótesis de cadera” (336)

cada 48 horas: en lugar de esta forma se expresa con los días: “se reinició Sutent un comprimido de 50 mgs. cada 2 días durante 4 semanas” (126)

/...h: “Se trató con Piperacilina-Tazobactan IV (1 amp/8 h.)” (262, 263); “Metamizol 1c/vo/6 horas Efferalgan 1c/6h, Omeprazol 20 mg/24h” (284); “Amchafibrin 1 vial / 8 h vo” (258); “NOLOTIL 1 comp./8 h. si dolor” (70)

/...horas: “Febrectal: 1 comp/8 horas si dolor” (238)

cada ...horas: sintagma de uso mayoritario “Si dolor, PARACETAMOL 1 gr. cada 8 horas vía oral” (31); “LYRICA 1 comp. de 75 mg. y 1 comp. de 25 mg. cada 8 horas” (311); “Nolotil 1 amp. bebida cada 8 horas” (365); “Si náuseas o vómitos PRIMPERAN 1 comprimido cada 8 horas” (126); “Si nauseas o vómitos Primperan 1 comp. cada 8 horas” (382); “CODEÍNA 1 comp. cada 8 horas si tos” (287); “TRAMADOL cápsulas de 50 mg. 1 cada 8 horas” (47); “Paracetamol: 1 c si dolor cada 8 horas” (116); “Trankimacin 0,5 mg gotas (20) cada 8 horas” (283); “PARACETAMOL: 1 comprimido cada 8 horas si tiene dolor” (127); “Atrovent inhalador 2 inhalaciones cada 6 horas” (20)

En ocasiones se equiparan las 72 horas con los días correspondientes: “Durogesic 50 parche transdérmico cada 72 horas” (283); “Durogesic 25 parches transdérmicos: recambiar parche cada 72 horas (3 días)” (359); “Parches de DUROGESIC 50 1 cada 3 días (72 horas)” (18)

horas de alimentación: “OMEPRAZOL 20 mg: 1 con la cena (ESTÓMAGO)”, “ZYPREXA 2.5 mg: 1 en la cena (DORMIR)”, “DACORTIN 30 mg: 1 en el desayuno (RESPIRACIÓN)”, “CYMBALTA 60 mg: 1 en el desayuno (DEPRESIÓN)”, “SEGURIL 40 mg: 1 con desayuno y 1 con comida (ORINAR)” (9); “MOTILIUM suspensión: Una cucharada antes del desayuno, comida y cena” (263); “PRIMPERAN 1 comp. ½ hora antes de cada comida, si nauseas” (287); “URBAL 1 sobre antes de cada comida (estómago)” (276); “Si nauseas y vómitos Primperan, 1 comp 15’ antes del desayuno, comida y cena” (390); “Si nauseas o vómitos PRIMPERAN 1 comp. 15 minutos antes del desayuno, la comida y la cena” (392); “Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena” (261); “AMCHAFIBRIN: 1 ampolla bebida en De, Co y Ce” (262); “CROMATOMBIC FERRO 1 ampolla bebible antes del desayuno durante 3 meses” (215, 224).

días de la semana: “NEORECORMON 4000 UI jer – 1 (semanal (martes))” (22)

partes del día: “ORFIDAL: 1 comprimido por la noche (dormir)” (276); “ATARAX: 1 comprimido si prurito (noche)” (181, 183); Si agitación, 10 gotas de SINOGAN noche (67); DOLPAR 100 mg: 1 por la noche (DOLOR) (1)

Otras: “se reinició Sutent un comprimido de 50 mgs. cada 2 días durante 4 semanas” (126)

## 6. SEIS ETIQUETAS

A partir de ahora se puede considerar que la información del tratamiento se está aportando adecuadamente ya que solo en un ejemplo faltaría la frecuencia de la toma y en otro la dosis. Respecto a las características generales que hemos ido nombrando destaca la diferenciación tipográfica tanto en el nombre del fármaco como incluso en otras partes de la prescripción (subrayados de la medicación entera, la vía oral entre guiones, etc.); aumenta considerablemente el número de presentaciones de la dosis: además de comprimidos, encontramos vial, inhalación, inyección, ampolla, parches, sobres, briks, cápsulas, efervescente e incluso el que hemos considerado más incorrecto –cucharadas–. No obstante, prolifera un fenómeno que, como repetidas veces comprobaremos, empobrece la información y crea ambigüedades: las abreviaturas que, en estos ejemplos concretos, aumentan considerablemente su presencia ya sea para aludir a las formas de presentación: com, comp, c (comprimidos), JER (jeringa), sol (solución), caps (cápsulas), amp, AMP (ampolla), gg, GG (grageas); a las unidades de medida: MG, mg, gr, g, G, ml, ML, mcg, ml, ML, UI o a las vías de administración: vo, VO (vía oral), SBC, sc, SC (subcutáneo, subcutánea), IV (intravenosa), IM (intramuscular).

En cuanto a las formas de expresar la frecuencia se da una gran heterogeneidad: cada 24 horas, cada...horas y las que hacen referencia a las horas de alimentación son las estructuras más repetidas; no obstante, obtenemos también /...horas, /...h., al día, /día, noche, c/...h. y, como novedad: cada...meses, a la semana, una vez por semana.

Finalmente este grupo destaca por el incremento de prescripciones que incorporan la duración del tratamiento: Cada 24 horas viernes, sábados y domingos; Cada 24 horas durante 1 semana; por la noche y cada 6 horas si tuviera dolor; mientras esté tomando Dacortin; 1 c/24 vo durante 10 días. Luego suspenderlo; cada 24 horas diaria; al día durante 3 semanas; 1 vez al día de forma indefinida; / día (3 días, y stop); cada 24 horas 10 días; durante 7 días; cada 3 meses (próxima dosis 26 de Mayo); cada 3 meses

### **A. Nombre + ctdad + vía + n° + presentación + causa**

“PERFALGAN 1 G oral 1 comp. si dolor” (22)

### **B. Nombre + forma + ctdad + frecuencia + vía + frecuencia**

“SEGURIL COMP 40MG –(1-0-0)– VO –Cada 24 horas” (169)

### **C. Nombre + ctdad + frecuencia + n° + frecuencia + causa**

“EFFERALGAN 1 gr cada 8 h: 1 en desayuno, comida y cena (DOLOR)” (9)

**D. Nombre + ctdad + forma + n° + vía + frecuencia**

“DOGMATIL 50MG COMP -1- VO – Cada 8 horas” (169)

“DUROGESIC 25 PARCHES -1 – T. PIEL – Cada 72 horas” (169)

“TARDYFERON 270 MG 30 GG – 1 – VO – Desayuno” (22)

“NEORECORMON 6000 UI JER-1-SC una vez por semana” (4)

**E. Nombre + forma + ctdad + N° + vía + frecuencia**

“SEPTRIN FORTE COMP800/160MG - 1 - VO - Cada 24 horas viernes , sábados y domingos” (318)

“DROAL COMP 10MG -1- VO – Cada 8 horas” (169)

“PRIMPERAN SOL. 10ML – 1 – VO – Cada 8 horas” (169)

“ACFOL. COMP. 5MG - 1 - VO - Cada 24 horas durante 1 semana” (318)

**F. Nombre + ctdad + forma + n° + frecuencia + causa**

“SEVREDOL 10 MG COMP -1/2 por la noche y cada 6 horas si tuviera dolor” (169)

**G. Nombre + ctdad + forma + n° + presentación + frecuencia**

“Pariet 20 mg comprimidos: 1 comprimido antes del desayuno” (76)

“Paracetamol 1g, efervescente, 1 com c/8h.” (246)

“ASTUDAL 5 mg comp – 1 comp. En desayuno” (22)

“AMARYL 2 mg. comp. – 1 comp. antes del desayuno, comida y cena” (18)

“TARDYFERON 270 mg 30 gg-1 comp. en desayuno” (4)

**H. Nombre + forma + n° + presentación + frecuencia + causa**

“ATROVENT inhalado: 2 inhalaciones con desayuno, comida y cena (RESPIRACIÓN)” (9)

“Primperan jarabe, 1 cucharada antes de las comidas si nauseas o vómitos” (58)

“PRIMPERAN: 1 comprimido antes de cada comida sin nauseas” (400)

**I. Nombre + forma + ctdad + n° + presentación + frecuencia**

“FLUMIL sobres 200 MG – 1 sobre a la noche” (22)

“FORTICARE 30 briks de 125 ml: 1 batido cada 24 horas” (147)

“CARDURAN NEO com 4 mg – 2 comp. en cena ROCALTROL caps 0,25 mcg-1 comp. cada 48 horas” (4)

**J. Nombre + ctdad presentación + n° + presentación + frecuencia + otros:**

“LOSEC -20 mg: 1 comp cada 24 horas mientras este tomando Dacortin” (115)

**K. Nombre + ctdad presentación + presentación + n° + forma + frecuencia:**

“OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS – 1 – VO – Cada 24 horas” (179)

**L. Nombre + ctdad + n° + presentación + frecuencia + vía**

“Tavanic 500 mg, 1 c/24 vo durante 10 días. Luego suspenderlo” (258)

“Clexane 40 mg: 1 inyección al día subcutáneo” (16)

“CLEXANE 40 mg. 1 inyección al día subcutánea” (31)

**M. Nombre + ctdad + n° + presentación + vía + frecuencia**

“Clexane 60 1 inyección sc cada 24 horas diaria” (12)

“HIBOR 7.500, 1 vial subcutáneo al día durante 3 semanas. Posteriormente HIBOR 5.000, 1 vez al día de forma indefinida” (173)

“CLEXANE 40 un ampolla subcutánea cada 12 horas” (112)

“CLEXANE 40, 1 inyección SBC/ día (3 días, y stop)” (141)

“CLEXANE 60 1 inyección subcutánea cada 24 horas” (67)

“Clexane 40, 1 inyección subcutánea cada 24 horas 10 días” (51)

**N. Nombre + ctdad + n° + presentación + frecuencia + clase**

“TAVANIC 500 mg. 1 comprimido al día durante 7 días (antibiótico)” (276)

**Ñ. Nombre + frecuencia + n° + presentación + vía + frecuencia**

“PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses” (259)

“Procrin trimestral: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de Mayo)” (261)

“PROCRIN TRIMESTRAL: 1 inyección IM cada 3 meses” (256)

“PROCRIN TRIMESTRAL: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de mayo)” (262)

**O. Nombre + n° + presentación + vía + frecuencia + causa**

“AMCHAFIBRIN: 1 vial bebido/12-8 horas, si signos de nuevo sangrado” (66)

**P. Nombre + forma + n° + presentación + vía + frecuencia**

“KONAKION AMP 1 ampolla intramuscular a la semana” (18)

**Q. Causa + Nombre + vía + n° + presentación + frecuencia**

“Si sangrado, añadir Amchafibrin IV (1 amp/8 h.)” (262)

**R. Causa + nombre + ctdad + n° + presentación + frecuencia**

“Si dolor Sevredol 10 mg. 1 comp. que puede repetir cada 4 horas” (34)

**7. MÁS DE SEIS ETIQUETAS****A. Nombre + ctdad + forma + n° + frecuencia + vía + frecuencia**

“DEXAMETASONA 4MG COMP – 1 (1-1/2) – VO –Desayuno y comida” (169)

**B. Nombre + forma + ctdad + n° + causa + vía + frecuencia**

“FEBRECTAL COMP. 650 MG. – 1 (Si fiebre o dolor) –VO- Cada 8 horas” (45) cada 24 horas:

### 6.3.9.2. TERMINOLOGÍA DEL FÁRMACO

En el apartado TRATAMIENTO de algunos informes se resaltan los fármacos tipográficamente con mayúsculas, negrita o subrayado.

Dados los numerosos errores que provocan y su peligrosidad, hemos ahondado en la mención a los fármacos ordenando los resultados de acuerdo a la clasificación anatómica oficial del Ministerio de Sanidad y manteniendo la forma tipográfica obtenida. Así, de los resultados obtenidos en la revisión de los informes, podemos agrupar los fármacos de la siguiente manera:

A. En ocasiones se cita la marca registrada del fármaco (distinta del principio activo como hemos indicado) con una sola forma que debiera llevar el símbolo ® pero no lo hace<sup>5</sup>:

#### A. 1 SIEMPRE EN MAYÚSCULA LA INICIAL:

1. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO: Oraldine [*Hexetidina*], Almax, ALMAX [*Almagato*], **Emeproton** [*Omeprazol*], Lansoprazol [*Omeprazol*], LOSEC [*Omeprazol*], Nuclosina [*Omeprazol*], PARIZAC [*Omeprazol*], Pantecta [*Pantoprazol*], ULCOTENAL [*Pantoprazol*], Pariet, PARIET [*Rabeprazol*], Estomil [*Lansoprazol*], NEXIUM [*Esomeprazol*], URBAL [*Sucralfato*], Buscapina [*Butilescopolamina*], Yatrox [*Ondansetrón*], MOTILIUM, MOTILIUM suspensión [*Domperidona*], **Plantaben**, PLANTABEN [*Plantago ovata*], Oponaf [*Lactitol*], Euglucon [*Glibenclamida*], Unidiamicron, UNIDIAMICRON [*Glicazida*], Novonorm [*Repaglinida*], Glucobay [*Acarbosa*], Glumida [*Acarbosa*], ROCALTROL [*Calcitriol*], NATECAL [*Calcio, carbonato*], Osteopor [*Oseína-hidroxiapatito*]

2. SANGRE Y LÍQUIDOS CORPORALES: Fraxiparina [*Nadroparina*], ISCOVER, Iscover [*Clopidogrel*], Tiklid [*Ticlopidina*], Tromalyt [*Ácido Acetilsalicílico, antitrombótico*], KONAKION [*Fitomenadiona*], Ferroprotina [*Ferrimanitol ovoalbúmina*], KILOR [*Ferrimanitol ovoalbúmina*], LACTOFERRINA [*Lactoferrina: Proteinsuccinilato férrico*], Profer [*Ferrimanitol ovoalbúmina*], Acfol, ACFOL [*Ácido fólico*], Lederfolin [*Folinato cálcico (Leucovorin)*], Cardyl, CARDYL [*Atorvastatina*], Digaril [*Fluvastatina*], Digaril prolib [*Fluvastatina*], Liplat, LIPLAT [*Pravastatina*], ZOCOR-20 [*Simvastatina*], CLEXANE, Clexane, **CLEXANE**, **Clexane**, Clexane 60 [*Enoxaparina*]

---

<sup>5</sup> Entre corchetes indicamos el principio activo correspondiente a la marca obtenida en los informes.

3. APARATO CARDIOVASCULAR: Apocard [*Flecainida*], Rytmonorm, RYTMONORM [*Propafenona*], Trangorex, TRANGOREX [*Amiodarona*], Uniket, UNIKET [*Isosorbida, mononitrato*], Diafusor, DIAFUSOR, **DIAFUSOR** [*Nitroglicerina transdérmica*], Nitroderm [*Nitroglicerina transdérmica*], Solinitrina, SOLINITRINA SUBLINGUAL [*Nitroglicerina*], Trinipatch [*Nitroglicerina*], ASTUDAL [*Amlodipino*], DINISOR, Dinisor, DINISOR RETARD [*Diltiazem*], INOCAR [*Cilazapril*], RENITEC [*Enalaprilato*], ACOVIL [*Ramipriilo*], PARAPRES, Parapres [*Candesartán*], Higrotona [*Clortalidona*], Tertensif [*Indapamida*], Dilutol, DILUTOL [*Torasemida*], Ameride [*Amilorida/Hidroclorotiazida*], IDAPTAN [*Trimetazidina*], Lofton, LOFTON [*Buflomedilo*], Daflon, DAFLON [DAFLON : Diosmina +hesperidina], Doxium forte [*Dobesilato cálcico*], Thrombocid [*Pentanopolisulfúrico*], Efortil [*Etilefrina*], Tenormin [*Atenolol*], Sumial [*Propranolol*], Diovan [*Valsartán*]

4. DERMATOLÓGICOS: Bactroban [*Mupirocina*], Silvederma [*Sulfadiazina argéntica*], Batmen [*Prednicarbato tóp dérm*], Furacin [*Nitrofurál*], Androcur, ANDROCUR [*Ciproterona*], DETRUSITOL, Detrusitol [*Tolterodina*], PROSCAR, Proscar [*Finasterida*]

5. TERAPIA GENITOURINARIA Y HORMONAS SEXUALES: Androcur, ANDROCUR [*Ciproterona*], DETRUSITOL, Detrusitol [*Tolterodina*], PROSCAR, Proscar [*Finasterida*]

6. TERAPIA HORMONAL EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES: DACORTIN, Dacortin, **DACORTIN** [*Prednisona*], DEZACOR [*Deflazacort*], Urbason, URBASON [*Metilprednisolona*], Eutirox [*Levotiroxina*], Levothroid [*Levotiroxina*], Tirodril, TIRODRIL [*Tiamizol*]

8. ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL: Proderma [*Doxiciclina*], **ORBENIN 500** [*Cloxacilina*], Tazocel, TAZOCEL [*Piperacilina/Tazobactam*], Curoxima [*Cefuroxima*], SPECTRACEF [*Cefditoreno*], Klacid Unidia [*Claritromicina*], Trimetropin [*Cotrimoxazol*], Baycip [*Ciprofloxacino*], Tavanic, TAVANIC [*Levofloxacino*], Furantoina [*Nitrofurantoina*]

9. ANTINEOPLÁSICOS: Leukeran [*Clorambucilo*], Gliadel, GLIADEL, [*Carmustina*], Xeloda [*Capecitabina*], Hydrea [*Hydroxiurea*], Taxotere, Taxotere + herceptin [*Docetaxel*], Sutent [*Sunitinib*], Zoladex [*Goserelina*], Oncosal [*Flutamida*], Megefren, MEGEFREN [*Megestrol*], Femara [*Letrozol*]

10. APARATO LOCOMOTOR: Airtal [*Aceclofenaco*], Dolalgial [*Clonixinato de lisina*], Droal, **Droal**, DROAL [*Ketorolaco*], Neobrufen [*Ibuprofeno*], Toradol [*Ketorolaco*], Voltaren [*Diclofenaco*], Urinorm [*Benzbromarona*], Zyloric, ZYLORIC [*Alopurinol*]



11. SISTEMA NERVIOSO: Actiq [*Fentanilo bucal*], Codeisan, CODEISAN, Codeisan jarabe [*Codeína*], DOLPAR [*Tramadol*], Transtec [*Buprenorfina*], FEBRECTAL, Febrectal [*Paracetamol*], PERFALGAN, Perfalgan [*Paracetamol*], Termalgin [*Paracetamol*], XUMADOL [*Paracetamol*], Lyrica [pregabalina], TEGRETOL, Tegretol [*Carbamazepina*], DEPAKINE, Depakine [*Ácido Valproico*], ARTANE [*Trihexifenidilo*], Sinemet, SINEMET, **Sinemet** [*Levodopa/Carbidopa*], SINEMET PLUS, SINEMET RETARD, Plurimen [*Selegilina*], DOGMATIL [*Sulpirida*], LEPONEX [*Clozapina*], LONSEREN [*Pipotiazina*], Risperdal [*Risperidona*], Sinogan, SINOGAN, Sinogan [*Levomepromazina*], Tiaprizal, **Tiaprizal** [*Tiaprida*], ZYPREXA [*Olanzapida*], DORMICUM [*Midazolam*], NOCTAMID, Noctamid [*Lormetazepam*], DISTRANEURINE, **Distraneurine** [*Clometiazol*], Aneurol [*Diazepam/Piridoxina*], Casbol [*Paroxetina*], Cipralex [*Escitalopram*], CYMBALTA [*Duloxetina*], DUMIROX [*Fluvoxamina*], Excitalopran [escitalopram], Esertia [escitalopram], Vastat flas [*Mirtazapina*], Prisdal, PRISDAL [*Citalopram*], Rexer, REXER, **Rexer** [*Mirtazapina*], Seropram, SEROPRAM [*Citalopram*], Rubifen [*Metilfenidato*]

12. ANTIASMÁTICOS: Flixonase [*Fluticasona tóp nasal*], Foradil [*Formoterol*], Salbutamol [*Albuterol*], VENTOLIN, Ventolin, Ventolín, VENTOLIN INH. [*Salbutamol*], Spiriva, **SPIRIVA**, SPIRIVA [*Tiotropio, bromuro*], Inalacor [*Fluticasona*], Pulmicort, PULMICORT INH [*Budesónida*], Fluidasa [*Mepiramina acefilinato*], Fluimucil, FLUIMUCIL [*Acetilcisteína*], MUCOFLUID [*Mesna, mucolítico*], Romilar [*Dextrometorfano*], Atarax, ATARAX, **ATARAX**, ATARAX -25 mg [*Hidroxizina*], POLARAMINE [*Dexclorfeniramina*], Zyrtec [*Cetirizina*], Mucosan Retard [*Ambroxol*]

13. VARIOS: Actonel [*Ácido Risedrónico*], Fosamax, **FOSAMAX**, **Fosamax** [*Ácido Alendrónico*], Zometa, ZOMETA [*Ácido Zoledrónico*]

## A.2 Marca registrada del fármaco a veces en mayúscula inicial y otras en minúscula

1. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO: fortasec, Fortasec [*Loperamida*], Amaryl, AMARYL, amaryl [*Glimepirida*]; ANAGASTRA, anagastra, Anagastra, ANAGASTRA [*Pantoprazol*]

2. SANGRE Y LÍQUIDOS CORPORALES: plavix, Plavix, PLAVIX [*Clopidogrel*], ZARATOR, Zarator, zarator [*Atorvastatina*], neorecormon, NEORECORMON, Neorecormon [*Epoetina beta*]

3. APARATO CARDIOVASCULAR: Apocard [*Flecainida*], propaferona [*Propafenona*], MICARDIS, micardis [*Telmisartán*], moxon [*Moxonidina*], isodiur, Isodiur, ISODIUR [*Torasemida*], seguril, SEGURIL, Seguril, **SEGURIL**, **Seguril** [*Furosemida*]

5. TERAPIA GENITOURINARIA Y HORMONAS SEXUALES: Urolosin, UROLOSIN, urolosin ocos [*Tamsulosina*]

6. TERAPIA HORMONAL EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES: FORTECORTIN, Fortecortin, fortecortin [*Dexametasona*]

8. ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL: pantomicina [*Eritromicina*]

9. ANTINEOPLÁSICOS: Temodal, temodal [*Temozolamida*], Aromasil, aromasil, **Aromasil** [*Exemestano*], **Herceptin**, Herceptin, herceptin [*Transtuzumab*]

11. SISTEMA NERVIOSO: ADOLONTA, **Adolonta**, Adolonta, adolonta, **ADOLONTA**, ADOLONTA RETARD [*Tramadol*], DUROGESIC, Durogesic, durogesic, **DUROGESIC** , **DUROGESIC**, DUROGESIC -50 [*Fentanilo transdérmico*], NOLOTIL, Nolotil, **NOLOTIL**, **Nolotil**, **nolotil**, Nolotim [*Metamizol*], Largactil, largactil, LARGACTIL [*Clorpromazina*], lexatin, LEXATIN, Lexatin [*Bromazepam*], aremis, Aremis, AREMIS [*Sertralina*], SEROXAT, **Seroxat**, seroxat, Seroxat [*Paroxetina*]

12. ANTIASMÁTICOS: FLUMIL, Flumil, flumil, FLUMIL ORAL, **FLUMIL ORAL**, Flumil oral forte, FLUMIL sobres [*Acetilcisteína*],

B. Marca registrada de manera diferente que la obtenida en el "vademécum" y que no coincide con el principio activo

1. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO: Micostatin, Mycostatin, mycostatin, **Mycostatin** [Mycostatin: *Nistatina*], Cepradal, CEPRADAL [Ceprandal: *Omeprazol*]; Primperam, Primperan, PRIMPERAN, Primperan i.v., Primperan jarabe [Primperan: *Metoclopramida*]

C. Principio activo:

C.1. En mayúsculas:

1. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO: Ranitidina, RANITIDINA; Atropina, Butilescopolamina, Metoclopramida, Glibenclamida

2. SANGRE Y LÍQUIDOS CORPORALES: Bemiparina, Enoxaparina, Estatinas, Simvastatina, albúmina, albumina iv, ERITROPOYETINA

3. APARATO CARDIOVASCULAR: Amiodarona, **AMIODARONA**, Amiodarona oral, Lidocaína , dinitrato de isosorbide, Nitroplast, Captopril, CAPTOPRIL, ENALAPRIL, Enalapril, Torasemida, Pentoxifilina

4. DERMATOLÓGICOS: yodo 131, parche Fentanilo

5. TERAPIA GENITOURINARIA Y HORMONAS SEXUALES: alfa bloqueantes, alfabloqueantes

8. ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL: ampicilina, Claritromicina, Rifampicina, Metronidazol, Fosfomicina; Fluconazol, FLUCONAZOL, Fluconazol oral, ketoconazol, Sufametoxazol, Seprina, LEVOFLOXACINO, Levofloxacin, moxifloxacin, Isoniacida, Pirazinamidas

9. ANTINEOPLÁSICOS: Ciclofosfamida, MELFALAN, Melfalan [Melfalán], Temozolamida, TEMOZOLAMIDA, Capecitabina, Tegafur, Tegafur Utefos, Vinorelbina, **Vinorelbina**, VP16, Etoposido, Adriamicina, Irinotecan, Irinotecan – Cetuximab, Cisplatino, CISPLATINO, Oxaliplatino, oxaliplatino, Bevacizumab, Cetuximab, Rituximab, Erlonitib, Sunitinib, SUNITINIB, flutamida)

10. APARATO LOCOMOTOR: **Ibuprofeno**, **IBUPROFENO**, IBUPROFENO, Ibuprofeno, Naproxeno, colchicina, Alopurinol

11. SISTEMA NERVIOSO: Fentanilo, TRAMADOL, Tramadol, LAMOTRIGINA, Risperidona, Citalopram, CITALOPRAM, MIRTAZAPINA, **MIRTAZAPINA**

12. ANTIASMÁTICOS: Acetilcisteína, Acetilcisteína

13. VARIOS: Silimarina

C. 2. En minúsculas también:

1. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO: OMEPRAZOL, omeprazol, Omeprazol, **Omeprazol**, **OMEPRAZOL**, OMEPRAZOL-20

2. SANGRE Y LÍQUIDOS CORPORALES: clopidogrel

3. APARATO CARDIOVASCULAR: Digoxina, DIGOXINA, **digoxina**; FUROSEMIDA, Furosemida, furosemida

6. TERAPIA HORMONAL EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES: Dexametasona, **DEXAMETASONA**, DEXAMETASONA, dexametasona; Prednisona, PREDNISONA, prednisona

8. ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL: Penicilina, penicilina; Cloxacilina, cloxacilina; Piperacilina de tazobactan, Piperacilina-Tazobactan IV; meropenem; Estreptomina, estreptomina; Clindamicina, clindamicina; Amikacina, amikacina; teicoplanina, Teicoplanina, TEICOPLANINA, teicoplanina, teicoplanina endovenosa, teicoplanina iv, quinolonas, Quinolonas

9. ANTINEOPLÁSICOS: docetaxel, Carboplatino, carboplatino, carboplatino iv; Procrin, PROCRIIN, procrin trimestral, PROCRIIN trimestral, Procrin trimestral, PROCRIIN TRIMESTRAL, tamoxifeno, **Tamoxifeno**

11. SISTEMA NERVIOSO: Fentanilo transdérmico, fentanilo transdérmico, Morfina, Morfina de liberación rápida, morfina, morfina de liberación rápida, morfina oral, morfina sc, morfina Subcutánea, morfina subcutánea, morfínicos, opioides, oxicodona, Oxicodona, codeína, metadona, opiáceos, Paracetamol, PARACETAMOL, **Paracetamol**, paracetamol, **PARACETAMOL**, METAMIZOL, Metamizol, metamizol, Metamizol (pirazolonas, Metamizol (pirazolonas), Pirazolonas, PIRAZOLONAS, pirazolonas, pregabalina, valproico, Valproico, haloperidol, Haloperidol

12. ANTIASMÁTICOS: bromuro de ipatropio, bromuro de Ipratropio [Ipratropio, bromuro]

### C.3. Con errores gráficos:

1. APARATO DIGESTIVO Y METABOLISMO: Mecformina, Merformina, Metformina, METFORMINA [Metformina]

3. APARATO CARDIOVASCULAR: Amiodipino, amlodipino [Amlodipino], Diltiazan, Diltiazem, Diltiazem Retard, DILTIAZEM RETARD [Diltiazem], dorsaltolcina, Doxazocina [Doxazosina]

4. DERMATOLÓGICOS: Tulgrason, Tulgrasun [Tulgrasum Antibiotico]

5. TERAPIA GENITOURINARIA Y HORMONAS SEXUALES: Micefrono [Micifrona]

6. TERAPIA HORMONAL EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES: Octeotride [Octeotrida]

8. ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL: Vancomicina, vancomicina, Vanocimicina [Vancomicina], amoxicilina, amoxi-clavulanico, Amoxicilina clavulánico, Amoxicilina Clavulánico, amoxicilina-clavulanico, amoxicilina-clavulánico; Cefacidima, Ceftacidima, ceftazidima [Ceftazidima]; Ceftriasona, ceftriaxona, Ceftriaxona [Ceftriaxona]; Imipenem, Imipenen, Imperem [Imipenem], Ciprofloxacino, ciprofloxacino, CIPROFLOXACINO, ciprofloxacino, Rimcure, Rincure [Rimcure]

9. ANTINEOPLÁSICOS: Metotrexate [Metotrexato], gemcitabina, Gemcitabina, **Gemcitabina**, **Gencitabina**, **GENCITABINA**, Gencitavina, Epirubicina [Epirubicina], Soracenib [Sorafenib], Acetato de Megestrol [*Megestrol*], Letrozol, Letrozor [Letrozol]

11. SISTEMA NERVIOSO: Carbamacepina, CARBAMACEPINA, CARBAMAZEPINA [Carbamazepina], Benzodiazepina, Benzodiazepinas, benzodiazepinas, Benzodiazepina [Benzodiazepinas], Diacepam, diacepam), DIAZEPAM, Diazepan, DIAZEPAN [Diazepam]; ALPRAZOLAM, **Alprazolán**, Alprazolán, ALPRAZOLAN [Alprazolam]; Loracepam, LORACEPAN, Lorazepam [Lorazepam]; Lormetacepam, Lormetazepan, **LORMETAZEPAN** [Lormetazepam]; midazolam, midazolam sc, midazolam subcutáneo, MIDAZOLAM, Midazolam, Midazolam subcutáneo, Midazolán, Midazolán subcutáneo [Midazolam]; Zolpidem, ZOLPIDEN, Zolpiden [Zolpidem]; Paroxitina [Paroxetina]; Sertralia, Sertralina, SERTRALINA, sertralina [Sertralina]

13. VARIOS: Bifosfonatos [Bisfosfonatos], Acido Zoledrónico, ácido zolidrónico, ácido zolidrónico y calcio [Ácido Zoledrónico]

La formación de las DCI se basa en una composición formada por una raíz y una serie de sufijos que incluyen un fármaco en un grupo farmacológico determinado. Cuando cada denominación se acepta por la DOE se debe producir una adaptación al castellano. En 1988 se publicaron una serie de criterios de normalización de la ortografía y la fonética de los fármacos en español para adaptar dicha ortografía y fonética al español ya que las denominaciones comunes internacionales y las británicas o estadounidenses (que no se adaptaron al modelo de la DCI) no coincidían con la ortografía española. Según estos criterios se adaptaron una serie de terminaciones de las cuales citaremos las que hemos obtenido en nuestros informes:

#### PRINCIPIO ACTIVO

TERMINACIÓN –INA (inglés –in, -ine): Ranitidina, Atropina, Butilescopolamina, Insulina, Bemiparina, Enoxaparina, Heparina, Eritropoyetina, Estatinas, Simvastatina, Parafina en jarabe, Digoxina, Lidocaína, Pentoxifilina, Penicilina, Cloxacilina, Amoxicilina clavulánico, Ampicilina, Piperacilina deTazobaztan, Septrina, Claritromicina, Fosfomicina, Clindamicina, Estreptomicina, Amikacina, Teicoplanina, Rifampicina, Vinorelbina, Capecitabina, Gemcitabina, Adriamicina, colchicina, codeína, Morfina, pregabalina, Lamotrigina, Acetilcisteína, Silimarina, Albúmina

#### EXCEPCIONES:

TERMINACIÓN -OXACINO: Ciprofloxacino, Levofloxacino, moxifloxacino

TERMINACIÓN –PLATINO: oxaliplatino, Cisplatino, Oxaliplatino, Carboplatino,

TERMINACIÓN –IDA (inglés –ide): Metoclopramida, Torasemida, Furosemida, Isoniacida, Pirazinamidas, Ciclofosfamida, Temozolamida, flutamida

EXCEPCIÓN:

TERMINACIÓN –IDO: Etoposido

TERMINACIÓN –OL (inglés –ol, –ole): Omeprazol, Metronidazol, Fluconazol, ketoconazol, Sufametoxazol, Alopurinol, Haloperidol, Paracetamol, Tramadol

TERMINACIÓN –ILO (inglés –il, –ile, –yl): Fentanilo, Fluorouracilo

EXCEPCIÓN:

TERMINACIÓN –IL: Captopril, Enalapril

TERMINACIÓN –ATO (inglés –ate): Dinitrato de isosorbide

TERMINACIÓN –ONA (inglés –one): Amiodarona, Dexametasona, Prednisona, Quinolonas, metadona, Oxycodona, Pirazolonas, Risperidona

EXCEPCIÓN:

TERMINACIÓN –ON: Manidón

TERMINACIÓN –ENO (inglés –en, –ene): tamoxifeno, Ibuprofeno, Naproxeno

TERMINACIÓN –AN: Irinotecan

Además de estas reglas, la OMS no modificó las siguientes terminaciones inglesas:

TERMINACIÓN –EL: Clopidogrel, docetaxel

TERMINACIÓN –ST: Nitroplast

TERMINACIÓN –E: Meropenem

TERMINACIÓN –FOS: Utefos

TERMINACIÓN EN –ICO: Acido Acetil Salicilico, Valproico

Otras terminaciones encontradas son –AB, –IB: Bevacizumab, Sunitinib, Rituximab, Cetuximab, Erlonitib.

En algunos casos, en vez de citar el principio activo, se nombran las marcas; así, en relación a los principios activos que acabamos de enumerar:

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA	PRINCIPIO ACTIVO	MARCA
Bemiparina	Hibor	Levofloxacino	Tavanic
Enoxaparina	Clexane	Metoclopramida	Primperan
Simvastatina	Zocor	Torasemida	Dilutol
Parafina	Emuliquen		Isodiur
Pentoxifilina	Hemovás		Sutril
Cloxacilina	Orbenin	Furosemida	Seguril
Amoxicilina	Augmentine	Temozolamida	Temodal
Piperacilina de Tazobactan	Tazocel	Flutamida	Gristín
Omeprazol	Ceprandal		Oncosal
	Emeproton	Paracetamol	Termalgin
	Lansoprazol		Xumadol
	Losec		Dafalgam
	Nexium		Efferalgan
	Nuclosina		Febrectal
	Parizac		Perfalgam
Metronidazol	Flagil	Tramadol	Adolonta
Claritromicina	Klacid Unidia		Zytram
Rifampicina	Rifinah		Dolpar
Capecitabina	Xeloda	Fentanilo	Durogesic
Colchicina	Colchicine	Amiodarona	Trangorex
Codeína	Codeisan	Dexametasona	Fortecortín
Morfina	MST	Prednisona	Dacortin
	Sevredol	Oxicodona	Oxinor
Pregabalina	Lyrica	Risperidona	Risperdal
Acetilcisteína	Fluimucil	Ibuprofeno	Neobrufen
	Flumil	Naproxeno	Naproxín
Albúmina	Ferroprotina	Clopidogrel	Iscover
Ciprofloxacino	Baycip		Plavix

Por los resultados obtenidos, se puede confirmar la falta de criterio a la hora de decidir si usar el principio activo o el nombre de la marca. Veámos un ejemplo:

Doc. 181-187 pertenecientes al mismo paciente:

documento	especialidad	antecedentes personales	tratamiento
181	Neumología	Pentoxifilina	Hemovás
182	HAD		Hemovás
183	Neumología	Hemovás	Hemovás
184	Medicina Interna	Hemovás	
185	Cardiología		Hemovás
186	Digestivo	Pentoxifilina	
187	Infecciosas	Pentoxifilina	

Lo más común en nuestros informes es el empleo de la marca registrada en el apartado TRATAMIENTO y dejar para el resto del documento la DOE, excepto en los informes de Cirugía que se usa para el tratamiento la DOE. Sin embargo, no siempre se cumple esta situación ya que en un caso como el Omeprazol comprobamos que coincide con las marcas registradas en dos informes pero sin criterio de elección; así en el documento 18 se cita Omeprazol en el apartado ANTECEDENTES pero en el TRATAMIENTO se menciona Parizac; por el contrario en el documento 39 en los ANTECEDENTES se nombra la Nuclosina y en el TRATAMIENTO el Omeprazol.

Por tanto, hay disparidad de resultados que fácilmente pueden conducir a error.

Según el National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), los errores de medicación se definen como «cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o del consumidor». A partir de un estudio realizado en el año 2003 por el Consejo General de Farmacéuticos y el ISMP-España, se sabe que existe un número considerable de errores de medicación que pueden estar provocados por la similitud fonética y ortográfica entre los nombres de los medicamentos.



En nuestros informes resulta complicado descifrar este tipo de errores debido a que desconocemos las intenciones del facultativo. Sin embargo, sí se puede dejar constancia de errores fonéticos y gráficos que podrían conducir a graves problemas para el paciente principalmente como los siguientes<sup>6</sup>:

- Las voces obtenidas casi nunca se acentúan e incluso detectamos alteraciones acentuales: amoxicilina, amoxi-clavulanico, Amoxicilina clavulánico, Amoxicilina Clavulánico, amoxicilina-clavulanico, amoxicilina-clavúlanico

- Mayúscula en posición interna ajena al sistema español: Cef<sup>t</sup>acidima, Ce<sup>F</sup>tacidima, cef<sup>t</sup>azidima [Ceftazidima]

### CONSONANTES

- Las consonantes dobles del inglés se convierten en sencillas en castellano por lo que surgen las dudas obteniendo una simplificación de geminadas: ZINAT [Zinnat] e incluso inserción de h: Inholet [Innolet]. Una excepción a la simplificación de geminadas lo constituye la r; sin embargo, se da el fenómeno contrario -geminación de consonante- -r- pasa a -rr-: Epirubicina [Epirubicina], Ferrogradumet [Fero Gradumet]; Lanirrapid [Lanirapid]

- Como en castellano, se debe escribir m ante b y p y n ante el resto. Sin embargo, observamos un comportamiento anárquico ya que, aunque la denominación oficial traspone las reglas del castellano, se tiende a castellanizar el término adaptándolo a nuestra ortografía: Diamben [Dianben] con la consiguiente falta de ortografía que se produce en castellano; CROMATOMBIC FERRO [Cromatonbic Ferro], Introm A [Intron A]; Seprim forte [Septrin].

- Esas mismas dudas surgen cuando la consonante nasal ocupa la posición final: aunque lo correcto es que el término acabe en -n se cambia a -m por dudas entre el étimo del DCI y la castellanización: Primper<sup>m</sup>, [Primper<sup>n</sup>]; Dafalgam [Dafalgan].

---

<sup>6</sup> Entre corchetes escribimos la forma correcta.

- Asimismo, obtenemos el fenómeno contrario, más común porque lo habitual en español es que la palabra termine en -n: paso de -m > -n. Diltiazan [Diltiazem]; Tulgrason, Tulgrasun [Tulgrasum Antibiotico]; Imipenen, Imperem [Imipenem]: ZOLPIDEN, Zolpiden [Zolpidem]; Diacepam, diacepam, Diazepan, DIAZEPAN [Diazepam]; Midazolan, Midazolan subcutáneo [Midazolam]; Lormetacepam, Lormetazepan, **LORMETAZEPAN** [Lormetazepam]; ALPRAZOLAM, **Alprazolán**, Alprazolán, ALPRAZOLAN [Alprazolam]; Loracepam, LORACEPAN, Lorazepam [Lorazepam]; IDALPREN [Idalpre]; Tulgrason, Tulgrasun [Tulgrasum Antibiotico]; tazobaztan, tazobactan [Tazobactam]; SINTRON [Sintrom]; Trimetropin [Trimetoprim]

- También en posición implosiva: Rimcure, Rincure [Rimcure]; gemcitabina, Gemcitabina, **Gemcitabina**, **Gencitabina**, **GENCITABINA**, Gencitavina [Gemcitabina]; Enconcor [Emconcor]; Anchafibrin [Amchafibrin]; Alinta [Alimta]

- Adición de consonante nasal: Grisentín [Grisetin]

- Pérdida de consonante nasal: Sertralia, Sertralina, SERTRALINA, sertralina [Sertralina]

- Otras pérdidas de consonantes:

Caida de consonante inicial: Inemed Retard [Sinemed Retard]

pérdida de consonante en posición implosiva por relajación: Cepadál, CEPRADAL [Ceprandal]; Eritropoyetina [Eritropoyestina]; Dacapetil [Decapeptyl]

Pérdida de la -R-; Tadiferon [Tardyferon]

- La Q se mantiene en los grupos Que, Qui pero se transforma en C en el resto; sin embargo

QU > K: EMULIKE LAXANTE [Emuliquen Laxante]

-Q > -C: Actic [Actiq]

- Habitualmente la Z se mantiene ante vocales fuertes pero se convierte en C ante E o I:

- -Z- pasa a -C-: Ceftacidima, Ceftacidima, ceftazidima [Ceftazidima]; Carbamacepina, CARBAMACEPINA, CARBAMAZEPINA [Carbamazepina]; Benzodiazepina, Benzodiazepinas, benzodiazepinas, Benzodiazepina [Benzodiazepinas], Diacepam, diacepam), DIAZEPAM, Diazepam, DIAZEPAN [Diazepam]; Loracepam, LORACEPAN, Lorazepam [Lorazepam]; Lormetacepam, Lormetazepan, **LORMETAZEPAN** [Lormetazepam]; Isoniacida [Isoniazida]. También en posición inicial: **C**itran [Zytram]; Isoniacida [Isoniazida]; Trankimacin [Trankimazin]

- C implosiva pasa a Z: tazobactan [Tazobactam]

- Vacilación de consonante en posición implosiva: la consonante dental alterna con otra consonante oclusiva sorda o con una alveolar : Mecformina, Merformina [Metformina],

- Vocalización de consonante en posición implosiva: Amiodipino [Amlodipino]

- Fricativación, cuando la consonante oclusiva pasa a fricativa en posición intervocálica (aunque quizá sea un simple error ortográfico): gemcitabina, Gemcitabina, **Gemcitabina**, **Gencitabina**, **GENCITABINA**, Gencitavina [Gemcitabina], Vinorelvina, Vinorelbina [Vinorelbina]; Lovibon [Lobivon]; Sebredol [Sevredol]; Tarceba [Tarceva]

- Analogía léxica: podría modificarse parte de la palabra por su relación de semejanza con dorsal: **dorsal**tolcina, Doxazocina [**Doxazosina**].

- Otras consonantes:

-X- > -KS-: Tacsol [Taxol]

-X- pasa a -S-: Ceftriaxona, ceftriaxona, Ceftriaxona [Ceftriaxona];

-S- pasa a -X-: Norvax [Norvas]; Excitalopram [Escitalopram]; Coropres [Coropres]

-N- pasa a -R-: Imipenem, Imipenen, Imperem [Imipenem]; propaferona [Propafenona]

-N pasa a -L: Anchafibril [Amchafibrin]. Lo mismo ocurre con la sigla ddl procedente de Didanosina

-F- > -C-: Soracenib [Sorafenib],

-L > -R: Letrozol, Letrozor [Letrozol]

-K > -C: Rilutec [Rilutek]

- Consonante simple se duplica:

-T > -NT: FEROGADUMENT [Fero Gradumet]

-R > -RT: Prevencort [Prevencor]

-R > -RD: Siscord [Syscor]

-T > -RT: Adalart [Adalat]

-N > -NS: Regulatens [Regulaten]

-H > -TH: Rifinath [Rifinah]

-X > -BS-: Unibsitron [unixitron]

- Consonantes dobles finales ajenas al español se simplifican: Oxinor [Oxynorm]; Avidar [Avidart]; Insulatad, Insulatar [Insulatard]; Efaviren [Efavirenz], como vemos en cada caso desaparece una de las consonantes del grupo doble

- Sonorización de sordas: Estracid [Estracyt]

- Ensordecimiento de consonantes: incluso cuando son finales con doble consonante: Atacant [Atacand] y al inicio de palabra: Crisetin [Grisetin]

ph pasa a f: por similitud con muchas palabras de origen griego que evolucionan en castellano, algo muy común en los fármacos: Dufalac [Duphalac]

-d- por -r-: folfiri es un acrónimo formado por FOL ‘ácido folínico’, F ‘fluorouracilo’, IRI ‘Irinotecan’ luego, sin duda, el facultativo que lo utilizó desconocía este dato.

-r- por -d-: Virex [Videx]

- Pérdida de una sílaba: 5 Fluoracilo [5-Fluorouracilo]

- Separación de la palabra: Acetil cisteína [Acetilcisteína]; Ácido Acetil Salicilico [Acetilsalicílico], Alfa bloqueantes; fluido terapia; antibiótico terapia; Gliben clamida [Glibenclamida]

- Inclusión de consonante: -h- en posición implosiva: Augmentihne [Augmentine] o -t- después de -n-: Bicarbontato [Bicarbonato]

bromuro de ipatropio [Bromuro de ipratropio]

- Alternancia prefijo BI/BIS: Bifosfonatos [Bisfosfonatos]

## VOCALES:

- Vacilación y/i: la presencia de “y” con carácter vocálico en una posición que no sea final de palabra es un fenómeno ajeno al español por lo que resulta extraño ya que en español la letra “y” solo se utiliza como vocal al final de la palabra; sin embargo relacionado con los fármacos tiene su lógica ya que se debe a discrepancias entre la International non-proprietary name (INN) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que adapta la “y” aceptada tanto por la British approved name (BAN) británica como por la United States adopted name (USAN) estadounidense. Lo correcto en este caso sería la adaptación al castellano con i: **M**icostatin, Mycostatin, mycostatin, **Mycostatin** [Mycostatin: *Nistatina*]; **C**itrán [Zytram]; Granocite [Granocyte]; Naproxin [Naprosyn], Estracid [Estracyt]; Flagil [Flagyl]; Coversil [Coversyl]; Decapartil [Decapeptyl], Dacapetil [Decapeptyl]; Oxinor [Oxynorm]; Remynil [Reminyl]; Siscord [Syscor]; Tادiferon, TARDIFERON, Tادiferon [Tardyferon]; Triptizol [Tryptizol]; Uralit Urato [Uralyt Urato]

### - Vocales dobles:

La forma ou de origen francés pasa a castellano como u aunque aún es lo correcto en el ejemplo que traemos mantener la forma con dígrafo.-ou- > -u-: 5 Fluoruracilo [5-Fluorouracilo]

-i- > -io: Ciprofloxacino, ciprofloxacino, CIPROFLOXACINO, ciprofloxacino [Ciprofloxacino]

-u- > -iu-: Myambiutol [Myambutol]

-iu- > -u-: TRANXILUM [Tranxilium]

- Duplicación de vocal: Efferaalgan [Efferalgan]; Aavidart [Avidart] o el fenómeno contrario: Simplificación de vocal doble: Cozar [Cozaar]. Dado que es un fenómeno nada común en castellano en algún caso se llega incluso a introducir una h muda entre las dos vocales: Cozahar

- Adición de vocal: paragoge: Seprina [Septin]

- Supresión de vocal: apócope: Captopril [Captopri], síncopa: Imipenem, Imipenen, Imperem [Imipenem]; Mandon [Manidon]; Duphalc [Duphalac]

- Dado que la castellanización de los términos que en el DCI acaban en –e sería la vocal –a, nos encontramos con el fenómeno contrario: Vocal –a se transforma en –e: Octeotride [Octeotrida], dinitrato de isosorbide [Dinitrato de Isosorbida], por semejanza con otros fármacos acabados en –e. El mismo fenómeno lo obtenemos con la vocal –o que se transforma en –e: Metotrexate [Metotrexato], por semejanza con otros fármacos acabados en -e

- Disimilaciones:

-a- > -e-: Efferelgan [Efferalgan]

-o- > -a-: Novamix [Novomix]; Miflanide [Miflonide]

-u- > -o-: Tulgrason, Tulgrasun [Tulgrasum Antibiotico], por ser una terminación más similar a la del español

-a-> -o-: Diflucon [Diflucan], terminación más común en los fármacos

- Asimilaciones:

-e- > -a- : Diltiazan, Diltiazem, Diltiazem Retard, DILTIAZEM RETARD [Diltiazem]; Decapaptil [Decapeptyl], Dacapetil [Decapeptyl]

-e-> -i-: Paroxitina [Paroxetina]; Acido Zoledrónico, ácido zolidrónico, ácido zolidrónico y calcio [Ácido Zoledrónico]

- a- > - o- y por disimilación, en cambio, la i pasa a e: Micefrono [Micifrona]

- Pérdida de guión separador: 5 Fluorouracilo [5-Fluorouracilo]; en algún caso además se da fusión de las dos palabras: Codiovan [Co-Diovan]

- Inclusión de guión separador: Boi-K [Boi K], FOLI-DOCE [Foli Doce]

- Vacilaciones: Vancomicina, vancomicina, Vanocimicina [Vancomicina]

- Fusión de dos palabras: Ferrogradumet [Fero Gradumet], Proulco [Pro Ulco]; Ultralevura [Ultra Levura]

- Errores:

F- por error P-: Ácido Polínico [Ácido Folínico]

F- por error R-: Rerogradumet [Fero Gradumet]

de Ceptil por Herceptín

Unibesitrán por Besitran

- Falta de ortografía: Antiheméticos

- Dudas: Propafen(¿)ona

Normovas fármaco inexistente que, gracias a que el informe previo que hemos estudiado pertenecía al mismo paciente, se deduce que se confunde con Hemovás.

Un tipo especial de fármacos lo constituyen los antirretrovirales y los antineoplásicos en los que la presencia de abreviaturas es muy común, lo que produce una enorme falta de precisión y uniformidad (vid. sistemas de abreviación).

La utilización de abreviaturas y siglas en la prescripción médica es una fuente potencial de errores y aún más cuando se dan casos de siglas muy similares; en estos casos lo razonable es dejar constancia del principio activo de cualquier medicamento escrito con abreviaturas, en especial en el caso de los medicamentos de alto riesgo que pueden conllevar graves consecuencias para el paciente, como los oncológicos, la insulina, los opiáceos, la heparina, los agentes citostáticos, agonistas adrenérgicos, calcio y magnesio intravenosos, hipoglucemiantes orales, lidocaína, bloqueantes neuromusculares y anticoagulantes orales. El uso de abreviaturas es especialmente frecuente en oncohematología para la prescripción de citostáticos e inmunosupresores: CDDP (Cisplatino, cisdiaminodichloroplatino). Los antirretrovirales son otros fármacos que se designan con frecuencia mediante abreviaturas bien a partir del nombre genérico (NFV Nelfinavir, IDV Indinavir, SQV/r Saquinavir, LPV/r Lopinavir) o del nombre químico (AZT Azidotimidina, ddl Didanosina).

Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, «las abreviaturas resultan aceptables en los términos que se establece en las guías de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para medicamentos autorizados por procedimiento centralizado».

En los informes localizamos las abreviaturas: 5-FU (5 Fluorouracilo), quimio (quimioterapia) y las siguientes siglas: AMP, ADO, AINE (antiinflamatorios no esteroideos, en nuestros informes solo en plural), ATB (antibiótico), Ab (antibiótico), CMF (Ciclofosfamida), CNF (Ciclofosfamida, con error en la consonante nasal), OTC (Over the Counter, son fármacos destinados al alivio, tratamiento o prevención de afecciones menores, con los que se posee una amplia experiencia de uso y han sido expresamente autorizados como tales), insulina NPH (Neutral Protamina Hagedorm, es decir, insulina de Ph neutro, contiene protamina y fue creada por Hagedorm, científico que realizó por primera vez esta composición), NTG (Nitroglicerina), MP (se refiere al fármaco antineoplásico 6-MP, Mercaptopurina), QT (quimioterapia), VAD (Vincristina+Adriamicina+Dexametasona), VP16 (Etopósido, fármaco antineoplásico, VePesid).

Asimismo, como formas en plural de siglas recogemos: AINES o AINEs, incluso Aines sin considerarlo como sigla prototípica, ADOs.

En general, respecto a la escritura de los fármacos en los informes comprobamos que no se mantiene un criterio único en ningún sentido ya que tipográficamente no hay acuerdo, lo mismo se nombran por el principio activo que por la marca o por el genérico, cuando se nombra la marca comercial nunca se añade el símbolo concreto (solo Casodex@ y Sintrom@ llevan símbolo y no se emplea correctamente), se produce confusión en el nombre de los medicamentos, se usan abreviaturas y se cometen numerosos errores fonéticos y ortográficos por diversas causas que nos resulta complicado conocer aunque algunas de ellas son evidentes: lapsus y despistes, errores en el manejo del ordenador, influencia del inglés, celeridad en el trabajo, influencia de algunos términos farmacológicos sobre el resto, etc.

Como normas a seguir, propondría escribir con minúsculas los nombres de principios activos y con mayúscula y su correspondiente símbolo las marcas comerciales; no cabe duda que todos los nombres deberán acentuarse de acuerdo a las normas ortográficas del español, ya sea en minúsculas o mayúsculas y, finalmente, se recogerán las denominaciones que oficialmente aporta la DOE y, en su ausencia, las de la DCI adaptando sus grafías al español.

En resumen, para que la información del tratamiento sea la correcta lo primero y principal es que el facultativo tome conciencia de que cualquier problema que pueda surgir por las indicaciones del tratamiento no será debido a un error del propio médico sino del sistema y que, de manera multidisciplinar, habrá que solucionarlo.

En la práctica, dentro del apartado TRATAMIENTO se deberá especificar con claridad cada uno de los fármacos que el paciente debe tomar a partir del alta especificando, como mínimo, el nombre del fármaco a partir del principio activo, resaltado tipográficamente con mayúsculas o negrita, sin abreviaturas y añadiendo, si se desea, la marca comercial entre paréntesis, en cursiva y con la señal de patente ®. Seguidamente la forma farmacéutica (solución, enjuague, comprimido...), también sin abreviaturas y el tamaño del envase (algunos médicos recomiendan escribir la cantidad de principio activo –en mg– mejor que el número de unidades de la forma farmacéutica). Para informar de la dosis, que sería la siguiente información que hay que añadir, se deberá seguir el Sistema Internacional y tener en cuenta algunas sugerencias que se hacen en el apartado sistemas de abreviación de este trabajo, sobre todo en referencia a las unidades de medida; asimismo, como ya se ha indicado, habrá que evitar el empleo de unidades mal definidas como “pizca”, “cucharada”, etc.



Además, habrá que dejar suficiente espacio entre el nombre del medicamento, la dosis y las unidades de dosificación. La forma de presentación de dicha dosis podrá escribirse detrás de la dosis si no se ha mencionado previamente. A continuación se deberá indicar la vía de administración, por supuesto sin abreviaturas y, por último, la posología y duración del tratamiento. Por regla general la administración del fármaco suele ser diaria pero conviene indicar el intervalo correspondiente (cada 72, 48, 24, 12, 8, 6, 4 o 2 horas) concretando el momento de la toma si hiciera falta y, en caso de que fuera una medicación crónica, el periodo en el que hay que tomar el fármaco (semanal, mensual, cada ....días, etc.). Por el contrario, si la medicación se toma 'a demanda' resulta oportuno dejar constancia de la dosis máxima por día y del intervalo mínimo de administración. Asimismo, conviene incluir el motivo de la prescripción para que el paciente y otros profesionales sanitarios identifiquen mejor el fármaco y sepan para qué se usa. Conviene, asimismo, especificar si el fármaco debe administrarse junto a alimentos o separado de la ingesta y si no se puede tomar a la vez que otro tipo de medicación. Finalmente, cuando sea necesario, se deben añadir instrucciones explicativas como por ejemplo si se precisa algún control analítico para una determinada medicación, vigilancia de efectos adversos, actitud del paciente ante la aparición de nuevos síntomas, etc.

En suma, el paciente debe saber qué medicamento debe tomar, para qué y cuándo.

Sería deseable que, junto a la lista de fármacos, en el apartado TRATAMIENTO se incluyera un plan de actuación con indicaciones como la dieta que debe seguir el paciente, la actividad física que debe o puede realizar, las visitas posteriores y otras consideraciones relacionadas con las circunstancias del paciente, siempre mencionadas de manera clara y coherente, sin imprecisiones.

No cabe duda que el facultativo deberá comprobar que el tratamiento que está prescribiendo coincide con el tratamiento que el paciente llevaba cuando ingresó y, si no existe tal coincidencia, indicará en el apartado EVOLUCIÓN dichos cambios de medicación.

En el apartado ANTECEDENTES PERSONALES se deberá enumerar cada uno de los fármacos con los que el paciente ingresa de manera clara y exactamente siguiendo la estructura que acabamos de explicar. No será necesario, sin embargo, destacarlo tipográficamente del resto de información.

Por último, gracias a las nuevas tecnologías, la pluralidad de resultados obtenidos y las incorrecciones detectadas se podrán solucionar a partir de una base de datos con términos homogéneos, fijos y correctos, basados en la normativa, que aporten toda la información básica y que sean fácilmente comprensibles para cualquier receptor. Si se produce una informatización del tratamiento, algo tan sencillo como crear un formulario con campos ya predeterminados en los que el facultativo solo tendrá que rellenar a través de listas desplegables, habrá que tener cuidado porque cuando dos medicamentos presentan un nombre similar y aparecen próximos en los listados informáticos puede ocurrir que se seleccione el medicamento equivocado; por tanto, sería conveniente colocar alertas en el formulario, señales de aviso que deberán aparecer también en cuanto haya el menor riesgo de confusión (por ejemplo, si un paciente es alérgico a un determinado fármaco). Además, se deberán extremar las medidas de precaución ante medicamentos nuevos o poco habituales.

Finalmente, habrá que educar e instruir a los pacientes para que se fijen y entiendan los tratamientos que se les prescriben, sensibilizarles tanto a ellos como a sus familiares y cuidadores sobre los problemas de no comprender el tratamiento, convencerles para que se fijen y usen siempre el nombre genérico para identificar sus medicamentos. Por último, animar a los pacientes para que tomen parte activa en su tratamiento y consulten ante cualquier duda sobre los medicamentos que están recibiendo<sup>7</sup>.

#### 6.3.10. DIAGNÓSTICOS

Un 5'75% de los informes vistos no incluyen este apartado, razón lógica en informes de fallecimiento firmados por el Servicio de Paliativos y en un informe de traslado de Neumología (212) pero incorrecta en el resto de resultados correspondientes a informes de Cirugía (162, 201, 209, 284), Oftalmología (178, 376), Oncología (268, 274) y Hematología (202).

---

<sup>7</sup> Estas prácticas básicas se recogen en el documento: Recomendaciones para prevenir los errores por confusión en los nombres de los medicamentos.

<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20nombres%20ISMP-Espana.pdf>

Según quien sea el autor del informe o el Servicio al que pertenece los diagnósticos van situados en un lugar o en otro; así en algún informe de Cirugía se sitúan después de los Antecedentes Personales (160); los informes de Oftalmología y dos de Traumatología (216, 225) los ubican en un lugar destacado, después de los datos personales al principio del documento; el orden seguido en algunos de Traumatología es Antecedentes Personales, Motivo de Ingreso y Diagnósticos (71, 153, 155) y en los de ORL Antecedentes Personales, Enfermedad Actual, Exploración, Pruebas complementarias, Juicio diagnóstico y luego se añadirían el Tratamiento, la Evolución, el Tratamiento ambulatorio y los Controles.

El volumen de diagnósticos ofrecido tampoco coincide según los Servicios ya que, por regla general, aquellos de Urología, Cirugía, Digestivo y Hematología suelen ser muy breves mientras que los informes de Hospitalización a Domicilio y de Paliativos enumeran muchos diagnósticos por lo que se facilita la labor de codificación.

En algunos casos se incluyen en este apartado, además de los diagnósticos, las fechas de diagnóstico o de tratamiento y otros contenidos como los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, transfusiones (4), recambios de gastrostomía (198), escalas, síntomas, prótesis, sedación, la anatomía patológica, tabaquismo, enolismo, hiperglucemia o una solicitud de residencia (54)

No existe criterio único para nombrar este encabezado; así, aparecen como formas sinónimas: Diagnóstico, Juicios diagnósticos, Juicio clínico diagnóstico, Juicio clínico, Impresión diagnóstica, Impresión clínica (estos últimos en Urgencias).

Por otro lado, para facilitar la labor de codificación se prefiere enumerar los diagnósticos separando el principal de los secundarios, situación que se sigue en un 15'5% de los informes, todos pertenecientes a Paliativos excepto el 24 de Medicina Interna y el 71 de Traumatología. El resto de informes enuncian los diagnósticos separados con puntos (12'25%), con números (6'75%), con guión (1'75%), un informe con signo ζ, relatados con punto y seguido (4%) o enumerados uno a uno sin símbolo diferenciador. Destacan por su especificidad y falta de economía lingüística los informes 143 y 151 que comienzan con la siguiente construcción: "De acuerdo con lo dicho se establecen los siguientes diagnósticos". Asimismo, resulta destacable la indicación de los diagnósticos (y los tratamientos) con su número de codificación en un informe de Cirugía Torácica (247), correspondiendo al número del CIE-9 que estaba en vigor cuando el informe fue firmado<sup>8</sup>: "511.8 Derrame pleural derecho subpulmonar de repetición.

197.2 Carcinomatosis pleural (Compatible con adenocarcinoma)"

---

<sup>8</sup> En la actualidad se aplica para codificar el CIE-10

Respecto a la tipografía, aparte de que algunos se resaltan en negrita, un 12'75% de informes presentan los diagnósticos en minúscula; en informes pertenecientes a distintos Servicios se mezclan las mayúsculas y minúsculas como en el ejemplo (Paliativos 77, Oncología 122, Ginecología 175, 324, Nefrología 179, Neurología 228, Urología 355, Urgencias 379). Los demás informes se escriben con mayúscula, la mayoría de las veces sin acentuar correctamente.

Ej.:

- ξ HTA probablemente esencial mal controlada. Tratamiento hipotensor.
- ξ DIABETES MELLITUS insulino dependiente.
- ξ NEFROPATÍA DIABÉTICA y/o NEFROANGIOESCLEROSIS CON INSUFICIENCIA RENAL LEVE.
- ξ SÍNDROME DEPRESIVO ANSIOSO en tratamiento farmacológico.
- ξ CARDIOPATIA HIPERTENSIVA grado II.
- ξ RETINOPATÍA HIPERTENSIVA grado I.
- ξ ESTENOSIS CARÓTIDA IZQUIERDA inferior a un 10%.
- ξ Probable quiste hidatídico hepático calcificado.
- ξ Bloqueo AV de I grado.

Lingüísticamente comprobamos que, a pesar de que las abreviaturas están presentes en muchos de estos informes, obtenemos las formas correctas en algún informe; así, en el documento 278 de Oncología aparece la sigla TCE en el Motivo de Ingreso pero en el diagnóstico la forma plena 'traumatismo cráneo encefálico'; en 316 y 317, la sigla LMP aparece en Antecedentes Personales y 'leucoencefalopatía multifocal progresiva' en diagnósticos.

Se repiten, nuevamente, muchas estructuras fosilizadas como "los previos", "secundario a", "persisten anteriores diagnósticos", "los de antecedentes", "otros antecedentes comentados", "los referidos en los antecedentes", "se mantienen los diagnósticos anteriores", "se mantienen los anteriores", "progresión final de su enfermedad oncológica de base", "progresión final de su patología de base", "exitus por dicho motivo", "fallecimiento por dicho motivo", "no se ha identificado el tumor primario", "pendiente de resultado anatomopatológico".

En este apartado, se incrementa la presencia de tecnicismos –algunas veces de manera exagerada incluso (280)-, hasta el punto de que en algún informe se incluye la forma coloquial en otros apartados y el tecnicismo en el diagnóstico: 'crisis de gota' en Antecedentes personales/ 'Podagra' en diagnósticos (166). Además, la especialización del contenido es tan patente que se hace necesario comprender incluso ciertas construcciones que morfológicamente resultan ambiguas para cualquier hablante, no así para el especialista: "ceguera en ojo izquierdo central", referido al origen central de la lesión (200).

Como variantes diferentes entre los resultados del diagnóstico y los aparecidos en el resto del informe podemos destacar: ‘deficiencia mental’ en Antecedentes personales / ‘retraso mental’ en Diagnósticos (244), ‘deterioro neurológico progresivo’ en Evolución/ ‘deterioro progresivo neurológico’ en Diagnósticos (176), ‘cerebro vascular’ en Evolución/ ‘cerebrovascular’ en Diagnósticos (112).

Finalmente, la presencia de epónimos y, sobre todo, la elisión de preposiciones serían también características de este apartado: “POSIBLE RECIDIVA TUMORAL DE CARCINOSARCOMA ENDOMETRIO” (62), “DILATACIÓN VIA AURICULAR” (185), etc.

### 6.3.11. RECOMENDACIONES

Se obtienen informes en los que no hay apartado de recomendaciones y desenlace (37’75%), correspondiendo la mayoría a informes de exitus de Paliativos (113 casos), exitus de otras Unidades (Oncología: 19, Geriátría: 214, 223), no vistos de Paliativos (55, 97, 107, 114, 152, 195) y, de manera incorrecta, informes de alta: Paliativos 9, 32, 67, 231, 235, 255, 303, 364, Psiquiatría 21, Medicina Interna 39, 64, 70, 134, 215, 224, Digestivo: 10, 96, 118, 211, 218, Hospitalización a Domicilio: 150, Cardiología: 185, Neumología: 212, Cirugía Torácica: 270, Respiratorio: 280, Neurofisiología: 314, Hematología: 341, Oncología: 363, Oftalmología: 376

Para analizar este apartado de los informes, nos centraremos en el análisis de las estructuras obtenidas y en una clasificación del contenido aportado, incorporando en cada uno de estos aspectos un estudio empírico de los datos obtenidos.

Así, hemos clasificado el contenido de este apartado, con el fin de aclarar la información que se ofrece, en los siguientes temas:

- ✓ Plan de seguimiento: contactar con el médico de Atención Primaria, Revisiones, Cuidados de enfermería
- ✓ Exploraciones que quedan pendientes
- ✓ Estado del paciente en el momento del alta
- ✓ Pronóstico
- ✓ Contacto
- ✓ Informe definitivo
- ✓ Recomendaciones prácticas
- ✓ Copia del informe al médico de Atención Primaria
- ✓ Otros avisos (petición de ambulancia, oxigenoterapia)

- ✓ A veces, en este apartado se le indica al paciente que debe tomar la medicación habitual por lo que mezcla la información del tratamiento con los consejos finales

#### 6.3.11.1. ESTRUCTURAS TEXTUALES

De acuerdo al contenido y la forma de presentación podemos agrupar los informes obtenidos en cuatro grupos diferentes: el correspondiente a los informes de Cirugía, con encabezado en mayúsculas, sin encabezado y con cuadros preestablecidos.

6.3.11.1.1. INFORMES DE CIRUGÍA: Recogemos cinco formatos diferentes en los que revisaremos los avisos y recomendaciones incluidos y las características lingüísticas destacadas.

- Formato 1: se reflejan dos modelos de estructura: a) en los documentos 43, 104, 106, 108, 254, 284; b) documento 160. Los primeros incluyen Avisos y recomendaciones: tomar la medicación habitual, consultar al médico de Atención Primaria, revisiones y contacto; sin embargo, el segundo añade a estos contenidos los cuidados de enfermería y el contacto. El primer párrafo coincide con el de los anteriores informes; sin embargo, el tercer párrafo (que coincide con el segundo de los anteriores) ofrece una información diferente ya que, en este caso, el aviso de revisión es telefónico mientras que en los primeros venía indicado en el propio informe, diferencia de tipo estructural que desconozco porqué.

Lingüísticamente, en ambos tipos se incluyen fragmentos dirigidos directamente al paciente con verbos en imperativo: “acuda”, en futuro con una perífrasis de obligación: “deberá seguir”, “debe acudir” y otra perífrasis modal de posibilidad: “puede solicitar”.

Por otro lado, se emplean construcciones sintácticamente más complejas que en el resto del informe usando oraciones subordinadas: sustantivas “que consulte con su Médico de Atención Primaria”, adjetivas relativas “que tomaba de forma habitual”, condicionales: “por si es necesario...”, “Si antes tuviera alguna duda...”. La claridad textual se aprecia sobre todo en la manera de informar ya que, por medio de un léxico claro y comprensible, se ofrecen datos de los días en que se puede contactar, el horario exacto y los teléfonos.

Además, en el segundo modelo destaca el trato del paciente empleando la forma usted “el día que se le indique”, la presencia de una forma pasiva “será controlada” y un empobrecimiento del texto debido al uso de la sigla (sin antes haber nombrado su forma plena), la repetición del adverbio “telefónicamente” y la presencia de una especie de sexismo lingüístico en la voz “enfermera” ya que, aunque la intención del autor del informe sea concretar el individuo real que ejerce ese cargo, da la impresión de que el oficio es propio del género femenino; quizá fuera mejor utilizar la forma “enfermería”.

a) “Recomendaciones:

- Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso, siendo conveniente que consulte con su Médico de Atención Primaria, por si es necesario realizar alguna modificación.
- Acuda a revisión a la Consulta Externa de Cirugía en la fecha que se le indica en el informe. Si antes tuviera alguna duda o motivo de preocupación puede solicitar consulta llamando de lunes a viernes en horario de 9 a 14 horas al teléfono 941297500 extensión 83221, 83222, 83223 ó 83229.”

b) “Recomendaciones:

- Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso, siendo conveniente que consulte con su Médico de Atención Primaria, por si es necesario realizar alguna modificación.
- La evolución clínica será controlada telefónicamente por la enfermera de la consulta de C.M.A. del Servicio de Cirugía General.
- Debe acudir a revisión en Consulta el día que se le indique telefónicamente.”

- Formato 2: 43, 104, 106, 108, 254, 284

“PRÓXIMA REVISIÓN CLÍNICA EN CONSULTA DE CIRUGÍA GENERAL Dr/a: [médico: Apellidos, Nombre sin negrita] en la fecha indicada en la tarjeta de citación que se adjunta.”

*Avisos y recomendaciones:* repetición de la revisión

Lingüística: se emplea negrita para resaltar esta información. No obstante, según mi punto de vista, resulta demasiado reiterada esta información dado que, como hemos visto, la fecha de la revisión se escribe en el informe y en una tarjeta de citación y en el propio informe te recuerdan que te fijas en que esas citas están anotadas.

- Formato 3:

“REVISIÓN EN CONSULTA DE ONCOLOGIA EL DIA 17-AGOSTO-2005 A LAS 10 HORAS 45 MINUTOS EN LA CONSULTA Nª 20 “ (104)

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SU CENTRO DE SALUD” (108)

*Avisos y recomendaciones:* otras revisiones y cuidados de enfermería. Resulta llamativo que en el resto de informes de Cirugía no se indique nada sobre los cuidados posteriores, información sumamente importante cuando el paciente se va a su casa.

Lingüística: en los dos informes se escribe con letras mayúsculas; sin embargo el 104 tipográficamente va con negrita, solución que sería la más correcta. Sobre las fechas, horas, vid. sistemas de abreviación (apartado Símbolos).

- Formato 4: 43, 104, 106, 108, 254, 284

“Recibirá el Informe Clínico Definitivo en próximas fechas. Debido al carácter provisional del presente informe pudiera haber alguna variación en los apartados arriba reseñados”

*Avisos y recomendaciones:* informe definitivo

Lingüística: escrito también en negrita, se dirige de nuevo al receptor-paciente con un léxico claro y construcciones correctamente confeccionadas

- Formato 5: 43, 104, 106, 108, 254 (vid. Anexo 1) y 160 (vid. Anexo 2)

Estos dos últimos cuadros que se añaden en determinados informes de Cirugía son ejemplos de información correctamente emitida con unas normas claras y explícitas por lo que interesa compararlos y analizarlos en profundidad.

El primero, más habitual en este tipo de informes, aparece como un texto muy bien elaborado y cuidado con una estructura tipográfica clara en la que se aprecian los diferentes apartados y una estructura textual deductiva que va de lo general a lo específico.

La información se dirige a un receptor en segunda persona de singular (usted) que coincide con el paciente.



Se evidencia que se producen vacilaciones en el uso de los símbolos en los dos cuadros ya que, aunque a simple vista pueda parecer que se intentan evitar –“fiebre mayor de 38°”, “tercer día”, “una o dos veces al día” (primer cuadro); “el primer día”, “las primeras 24 horas”, “de 10 a 15 minutos cada hora”, “fiebre superior a 38°” (segundo cuadro)-, sin embargo es evidente que se emplean sin rigor: “de 10-15 minutos cada hora”, “horario de 8:30h a 11:30h”.

En ambos textos destaca la presencia de abundantes verbos en imperativo; sin embargo, su uso es más correcto en el primer texto ya que predominan las formas positivas y solo se usa la negación para resaltar la prohibición –la negación va en mayúsculas y siempre con el mismo verbo para conseguir ese efecto-; así, en el primer texto se escribe “NO debe conducir”, “NO debe ingerir alcohol”, “NO debe tomar medicamento alguno”, “no permanezca acostado” mientras que en el segundo varían los verbos: “no tome”, “no conduzca”, “no utilice”, “no realice”, “no adopte”, “no permanezca”, “no dude”. Por tanto, en el primer texto se expresa un mayor número de mandatos que en el segundo: ‘reinicie’, ‘tome’, ‘siga’, ‘haga’, ‘permanezca’, ‘mueva’, ‘apoye’, ‘deje’, ‘aplique’, ‘consulte’ en el primer texto y ‘debe’, ‘haga’, ‘aumente’, ‘tome’, en el segundo.

Sintácticamente, en ambos cuadros se hace uso de construcciones sencillas pero correctamente construidas, con abundantes oraciones simples aunque, a la vez, empleando de forma adecuada proposiciones subordinadas de tipo relativo (“la medicación que se le indique al alta”, “...Urgencias del Hospital donde un cirujano le atenderá”), condicionales (“Si es dado de alta...”, “Si está acostado, mueva...”, “Si está sentado, apoye...”), concesivas (“puede ducharse aunque se moje la herida”), etc. Sin embargo, en el segundo cuadro se detectan errores de puntuación ligados a construcciones sintácticas compuestas como, por ejemplo, puntos erróneos: “Haga reposo relativo el primer día. Y después aumente progresivamente su actividad. No permanezca acostado”, “Tome alimentos ligeros a partir de que pasen 8 horas de la intervención y durante el primer día. Después haga progresivamente su dieta normal” cuando lo correcto sería: “Haga reposo relativo el primer día y después aumente progresivamente su actividad.”, “Tome alimentos ligeros a partir de que pasen 8 horas de la intervención y durante el primer día; después, haga progresivamente su dieta normal”.

Respecto al léxico, los términos son sencillos, correctos y coloquiales como podemos comprobar en la alusión a los fármacos ya que aunque se utiliza ‘medicación’ y ‘medicamento’, en el primer texto, para concretar no se emplea nomenclatura científica sino las formas más comunes y aclaratorias ‘aspirina’ o ‘medicamentos favorecedores del sueño’. De igual forma se recurre a formas coloquiales como “banqueta”, “sangrado excesivo de la herida” (no hemorragia), “medicamentos favorecedores del sueño” (no hipnóticos), “dolor de cabeza” (no cefalea), “gasa estéril” (no apósito), “dificultad para orinar” (no disuria), “vómitos” (no emesis); sin embargo los términos se manejan con corrección ya que no escriben ‘moretones’, ‘operación’, ‘doblando’, ‘desinfectante’, términos correctos pero más familiares, sino ‘hematomas’, ‘intervención quirúrgica’, ‘flexionando’, ‘antiséptico’ (aunque a veces se emplean como sinónimos, el antiséptico destruye microorganismos en tejido vivo mientras que el desinfectante lo hace en objetos inanimados).

En resumen, si comparamos ambos cuadros me parece más adecuado el primero ya que aparece de manera más clara y estructurada; no obstante, se podrían modificar algunos aspectos por lo que ofrezco un posible ejemplo (evidentemente adaptado a cada Servicio) que quedaría como vemos en el Anexo 3.

En el resto de los grupos que analizaremos seguidamente se repiten las características lingüísticas ya mencionadas.

#### 6.3.11.1.2. ENCABEZADO EN MAYÚSCULAS

Queda patente un segundo grupo de informes que comienzan con un encabezado en mayúsculas (a veces incluso en letra más grande, negrita, subrayado, etc.), según el cual obtenemos las siguientes variantes:

##### ○ RECOMENDACIONES

##### 1.1. Encabezado por RECOMENDACIONES: Paliativos 1, 31, 93, 276, Cirugía Torácica 295

*Plan de seguimiento:* “Seguirá control domiciliario por la Unidad de Cuidados Paliativos” (31, 93, 276); *Plan de seguimiento:* “Acudirá a la consulta (P5) el 11/01/07 a las 11:30 h.”, “Seguimiento domiciliario por la Unidad de Cuidados Paliativos.” (1)

*Plan de seguimiento:* “Recomendamos revisión la semana que viene en consultas externas de neumología de Calahorra (Dr. ...) para que comience el seguimiento y valore la necesidad o no de diuréticos.” (295)

1.2. Encabezado por RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO: Digestivo 18, 45, 133, 194, 272

*Recomendaciones prácticas:* “Dieta sin grasas. Retirar sonda vesical en dos semanas.” y tomar la medicación habitual: “Seguirá tomando la medicación que tomaba antes del ingreso” (133)

*Revisiones:* “Pedir cita en CEX traumatología.” (194)

En el apartado RECOMENDACIONES y TRATAMIENTO incluye la medicación que debe tomar (18, 45, 272) y en el documento 18, además, añade un encabezado NOTA cuyo contenido incluye: Plan de seguimiento: “El paciente queda a cargo de su médico de cabecera. Será visitado por el Servicio de Cuidados paliativos para ajustar o modificar las pautas analgésicas según las necesidades clínicas del paciente.”

1.3. Encabezado por TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES: Urología 11, 65, 81, 88, 144, 171, 234, 260, 265, 321, 355, 356, 370

Los contenidos que se tratan en los informes enumerados se ciñen a:

*Toma de medicación habitual:* “Medicación habitual” (11, 65, 88, 144), “Tratamiento domiciliario habitual” (81, 260 perteneciente al mismo facultativo), “Tomara su medicación habitual” (321), “Su tratamiento habitual” (355), “Su medicación habitual” (356), “MEDICACIÓN SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA CONSULTA PREVIA” (234)

*Plan de seguimiento:* “SERA CONTROLADO POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS” (171)

*Plan de seguimiento: Revisiones:* “Acudirá a la consulta externa de Uro-oncología en el H. de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (65, 81, 260, 356), “Acudirá a la consulta externa de Uro-oncología en el H. G. de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (321), “Acudirá a la consulta externa de Uro-oncología en el H. General de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (355) “Acudirá a la consulta externa de Uro-oncología en el H. San Pedro. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (171, 234, 370), “Acudirá a la consulta externa de Urología según consta en cartulina. La hora se la indicarán por correo desde Admisión de Enfermos” (11, 88, 144), “Acudira a consulta de Uro-Oncologia el próximo miércoles 12-5-04 para valorar si procede la retirada de la sonda e informarle del resultado de la biopsia” (265). Estos datos nos muestran los cambios de un Servicio con el paso del tiempo: cambio de ubicación y de forma de trabajo ya que en un principio se enviaba por correo el día y la hora y luego solo la hora. Además, nos permiten comprobar que un mismo facultativo puede usar fórmulas diferentes en distintos informes ya que, por ejemplo, los documentos 88 y 356 están firmados por el mismo médico pero emplean dos fórmulas que no coinciden.

*Plan de seguimiento:* otras revisiones: “SE LE MANDARÁ CITACIÓN POR CARTA PARA ACUDIR A CONTROL A CONSULTAS”, “EN CASO DE COMPLICACIONES ACUDIR A URGENCIAS DE ESTE HOSPITAL” (234), “Solicitar consulta en Hematología (H2) en 10 días. El día anterior a la consulta se realiza analítica de sangre” (260), “Solicitará cita para valoración de su psiquiatra de área” (370)

*Recomendaciones prácticas:* “Cuidados de la PPT” (144), “Cuidados de la sonda vesical” (356), “Correcta hidratación” (11), “BEBER ABUNDANTES LÍQUIDOS.” (234), “En su domicilio aconsejamos abundante ingesta de líquidos que no contengan alcohol entre las 9 de la mañana y las 9 de la noche” (265), “Abundante ingesta de líquidos” (355, 356).

#### 1.4. Encabezado por RECOMENDACIONES AL ALTA: todos los informes de UCE 12, 28, 342, 386

“No precisa por nuestra parte” (28)

*Plan de seguimiento:* “Seguimiento por Paliativos” (386) (¿qué hacer entonces? ¿cuándo vendrán? ¿cómo funcionan?), son las dudas que nos surgen.

*Recomendaciones prácticas:* “Media de compresión fuerte ponerla por la mañana y quitarla por la tarde. Reposo según las recomendaciones que se adjuntan”; *plan de seguimiento:* “Cita en la consulta externa de CIRUGÍA VASCULAR en unos 12-15 días” , exploraciones que quedan pendientes: “Se realizará en su centro de salud analítica que se aporta unos 3 días antes del día de la cita de CIRUGÍA” y avisos: “Si sangrado volverá a urgencias” (12)

*Plan de seguimiento:* contactar con médico de Atención Primaria: “Acudirá a su médico de cabecera con este informe para control y seguimiento” y revisión: “Acudirá a la Consulta de Hematología el día 1 de agosto a las 9.00 horas en la 4ª planta del Ambulatorio Central puerta 44 (H2)” (342)

#### 1.5. El mismo encabezado RECOMENDACIONES AL ALTA aunque seguido de REVISIÓN lo obtenemos en los siguientes documentos de Traumatología: 71, 216. Por una parte, el apartado de recomendaciones incluye parte de la medicación y recomendaciones prácticas; por otro lado, en revisión se incluye la información para realizar las revisiones y, finalmente, se añade un texto en letra más pequeña ordenando dar una copia del informe al médico de Atención Primaria:

“Curas de la herida quirúrgica cada 2-3 días y retirar grapas en su centro de salud” (71), “Cura de herida quirúrgica cada 48 horas en su centro de salud. Retirar puntos a los 10-14 días de la intervención. Régimen de vida: cama-sillón-silla de ruedas. Permanecera en reposo sin apoyar en 4 semanas. Precisa de ayuda para realizar todo tipo de cuidado personal” (216).

“El día 28-3-06 a las 11.25 horas. Consulta nº 26, 2ª planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (71), “5-10-06 a las 11.30 h. consulta 24, 2ª planta del ambulatorio. Dra ...” (216)

“\* Entregará una copia de este informe a su médico de cabecera”

1.6. Encabezado por RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS: Geriátría 189, 232, 23, 112, 136; Traumatología: 51, 153, 155; Psiquiatría: 207.

Los encabezados incluyen la forma ‘terapéuticas’ y, en ocasiones, se escribe sin acento.

*Toma de medicación habitual:* “EL QUE VENIA TOMANDO DE FORMA HABITUAL” (189)

*Plan de seguimiento:* “CONTROL POR SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALISTAS CORRESPONDIENTES” (189)

En este apartado, en el documento 232, se incluye exclusivamente la medicación que debe tomar y en los informes que enumero seguidamente –de Psiquiatría y Traumatología- se añade un apartado de revisión con una estructura parecida a la utilizada en los otros informes de Traumatología (los diferencia solo el titular del encabezado). Así, en recomendaciones terapéuticas, se menciona la medicación y recomendaciones prácticas; por otro lado se deja para el apartado REVISIÓN la información sobre las siguientes fechas de reconocimiento y, por último, los informes de Traumatología añaden un texto en letra más pequeña ordenando dar una copia del informe al médico de Atención Primaria:

“Curas de la herida cada 48-72 horas en su Centro de Salud” (51), “RETIRAR PUNTOS: En su Centro de Salud en 10-15 días. CURAS DE HERIDA: En su Centro de Salud cada 48-72h hasta retirada de los puntos” (153), “Debe caminar apoyando con la ayuda de bastones. Curas periódicas cada 72 horas por su centro de salud donde le serán retirados los puntos a su debido tiempo” (155), “Régimen de vida lo más activo posible con implicación en labores domesticas específicas” (207) “El día 30-4-04 a las 11.10 horas. Consulta nº 26, 2ª planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (51), “14-9-05 a las 12.15 h cta 28, 2ª planta del ambulatorio. Dr. ...” (153), “El día 14-10-05 a las 11.30 horas. Consulta nº 64, 6º planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (155), “En USM del Centro de Salud Rodríguez Paterna (Dr. ...) el día 5/01/06 a las 12h30” (207).

“\* Entregará una copia de este informe a su médico de cabecera”

1.7. Al encabezado RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS, en 23, 112 y 136, le acompaña una oración que en el documento 23 se refiere al tratamiento: “\* Su Médico de Atención Primaria realizara controles de glucemia y cambio del tratamiento si fuera preciso” y en los otros dos al plan de seguimiento: “\*El paciente pasa a control por el Servicio de Cuidados Paliativos” (112) y “\*Se solicita el seguimiento por el Servicio de Cuidados Paliativos Domiciliarios” (136).

o NOTA

2.1. Con el epígrafe NOTA: Digestivo 74, 350, Oncología 200, 365, Infecciosas 250, 316, Medicina Interna 257, 319.

El contenido de este tipo de informes se centra, especialmente, en el plan de seguimiento ya sea remitiendo al médico de Atención Primaria, informando de la siguiente cita, derivando a otras Unidades o informando de las exploraciones que quedan pendientes:

“Control por su médico de cabecera” (250),

“Acudirá a Cta. Externa de Urología, el día 5 de mayo de 2005 a las 9,50 horas, en la Cta. 55 del Ambulatorio Central” (74), “Será revisado en consulta externa de Cirugía, el día 17 de febrero a las 8:50 horas, en la consulta 21 del Ambulatorio, con el Dr. ....” (350), “el paciente será visto y controlado según estaba previsto por el Dr. MI9 en la Consulta Externa de M. Interna (nº: 52)” (319),

“Deberá continuar con el tratamiento de Radioterapia a partir de mañana. Deberá acudir a la Consulta tal y como lo tenía previsto” (365),

“Se Solicita Seguimiento en el domicilio por la UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS” (200),

“El paciente pasa a Hospitalización Domiciliaria para control evolutivo” (257)

“Control analítico en el plazo de 1 mes (adjunto analítica)” (316).

2.2. Con NOTA y el pie de página con el epígrafe “Se recomienda conservar....” citado anteriormente (vid. apartado estructura): Neumología 5 (que incluye asimismo el epígrafe de la ley), 181, 80, 298.

Referidos al plan de seguimiento por su médico de Atención Primaria o con la remisión a otras Unidades:

“Control por su médico de Medicina General, quien valorará introducir los cambios que estime oportunos, así como derivación a Atención Especializada” (80), “Control por su médico de Atención Primaria, quien valorará introducir los cambios que estime oportunos, así como derivación a Atención Especializada de la FHC” (298)

“Comentado con el Dr P5 la evolución del paciente y la sospecha de una Neoplasia digestiva subyacente cuya localización no ha podido ser demostrada, se considera continuar el control domiciliario por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos” (se deduce que sabemos quién es el médico mencionado) (181)

El informe número 5 resulta el más completo ya que incluye los tres contenidos que acabamos de citar: “Control por su médico de Atención Primaria. Acudirá a la Consulta Externa de Urología del Dr.U10 el día 30 de Mayo 2008 a las 10,40 horas, en el Hospital San Pedro, Planta 0 Cta nº y en la Unidad de Paliativos con fecha y hora que recibirá por correo”.

Según el contenido aportado en los ejemplos, comprobamos cómo la derivación al médico de Atención Primaria en ocasiones es muy concisa y en otros casos, como los documentos de Neumología, se realiza con una misma fórmula: “Control por ....., quien valorará introducir los cambios que estime oportunos, así como derivación a ...”. En ocasiones, se aportan datos de cómo funcionan los Servicios: “con fecha y hora que recibirá por correo”, el médico de Atención Primaria deriva a otros Servicios; sin embargo, existen oraciones cuya ambigüedad o falta de información podría conducir a errores: en el documento 365, perteneciente al grupo anterior, remite a la Consulta tal y como lo tenía previsto pero no dice a qué consulta ni quién lo tenía previsto (puede ser el médico de Radioterapia, el paciente o el propio médico que lo deriva). Asimismo, en el documento 181 además de ofrecer un error de concordancia: “Comentado...la necesidad...” alude a un médico del que no indica el Servicio al que pertenece por lo que se deduce que el paciente debe saber quién es esa persona.

2.3. Con NOTA y detrás el cuadro titulado NOTA IMPORTANTE al que hemos aludido en el apartado “estructura de los informes” en esta investigación: Oncología 34, 83, 361, 368, 382.

El contenido se refiere al plan de seguimiento ya que en un caso se remite a Paliativos, en otro se deja constancia de que le atenderán en otro Servicio según los mecanismos administrativos correspondientes y en el resto se cita para consulta (habiéndose hecho previamente otra analítica):

“Se solicita seguimiento en domicilio por la Unidad de Cuidados Paliativos” (361);

“En la actualidad el paciente está pendiente de ser llamado por el Servicio de Radioterapia del Hospital Provincial para iniciar quimio radioterapia concomitante” (368);

“Deberá acudir a la Consulta de Oncología (Dr. O6) el próximo día 24 de enero de 2007 a las 10.45 horas para valorar continuar tratamiento. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (34), “Deberá acudir a la consulta de Oncología (Dr.O4) el próximo 10 a las 11:30 horas. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (83), “Deberá acudir a la Consulta de Oncología B, Dr. O4, el día 2 de mayo a las 12:45 horas. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (368), “Deberá acudir a la Consulta de Oncología tal y como lo tenía previsto” (382)

2.4. Con NOTA y detrás REVISIÓN: Nefrología 4

En el apartado nota se informa de los resultados de la última analítica mientras que en REVISIÓN se remite a la siguiente consulta y se recuerdan las pruebas que hay que realizar de nuevo:

“Analítica al alta: creatinina 8.5 mg/dl y hematocrito 33%”;

“Acudirá a revisión a consulta externa de Nefrología N° 56 el día 27/12/2007 a las 11:30 horas, previa realización de la analítica que se le adjunta en el momento del alta”

2.5. Con NOTA y detrás otra nota para el médico de Atención Primaria que, como vemos, traslada la persona receptora del informe –del paciente al médico de Atención Primaria-: Oncología 20

“NOTA: Remitimos interconsulta a Unidad de Paliativos para seguimiento.

NOTA PARA MEDICO DE CABECERA: Si empeora el dolor de la cadera ponerse en contacto con S DE RT (Dr It1) para valoración”.

2.6. Con NOTA y delante otra recomendación: Infecciosas 14, indica el plan de seguimiento que incluye control del médico de Atención Primaria y remisión a Paliativos además de otros avisos: “Control por su médico de cabecera y Unidad de Paliativos. \* NOTA: Precisa traslado en AMBULANCIA”

2.7. Encabezado NOTA FINAL: Hospitalización a Domicilio pertenecientes al mismo médico (Dr. H4) 259, 267, 283

La información se refiere al control por parte del médico de Atención Primaria o de los Especialistas, (en algunos casos recomendando exploraciones pendientes):

“Control por su Médico de Atención Primaria. Recomendamos analítica de sangre en el plazo de 15-20 días en función de evolución clínica” (259), “Control por su Médico de Atención Primaria” (267);

“Control por urología el día 18 de diciembre a las 12.30 horas consulta 57 (Dr U4) tal y como se le indica. Control por especialistas correspondientes” (259), “Control por.... y especialista en Oncología” (267), “Control por U. Paliativos” (283).

En el documento 259 se añade otro tratamiento médico para el paciente: “... y contactar con HAD para hemoterapia en domicilio si precisa”



o CONTROL

3.1. Con encabezado CONTROL en mayúsculas: Digestivo 221, Ginecología 62, 175, 324, 371 (su encabezado subrayado)

Énfasis en el plan de seguimiento a través de la remisión al médico de Atención Primaria o del Especialista:

“Control por parte de Médico de Cabecera, recomendando controles analíticos periódicos y si presentara colestasis clínica o analítica remitir a Consulta Externa de Digestivo. Además, será avisado por parte del Servicio de Urología para el tratamiento de su tumor vesical. Además seguirá los controles habituales por parte del Servicio de Oncología” (221), “Se habla con la unidad de cuidados paliativos del Hospital de La Rioja para control de evolución y asistencia domiciliaria por su parte” (62), “acudirá a la Unidad de Patología Mamaria ( C15) del policlínico para control y completar tratamiento con hormonoterapia” (371), “cita el día 23/05/06 en consulta del Dr. G1 (1ª planta izquierda)” (175), “como se indico al alta” (324).

3.2. Con encabezado Control en minúsculas: Digestivo 49. En este ejemplo, además, se solicita efectuar otras pruebas:

“Control: por parte de su médico de Atención Primaria. Se solicitó Ecografía Abdominal y Marcadores tumorales, cuyo resultado se remitirán a su médico de Atención Primaria ( Dr. ... de Santo Domingo de la Calzada). Si su médico de A. Primaria considera oportuno, según los resultados, valorar remitir a la Cta. de Digestivo ( Dr. D7.)”

3.3. Con encabezados CONTROL y NOTA: Digestivo 89 remite al Especialista:

“acudirá a la Cta. Externa de Oncología nº 19 del Hospital de La Rioja, el día 26 de octubre a las 13 horas”

3.4. Con encabezado CONTROL y un párrafo: Digestivo 100, se remite al médico de Atención Primaria y al Especialista: “CONTROL: por su médico de cabecera, quien modificará tto según estado neurológico del paciente. Acudirá a Cta. Externa de Neurología, Dr. ..., el día 10 de julio de 2006 a las 8,30 horas, en la Cta. 17 del Hospital de La Rioja”

Todos los informes incluidos en este grupo y que pertenecen al Servicio de Digestivo están firmados por el mismo médico (Dr. D7)

3.5. Con encabezado en plural CONTROLES: se remite directamente al Especialista:

“Acudirá a consulta externa de O.R.L (Dr. Ot1 ) el día 14/09/2005 a las 13,20 horas. Acudirá a consulta de radioterapia en la fecha indicada” (281), “Acudirá a consulta externa de O.R.L (Dr. ...) después de serle dada las sesiones de radioterapia” (312)

○ ALTA

El documento que falta de Ginecología en vez de ir encabezado por CONTROL se titula ALTA: 206: “Se decide traslado a la Unidad de Cuidados Paliativos, para control y seguimiento”

○ PLAN

Con encabezado PLAN: Oncología de Dr. O4, pero no son los únicos de esta doctora: 37, 311 (estos dos primeros también con el cuadro de Nota Importante), 339. Contenidos sobre el plan de seguimiento con derivación a Paliativos: “Se solicita seguimiento en domicilio por la Unidad de Cuidados Paliativos” (311) y el otro documento que incluye un grave pero cómico error en un término: “Dada la **esterilización** de la paciente se decide alta domiciliaria y se solicita seguimiento en el domicilio por la Unidad de Cuidados paliativos” (37) o a la propia Unidad de Oncología “Remitido a Oncología para controlar con seguimientos. PLAN: Seguimientos periódicos en nuestras Consultas” (339).

○ REVISIÓN

Encabezado por REVISIÓN: Cirugía 113, Nefrología 179, Psiquiatría 207, Cirugía Torácica 210 y con recomendaciones previas en otros apartados: Nefrología 22 (en la evolución se deriva a Paliativos), Traumatología 71

Encabezado por PRÓXIMA REVISIÓN: Infecciosas 127 y con recomendaciones previas en otros apartados: Neurología 252 (en el apartado tratamiento se informa de que debe volver dentro de unos días para recoger otro informe)

Respecto a los contenidos, se alude al plan de seguimiento con el control del médico de Atención Primaria y las revisiones de Atención Especializada:

“Acudirá a revisión por consulta externa de [...] en las fechas indicadas” (113), “Continuará controles por parte de su médico de cabecera de las cifras de tensión arterial [...], debiendo acudir a Consulta Externa de [...] el día que se le indicó en el momento del alta previa a la realización de los análisis que se le aportaron en este momento. Asimismo deberá acudir a Consulta de [...] aportando la hoja de consulta que se adjunta. Asimismo deberá acudir a consulta de [...] aportando la presente hoja de consulta así como el registro de cifras de glucemia que ha ido realizando hasta ese momento” (179), “En USM del Centro de Salud [...] (Dr. Romero) el día 5/01/06 a las 12h30” (207), “Acudirá a Revisión a la Consulta Externa de [...] (Dr. CT1) el día 06/05/2005 a las 11:45 horas, sita en el Hospital de La Rioja Cta nº 17” (210), “Acudirá a revisión a consulta externa de [...] el día 22 de noviembre a las 12:00 horas en la consulta nº 56 del Hospital San Pedro, previa realización de la analítica que se le adjunta en el momento del alta” (22), “En consulta de [...] en el plazo de dos meses (Dr. Nr3) llamando para solicitar día al teléfono 941 297 362” (252), “El día 28-3-06 a las 11.25 horas. Consulta nº 26, 2ª planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (71).

En algún informe -127, 210- se añaden, asimismo, alusiones a exploraciones que quedan pendientes o información de contacto por posibles complicaciones:

“Acudirá a la revisión el próximo día 27 de septiembre. Pendiente de TC tóraco-abdominal el próximo día 30 de septiembre”

“Si aumentara mucho el drenaje consultar telefónicamente con el teléfono 941 297500 extensión 83337”

#### ○ OBSERVACIONES

Encabezado que localizamos en tres documentos: Hematología 121, Cardiología 161, Hematología 359. En un caso se aporta más información que en los otros; así en “Será controlado por su médico de cabecera y especialista correspondiente” (161), “Dado el mal pronóstico del paciente a corto plazo y las escasas posibilidades terapéuticas, se decide traslado a la Unidad de Cuidados paliativos” (121); por el contrario, en el documento de Hematología se deriva a Paliativos, se cita en Consulta y se alude a las exploraciones pendientes: “Recibirá atención domiciliaria por parte del Departamento de Paliativos, que contactarán telefónicamente con ustedes previamente a la visita. Acudirá a la Consulta Externa de Onco-Hematología nº 88 (Dr. ...) el día 11 de septiembre (recibirá cita por correo con fecha y hora exacta de visita), con realización previa de analítica de control (entregamos volante) en su Centro de Salud”.

#### ○ REGIMEN DE VIDA

Escrito de manera incorrecta, sin tilde en la voz “régimen” y con un solo ejemplo -162-, informe de Angiología muy bien estructurado, en el que entre otras recomendaciones indica:

1. “SEGUIRA LOS CONSEJOS ARTERIALES DE LA HOJA QUE SE ADJUNTA.
2. CONTROL DE LAS GLUCEMIAS, COLESTEROLEMIA (niveles de colesterol  $\leq$  200), TENSION ARTERIAL POR MÉDICO DE CABECERA”

#### 6.3.11.1.3. SIN ENCABEZADO CONCRETO

El tercer tipo de informes estaría formado por aquellos documentos que no presentan un encabezado concreto. Dependiendo de su forma y contenido los agrupamos como sigue:

1. Fórmula fija sobre plan de seguimiento y toma de medicación: corresponde al segundo tipo de textos de Cirugía (visto el resto al principio de esta sección): 13, 17, 38, 91, 129, 201, 209, 237, 275, 285, 309, 349, 360, 393. Son documentos que constan de dos apartados: el primero en que se repite siempre lo mismo salvo en el informe 309 donde se especifica cuándo y dónde hacer las curas:

“Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso, siendo conveniente que consulte con su médico de Atención Primaria, por si es necesario realizar alguna modificación”

“Deberá seguir curas locales de la herida quirúrgica en su centro de salud y retirar puntos en aproximadamente 12 días” (309)

Por otro lado, la segunda parte coincide también en casi todos los textos: “Acudirá a revisión por consulta externa de Cirugía General en las fechas indicadas” excepto en “*Acudirá a revisión por consulta externa de Cirugía General, Hematología y Oncología en las fechas indicadas*” (201) y “Acudirá a revisión por consulta externa de Oncología *para seguimiento de su proceso de base*” (309).

## 2. Se presenta un único párrafo para las recomendaciones y avisos:

### 2.1. Párrafo con cuadro titulado Nota Importante, localizado en informes de Oncología:

- *Plan de seguimiento*: revisión en consulta sin especificar más + pruebas pendientes: resultados muy abundantes (27, 42, 126, 78, 122, 230, 287, 293, 307, 328, 329, 366, 367, 380, 381, 391)

“Acudirá a la Consulta de Oncología Médica nº 84 (DR. O3) HOSPITAL SAN PEDRO, el día 23 de ABRIL-07 a las 13:30 horas. Realizando previamente analítica.” (27), “Acudirá a la Consulta de Oncología Médica Hospital San Pedro (Dr. O4) el próximo día 16 de febrero de 2007 a las 13.15 horas, realizando previamente Analítica.” (42), “Acudirá nuevamente a Consulta de Oncología en la fecha indicada para valorar el segundo ciclo de tratamiento previa realización de analítica.” (328), “Acudirá a la Consulta de Oncología Médica (Dr. O3) el próximo 26 de enero de 2007 a las 10 horas, realizando previamente analítica que se adjunta.” (391), etc....

- *Plan de seguimiento*: nuevas consultas para valorar tratamiento de quimioterapia + pruebas pendientes:

“En la actualidad se remite a la Unidad de Hospitalización a domicilio para continuar tratamiento con antibióticos. Nos pondremos en contacto para nueva valoración en consulta, con dicha Unidad, a principios de enero/06, para valorar el continuar tratamiento con QT más Herceptin, entregamos volante para realizar analítica previa.” (192), “Deberá volver a nuestra Consulta (Dr. O7) el próximo día 31 de julio de 2006 a las 9.45 horas, realizándose la víspera los análisis que se adjuntan para reiniciar tratamiento de quimioterapia con Irinotecan e infusión continua de 5 Fluorouracilo a dosis reducidas un 25 % dada la radioterapia previa. Se valorará así mismo adición de Zometa.” (305)

- *Plan de seguimiento*: revisión en consulta + nuevas consultas para intervención quirúrgica:

“Acudirá al Hospital Fundación Calahorra, para solicitar colocación de acceso venoso central y reservorio subcutáneo, en Servicio de Cirugía General. “Acudirá a la Consulta de Oncología Médica según tenía citado.” (306)

- *Plan de seguimiento*: derivación a Paliativos: “Se envía informe al Servicio de Paliativos, para continuar seguimiento por la Unidad de Paliativos domiciliaria.” (246)

- *Plan de seguimiento*: revisión en consulta + quimioterapia: “Acudiré al hospital de día para día 8º de quimioterapia el próximo 29 de marzo 2007. Acudiré a la Consulta de Oncología Médica (Dr. O3) cta 84, el próximo 12 de abril de 2007 a las 09:00 horas.” (390)

## 2.2. Párrafo con texto “se recomienda....” situado en el pie de página: todos informes de Neumología y de Medicina Interna

- *Plan de seguimiento*: derivación a Paliativos + control del médico de Atención Primaria (Neumología 3, 6, 124 y Medicina Interna 238): “Control por Unidad de Cuidados Paliativos y Médico de Cabecera” (124), “Control por la Unidad de Cuidados Paliativos” (238)

- *Plan de seguimiento*: revisión en consultas: (Medicina Interna 7, 184 y Neumología 115): “Acudiré al hospital San Pedro a la consulta Nº 88 de Hematología el próximo día 22 de Agosto a las 18:45 horas y a la consulta de Cardiología como venía realizando hasta ahora” (7), “Se solicita traslado a Hospitalización a Domicilio y controles posteriores en la Consulta de Oncología como venía realizando” (115)

- *Plan de seguimiento*: control de médico de Atención Primaria y Especialistas: (Medicina Interna 73, 137 y Neumología 141) “Control por su médico de cabecera y/o especialistas de zona” (73), “Control por su M. A. Primaria (que introducirá los cambios que estime oportunos en el tto.), así como su derivación a A. Especializada” (141)

- *Plan de seguimiento*: revisión en consulta + cuidados de enfermería: en un documento de Medicina Interna “Acudiré a revisión a la Cta. de Urología (Dr, U10) el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h. para valorar retirada de sonda” (142)

- Otros avisos: (Neumología, 6, 183): “Precisa OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA, en gafas nasales a 2 L/m., durante unas 16-18 horas / día, así como traslado en ambulancia desde Hab. 359 de H. S. Pedro a domicilio (c/ Torremuña 17- 2º A), para continuar seguimiento y ttº en H. Domiciliaria” (183), “Acudiré a Consulta de Oxigenoterapia el día 18 de Diciembre del 2006 a las 12.30 horas. Cta. Dr. ...., en el Hospital de La Rioja, Pta Baja” (6)

## 3. Otros

El resto de ejemplos obtenidos que provienen de informes en los que no se marcan estas conclusiones con un encabezado los clasificaremos de acuerdo a su contenido y según la cantidad de información facilitada:

### 3.1. Un párrafo:

3.1.1. *Plan de seguimiento*: derivación a Paliativos: (Medicina Interna 29, 94, Oncología 102, 274, 278, 326, Cirugía 165, HAD 169):

“comentado con Urología, lo verán mañana para valorar seguimiento por paliativos” (29), “En la actualidad se remite a la Unidad de Cuidados Paliativos para su control en domicilio” (102), “Deberá seguir control por Unidad de Paliativos” (165), “Control por Unidad de paliativos y consulta de oncología” (169). En el documento 94 se añade además la dirección del paciente: “Se envía para seguimiento por la unidad de Cuidados Paliativos. Dirección actual C/... 17, 3º C. (hijo) Teléfono 941...”

3.1.2. *Plan de seguimiento*: revisión en consultas: (Medicina Interna 56, 58, 84, 99, 213, Cirugía 85, Digestivo 86, Oncología 35, 116, 301, 327, 385, 396, Neurología 119, Oftalmología 131, 146, 156, 377, Infecciosas 187, 244, 263, 318, HAD 193, Hematología 202, 258, 344, 345, 351, 353, 354, Cirugía Torácica 398):

“\* Acudirá a la consulta de Oncología en la fecha que tenía previsto” (56), \*El paciente acudirá a consulta de Oncología (Dr. O4) el día 26 de marzo de 2007, consulta nº85 del Hospital de San Pedro a las 11.00 h.” (84), “Acudirá a revisión por consulta externa de Cirugía General en las fechas indicadas” (85), “El paciente será avisado telefónicamente para acudir a Ctas. Cirugía para valoración” (86), “Solicitar consulta en oncología Dr. O5, C. nº 18, cuando finalice la radioterapia” (116), “Acudirá a revisión en consultas Externas de Neurología (Dr. Nr5) el día 7 de Septiembre a las 10:20 h. en el edificio adjunto al Hospital General de La Rioja” (119), “Acudirá a revisión oftalmológica en su Oftalmólogo de Zona o en las Consultas Externas del centro de consultas de Oftalmología Labradores nº 3 en el día y hora que se le indique, previa petición de cita de este centro, o llamando al teléfono.20.24.90” (131, 146, 156, 377), “Control en consulta externa Neumología (Dr. Nm5) h, previa realización de la analítica que se adjunta” (187), “Control en consultas ext de Oncología tal y como está citada” (193), “La paciente deberá presentarse el día 7-7-05 en el 5º Dcha para practicarse control analítico y valorar en lo posible fecha de intervención quirúrgica” (202) (¿de dónde?), “Se le contactará telefónicamente para resultados y citas con el especialista que precise.” (398)

3.1.3. *Plan de seguimiento*: revisión por médico de Atención Primaria: “Control por su médico de A. Primaria” (242, Digestivo)

3.1.4. *Plan de seguimiento*: revisión por médico de Atención Primaria y derivación a Paliativos: “ \*Control por su Médico de Atención Primaria y por la Unidad de Cuidados Paliativos” (256, Infecciosas)

3.1.5. *Plan de seguimiento*: revisión en consultas y por médico de Atención Primaria (Neumología 66, 240, 335, 336, Cardiología 138, Neumología 145, Digestivo 186, Oncología 220, Infecciosas 261):

“Control por M. A. Primaria y especialistas en Urología, Neumología correspondientes. A valorar posible actuación sobre punto sangrante y/o zona renal derecha, en posteriores revisiones urológicas; en caso de persistir hematuria franca, acudir nuevamente a S. Urgencias, con este informe para valoración urológica actual” (66), “Presentará este informe a su médico quien hará los cambios que considere oportunos y seguirá revisiones establecidas por su cardiólogo” (138), “Acudirá a la consulta externa de Urología según consta en cartulina. La hora se la indicarán por correo desde Admisión de Enfermos. ♦Control por su Médico de Cabecera” (145), “Con este informe acudirá a su médico de cabecera que lo controlará como venía haciéndolo habitualmente. Asimismo, tiene consulta en Cirugía Vascul ar el 19 de Junio de 2007 a las 11.50, Consulta 53” (186), “Seguirá control por su Médico de Cabecera. En caso de persistir el dolor, dentro de un mes contactar con Oncología para programar la realización de una Resonancia Nuclear Magnética” (220), “\*Control por su Médico de Atención Primaria y Especialistas” (261).

### 3.1.6. *Otras pruebas pendientes:* Medicina Interna 33, Digestivo 198, Cirugía Vascul ar 239, Oncología 268)

“Se solicita traslado al Servicio de Neurocirugía del Hospital “Marqués de Valdecilla” de Santander con carácter PREFERENTE a fin de realizar biopsia cerebral ó técnica que parezca procedente a criterio de dicho Servicio” (33), “En caso de una situación similar, se debe de intentar recolocar un sistema parecido o una sonda cualquiera de gastrostomía para evitar el cierre del orificio que se realiza en las primeras horas. A este efecto contactar con el endoscopista de guardia o si es en horario laboral llamar por las mañanas al Servicio de Endoscopias” (198) (¿para quién es esta información?), “COMENTADO EL CASO EN SESIÓN CLÍNICA Y CON LA FAMILIA Y EL PACIENTE, SE DECIDE, DADA LA AUSENCIA DE COMPLICACIONES IMPORTANTES Y EL ALTO RIESGO DEL PACIENTE, DESESTIMAR LA OPCIÓN QUIRÚRGICA” (239), “En la actualidad se recomienda tratamiento quirúrgico del nódulo pulmonar” (268)

### 3.1.7. *Tratamiento:*

“Seguir el mismo tratamiento que al alta (informe 19/04/07)” (204, Medicina Interna), “Mantendrá el tratamiento que lleva habitualmente y realizará controles de Glucemia según le indiquen” (264, Hematología)

### 3.1.8. *Recomendaciones prácticas:* “Debe realizar una vida activa, en la medida de lo posible (paseo en terreno llano)” (143, Cardiología).

## 3.2. Dos párrafos

*Plan de seguimiento:* Paliativos + otros avisos: “Control por el Serv de Paliativos.// Entrego solicitud de Andador” (228, Neurología),

*Plan de seguimiento:* Paliativos + alta: “El paciente es dado de alta, se trasladará a la Residencia San Agustín donde el residía previamente.// Se remite para control a la Unidad de Cuidados Paliativos” (98, Oncología)

*Plan de seguimiento:* Paliativos + médico de Atención Primaria: “La paciente será controlada por la Unidad de Cuidados Paliativos.// Su médico de cabecera hará las modificaciones del tratamiento que estime oportunas” (110, Neurología)

*Plan de seguimiento:* Paliativos + revisión en consultas: “\* Seguirá control de la Unidad de Cuidados Paliativos.// \* Acudirá a consulta de Urología en la fecha indicada” (173, Medicina Interna)

*Plan de seguimiento:* Revisiones + exploraciones pendientes: (Neurología 26, 60, Medicina Interna 158, Oncología 330)

“Hemos hablado con el Dr. ... y se decide el traslado al Hospital Clínico de Zaragoza el día de la fecha.// Se adjunta la neurorradiología efectuada” (26), “Acudirá a revisión a Consulta de Oncología, recibirá cita por correo. // Se recibe informe de Anatomía Patológica con el diagnóstico de adenocarcinoma” (158), “Queda pendiente de realizar un Tránsito Esofágico.// Acudirá a la Consulta de Oncología en la fecha indicada” (330)

*Plan de seguimiento:* Revisiones en consulta y por médico de Atención Primaria: (Medicina Interna 24, 148): “Control por su médico de Atención Primaria.// Revisión en la Cta. 52 de M. Interna (Dr. MI12) el día 1/09/05 a las 13.30 h. en la 5ª Planta del Ambulatorio Central” (148)

*Plan de seguimiento:* Revisión por médico de Atención Primaria + remisión a Urgencias: “Con este informe irá al Médico de Cabecera que lo controlará como venía haciendo habitualmente. Así mismo se controlará las cifras de glucemia.// Caso de tener alguna complicación derivada de su infiltración tumoral acudirá al servicio de Urgencias” (76, Digestivo)

*Plan de seguimiento:* Revisiones en consulta + otros avisos: “Se aconseja realizar vida normal, practicar ejercicio físico en la medida de lo posible y acudir a su MAP en un plazo de 5 días” (151, Cardiología)

### 3.3. Más de un párrafo: Constituyen los informes más completos

Tres documentos de Oncología muy similares:

331, 332, 333- “Si presentara  **FIEBRE** , deberá acudir a la Consulta de Oncología (5ª Planta del Hospital San Pedro, de lunes a viernes en horario de 8 a 2 horas); o en su defecto al Servicio de Urgencias del Hospital San Millán”.

331, 332, 333- “Si presenta úlceras en la boca, vómitos, diarrea o empeoramiento, se pondrá en contacto con la Consulta de Oncología, a través del teléfono 294500 ext. 2534 ó 2536, (de lunes a viernes 8 a 3 horas)”.

331- “Acudirá a revisión a la Consulta de Oncología (5ª Planta del Hospital San Pedro), en la fecha indicada, previa realización de analítica el día anterior en su Centro de Salud”.



332- “Acudirá a revisión a la Consulta de Oncología A (5ª Planta del Hospital San Pedro), el día a las horas. Una semana antes debe realizarse Rx en el Hospital San Pedro y dos días antes análisis en su Centro de Salud, cuyos volantes se adjuntan”.

*Plan de seguimiento:* Revisión por consultas, por médico de Atención Primaria, exploraciones pendientes, entrega de copia del informe al médico de Atención Primaria y otras revisiones: “Control por su médico de cabecera y Scio de Cardiología. Se recomienda realizar analítica aproximadamente dentro de 15 días, dada la dosis altas de diuréticos que precisa el paciente.// Entregara una copia de este informe a su medico de familia// Se recomienda remitir al servició de dermatología para valoración de su sarcoma de Kaposi” (25, Medicina Interna)

*Plan de seguimiento:* derivación a otros Servicios + otros tratamientos: “Se iniciará anticoagulación con Sintrom en el plazo de 15-20 días. Si persiste estabilización clínica y mejoría en la imagen radiológica.// Continuará rehabilitación.// Se remite a Unidad de Media Estancia” (68, Neurología)

*Plan de seguimiento:* Revisiones en consulta, por el médico de Atención Primaria y otros avisos: “Acudirá a Cta. de Oxigenoterapia y de Neumología el día previsto.// Acudirá a Cta. de Digestivo el día previsto.// Control y seguimiento evolutivo por su Médico de Atención Primaria” (182, HAD)

*Plan de seguimiento:* Revisiones en consulta, derivación a otros Servicios, exploraciones pendientes: “REMITIMOS A H A DOMICILIO DE CALAHORRA PARA SEGUIMIENTO.// Debe realizarse analítica el 21.2.08 // Acudirá a la Consulta de Oncología (Dr. O5) el próximo día 22 de febrero de 2008 a las 9.45 horas” (400, Oncología)

Por último, dentro de este grupo, quedan un informe de Oftalmología (178) y cuatro de Hematología en los que no se estructura el informe en partes delimitadas sino que constituye un único bloque y, dentro de él, aparecen recomendaciones:

“Seguir tratamiento en consultas ambulatorias” (178), “El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a revisión con analítica previa, el 5/07/06 a las 13 h. 15 minutos” (343), “Acudirá a consulta de Hematología nó 44 el día 7-2-06 realizándose previamente la analítica que se le entrega” (346), “El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a c. de hematología el 21/Dic/05 a las 13,10, practicándose analítica previamente” (347), “El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a revisión, practicándose analítica previa, el día 26/07/05 a las 12 h.” (348).

#### 6.3.11.1.4. CUADRO PREESTABLECIDOS

El cuarto y último grupo lo constituyen aquellos informes en los que las conclusiones se ubican exclusivamente en los cuadros que hemos descrito al hablar de la estructura de estos documentos:

- el cuadro ya analizado que se titula NOTA IMPORTANTE y aparece en documentos de Oncología: 168, 196, 374
- pie de página en el 53 y 219: "Se recomienda conservar el original de este informe. En el caso de acudir a un centro asistencial o a otro médico es conveniente el aportar una fotocopia del mismo"
- Párrafo con texto en vertical en el lado izquierdo de la página: 375, 379, 383, 395, informes de los que ya hemos hablado en el apartado Tratamiento. No obstante, llama la atención que en el documento 379 vayan situadas las recomendaciones antes de los diagnósticos:

"Se comenta con la Unidad de Cuidados Paliativos (DUE de la zona) que el Dr. U4 propone seguimiento por especialista de Urología de la Fundación Hospital de Calahorra, conjuntamente con Paliativos. Por nuestra parte se recomienda añadir a su tratamiento habitual un ciclo de 5 días de 500 mg de ciprofloxacino cada 12 h. Si presenta fiebre dolor lumbar u obstrucción de urostomía, enviar a Urgencias de Fundación Hospital de Calahorra para valoración"

#### 6.3.11. 2. CONTENIDO

Con el fin de analizar lingüísticamente las construcciones de las que acabamos de hablar las he organizado en grupos según el contenido y, como vemos, no todos se emplean con la misma frecuencia:

- 132- revisiones en Consulta
- 40- derivaciones a Paliativos
- 40- remisiones al médico de Atención Primaria
- 14- alusiones a la toma de medicación
- 12- exploraciones pendientes
- 4- menciones de otros tratamientos
- 4- resultados de pruebas
- 4- otros avisos
- 4- otras recomendaciones diversas

Por tanto, la investigación de cada uno implica el siguiente resultado:

#### A. REVISIONES EN CONSULTA

La mayoría de las veces son órdenes expresadas por medio de oraciones; sin embargo, se comprueba la presencia, en los informes de Traumatología y en uno de Psiquiatría, de frases en las que se prescinde del verbo y solo se informa de dónde y cuándo será la Consulta. Por los resultados lingüísticos obtenidos resulta evidente la presencia de dos subgrupos que se corresponden con cada uno de los Servicios: en Traumatología el formato de las fechas coincide (dd-mm-aa mientras que en Psiquiatría dd/mm/aa) y el orden de las oraciones también (fecha-lugar-médico frente a lugar-(médico)-fecha en el informe de Psiquiatría). Los informes de Traumatología, a su vez, se pueden agrupar en dos clases sin que esta división esté relacionada con el facultativo que firma el documento ya que, como vemos, los documentos 71 y 216 pertenecen a diferente grupo a pesar de estar firmados por el mismo médico. En suma, las diferencias entre los dos grupos se ciñen a la presencia o no del sintagma “El día”, la voz horas como forma plena o como abreviatura (con punto en un caso y en otro no), el empleo de mayúsculas frente a minúsculas (Consulta, Ambulatorio) y la presencia de dos puntos después del punto en la abreviatura Dr. :

“El día 28-3-06 a las 11.25 horas. Consulta nº 26, 2ª planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (71),

“El día 30-4-04 a las 11.10 horas. Consulta nº 26, 2ª planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (51),

“El día 14-10-05 a las 11.30 horas. Consulta nº 64, 6º planta del Ambulatorio. Dr.: ...” (155),

“5-10-06 a las 11.30 h. consulta 24, 2ª planta del ambulatorio. Dr ...” (216, 225)

“14-9-05 a las 12.15 h cta 28, 2ª planta del ambulatorio. Dr. ...” (153),

“En USM del Centro de Salud Rodríguez Paterna (Dr. ...) el día 5/01/06 a las 12h30” (207)

Por otro lado, como ya se ha dicho, el resto de ejemplos ofrece oraciones completas y, dentro de estos resultados, existe un grupo aislado de formas con sujeto que, por supuesto, coincide con el término “paciente”. Los verbos, en estas construcciones, aparecen en tiempo futuro bien con el sentido real de tiempo que va a venir (86, 319) o con aspecto de obligación. De nuevo, aparece la alternancia entre presencia o ausencia de artículo, del sintagma “el día”, la diferente forma de escribir las fechas y las horas, vacilaciones en la escritura de los Servicios (consulta de Oncología, c. de hematología, Ctas. Cirugía, Consulta Externa de M. Interna).

La información básica: fecha de la cita, lugar y hora se expresa de diferentes maneras:

fecha + lugar: “el día 7-7-05 en el 5º Dcha”

fecha + hora: “el día 26/07/05 a las 12 h.”

lugar + fecha + hora: “c. de hematología el 21/Dic/05 a las 13,10”, “a la consulta de Hematología 44 el día 22 de junio 2004 a las 10 horas 20 minutos”

fecha + lugar + hora: “el día 26 de marzo de 2007, consulta nº85 del Hospital de San Pedro a las 11:00 h.”

Además, en los ejemplos cuyo sujeto es el paciente –la mayoría de Hematología- destaca la disparidad de criterios en cuanto al contenido que se debe aportar; así en el ejemplo que podríamos considerar más completo (348) ya que nos informa de cuándo y para qué es la cita, nos recuerda llevar analítica y tomar la medicación habitual, se prescinde de comunicar dónde será la cita. Algo parecido ocurre en el documento 202 que, a pesar de que indica dónde será la cita no se especifica de dónde es el 5º Dcha. En el documento 347 no se avisa de para qué será la cita ni se especifica dónde está la consulta de Hematología, omisión que se realiza asimismo en el documento 354. La fecha de la cita y el lugar se anuncia también en el informe 84 que, como vemos, acusa ya mayor falta de información que los anteriores; sin embargo, los dos informes que quedan -319 y 86- destacan por los escasos datos que aportan y por la imprecisión de la información “según estaba previsto”. Por último, el documento 86 aporta pistas para saber cómo funcionan los Servicios: en Cirugía avisan de la cita por teléfono

“La paciente deberá presentarse el día 7-7-05 en el 5º Dcha para practicarse control analítico y valorar en lo posible fecha de intervención quirúrgica” (202)

“El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a revisión, practicándose analítica previa, el día 26/07/05 a las 12 h.” (348)

“El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a c. de hematología el 21/Dic/05 a las 13,10, practicándose analítica previamente.” (347)

“El paciente acudirá a consulta de Oncología (Dr. O4) el día 26 de marzo de 2007, consulta nº85 del Hospital de San Pedro a las 11:00 h.” (84, Medicina Interna)

“El paciente acudirá a la consulta de Hematología 44 el día 22 de junio 2004 a las 10 horas 20 minutos” (354)

“El paciente será avisado telefónicamente para acudir a Ctas. Cirugía para valoración” (86, Digestivo),  
“el paciente será visto y controlado según estaba previsto por el Dr. MI9 en la Consulta Externa de M. Interna (nº: 52)” (319, Medicina Interna)

En algún ejemplo el sujeto de la oración es la primera persona del plural, forma de plural exclusivo equivalente a yo + ellos y que expresa el lugar social en el que se inserta el emisor; es decir, se refiere al equipo sanitario perteneciente a un determinado Servicio así que, bajo mi punto de vista, constituye otra forma de impersonalización de los informes.

Como se puede comprobar, la información aportada al paciente es muy imprecisa ya que, en el primero ejemplo, el médico indica cuándo se debe pedir revisión pero no dónde en concreto ni cómo contactar; respecto a la segunda construcción se evita ofrecer ningún dato salvo el Servicio al que se deriva:

“Recomendamos revisión la semana que viene en consultas externas de neumología de Calahorra (Dr. ...) para que comience el seguimiento y valore la necesidad o no de diuréticos” (295, Cirugía Torácica)

“REMITIMOS A H A DOMICILIO DE CALAHORRA PARA SEGUIMIENTO” (400, Oncología)

“Hemos hablado con el Dr. ... y se decide el traslado al Hospital Clínico de Zaragoza el día de la fecha” (26, Neurología)

Aproximadamente la mitad de las recomendaciones que derivan al paciente a Consulta recurren a la misma construcción encabezada por el verbo “Acudirá”, nuevamente un futuro, seguido o bien de “revisión” o de la propia consulta.

Por un lado, vemos que al sustantivo “revisión” le complementan sintagmas encabezados por las preposiciones “en” (Oftalmología), “por” (Cirugía) o “a” (Nefrología, Medicina Interna, Oncología). Respecto al artículo que encabeza el sintagma que complementa a “revisión” se comprueba que, la mitad de las veces, se prescinde de él; así, cuando el complemento va encabezado por las preposiciones “por” y “en” nunca lleva artículo:

“Acudirá a revisión **por** consulta externa de Cirugía General en las fechas indicadas” (201, 309),

“Acudirá a revisión oftalmológica **en** su Oftalmólogo de Zona o en las Consultas Externas del centro de consultas de Oftalmología Labradores nº 3 en el día y hora que se le indique, previa petición de cita de este centro, o llamando al teléfono.20.24.90” (131, 146, 156, 377)

“Acudirá a revisión en consultas Externas de Neurología (Dr. Nr5) el día 7 de Septiembre a las 10:20 h. en el edificio adjunto al Hospital General de La Rioja” (119)

Mientras tanto, con la preposición “a” alternan las formas con artículo y su elipsis: Nefrología sin artículo (4, 22), Oncología con artículo (331, 332) y alternancia de las dos formas en Medicina Interna (142, 158)

“Acudirá a revisión a consulta externa de Nefrología N° 56 el día 27/12/2007 a las 11:30 horas, previa realización de la analítica que se le adjunta en el momento del alta” (4)

“Acudirá a revisión a Consulta de Oncología, recibirá cita por correo “ (158)

“Acudirá a revisión a la Cta. de Urología (Dr, U10) el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h. para valorar retirada de sonda” (142)

“Acudirá a revisión a la Consulta de Oncología (5ª Planta del Hospital San Pedro), en la fecha indicada, previa realización de analítica el día anterior en su Centro de Salud” (331)

Un grupo de construcciones más amplio lo constituyen aquellas en que el verbo va seguido de la preposición “a” junto con la cita de consulta obteniendo una variada gama de formas para remitir a lo mismo:

- **Acudirá a la consulta externa de:** (Urología y un informe de Neumología 145). Nos permite comprobar que existen diferentes fórmulas aun dentro del mismo Servicio y que el mismo médico puede emplear distintas estructuras como demuestra el hecho de que los documentos 88, 144, 356 estén firmados por el mismo médico.

“Acudirá a la consulta externa de Uro-oncología en el H. de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (65, 81, 260, 356; en el H. San Pedro 171, 234, 370; en el H. G. de la Rioja. 321; en el H. General de la Rioja 355)

“Acudirá a la consulta externa de Urología según consta en cartulina. La hora se la indicarán por correo desde Admisión de Enfermos” (11, 88, 144)

“Acudirá a la consulta externa de Urología según consta en cartulina. La hora se la indicarán por correo desde Admisión de Enfermos. \*Control por su Médico de Cabecera” (145)

- **Acudirá a consulta externa de:** (ORL 281, 312)

“Acudirá a consulta externa de O.R.L (Dr. ...) después de serle dada las sesiones de radioterapia” (312)

- **Acudirá a la Consulta Externa:**

“Acudirá a la Consulta Externa de Onco-Hematología n° 88 (Dr. ...) el día 11 de septiembre (recibirá cita por correo con fecha y hora exacta de visita), con realización previa de analítica de control (entregamos volante) en su Centro de Salud” (121, Hematología)

“Acudirá a la Consulta Externa de Urología del Dr. U10 el día 30 de Mayo 2008 a las 10,40 horas, en el Hospital San Pedro, Planta 0 Cta n°” (5, Neumología)

- **Acudirá a Cta. Externa de** (Digestivo 74, 100) o **la Cta. Externa de** (Digestivo 89)

“Acudiré a Cta. Externa de Urología, el día 5 de mayo de 2005 a las 9,50 horas, en la Cta. 55 del Ambulatorio Central” (74),

“acudiré a la Cta. Externa de Oncología nº 19 del Hospital de La Rioja, el día 26 de octubre a las 13 horas” (89)

- **Acudiré a la C. Externa de:** “Acudiré a C. Externa de Hematología el día 12 de Abril a las 10 h 30 min. con realización previa de analítica” (344, Hematología)

- **Acudiré a consulta de** (Medicina Interna 58, 173, 213 y Hematología 258, 346, 351, Urología 265) **o a la consulta de** (Medicina Interna 56, 184, Hematología 353). Una vez más, el mismo médico confecciona informes con estructuras diferentes ya que los documentos 56 y 58 van firmados por el mismo facultativo en Medicina Interna y ocurre lo mismo con los documentos 351 y 353 de Hematología:

“Acudiré a consulta de Oncología y al Hospital de Día el 29 junio de 2007” (58)

“Acudiré a consulta de Hematología nº 44 el día 18 de Enero a las 10,20 horas realizándose esa misma mañana la analítica que se le entregó” (351)

“Acudira a consulta de Uro-Oncología el próximo miércoles 12-5-04 para valorar si procede la retirada de la sonda e informarle del resultado de la biopsia” (265)

“Acudiré a la consulta de Oncología en la fecha que tenía previsto” (56)

“Acudiré a la consulta de Hematología nº 44 el día 2-11-04 a las 10,40 minutos, realizándose previamente la analítica que se le entregó” (353)

- **Acudiré a Consulta de o a la Consulta de** (328, 330, 27, 42, 230, 307, 329, 391, 306, 390, 400 todos de Oncología, 342 UCE y 345 Hematología): los documentos 328 y 330, pertenecientes al mismo paciente, están firmados por el mismo facultativo; sin embargo, en un caso lleva artículo y en otro lo omite

“Acudiré nuevamente a Consulta de Oncología en la fecha indicada para valorar el segundo ciclo de tratamiento previa realización de analítica” (328)

“Acudiré a la Consulta de Oncología en la fecha indicada” (330)

“Acudiré a la Consulta de Hematología el día 1 de agosto a las 9.00 horas en la 4ª planta del Ambulatorio Central puerta 44 (Dr. H2)” (342, UCE)

“Acudiré a la Consulta 44 de Hematología con la Dr. H1 el día 16 de Marzo a las 13:10 horas realizándose previamente la analítica que aquí se le adjunta , un hemograma urgente” (345, Hematología),

- **Acudiré a Cta de o a la Cta de:**

“Acudiré a Cta. de Oxigenoterapia y de Neumología el día previsto....Acudiré a Cta. de Digestivo el día previsto” (182, HAD)

“Acudiré a la Cta de Oncología Médica (Dr. O6; cta nº 87) el próximo 9 de marzo del 2007 a las 10,45, realizándose previamente analítica” (126, Oncología)

**- Acudirá a consultas de:**

“Acudirá a consultas de Oncología (Consulta 84 - Dr. O1/O7) el día 10.9.07. Para conocer la hora exacta, llamará en los próximos días al tño. 941.298.000 - extensión 81084 en horario de mañanas” (385, Oncología)

Solo en dos ocasiones se sustituye la preposición que encabeza el sintagma subordinado de Consulta (“de”) por la preposición “con” y, aunque aparentemente se emplea una fórmula similar en los dos ejemplos, las diferencias son considerables: presencia o no de artículo, inclusión de “el día” en la fecha, formato de fecha, formato de hora, contenido ya que en el primer caso se aporta el lugar de la cita pero en el segundo se omite y, en cambio, se recuerda la exploración pendiente.

“Acudirá a Cta con Dr. O5 el día 27 de diciembre a las 10:45 horas, en el Hospital Provincial de La Rioja.-“ (78)

“Acudirá a la Cta con Dr. O5 el 10/01/07 a las 10.45 horas, con la analítica realizada el día previo” (287)

Contenido impreciso ofrece la siguiente construcción en la que, además de que el término Consulta no va complementado, no se especifica a qué Servicio pertenece la consulta, quién es ese doctor, dónde está situada la consulta, de qué año y a qué hora es la cita

“Acudirá a Consulta (Dr. O5) el día 11 de Enero” (396)

Además, en lugar de a la consulta se remite al paciente al hospital en solo dos ocasiones y se prescinde del término Consulta en otro ejemplo:

“Acudirá al Hospital de Día el 26/12/06, previa realización de analítica a las 8.30 horas de la mañana.... Acudirá al Hospital de Día el 2/01/06, previa realización de analítica a las 8.30 horas de la mañana”. (287) (se repite en dos ocasiones y coincide lingüísticamente en todo)

“Acudirá al hospital San Pedro a la consulta N° 88 de Hematología el próximo día 22 de Agosto a las 18:45 horas y a la consulta de Cardiología como venía realizando hasta ahora” (7),

“acudirá a la Unidad de Patología Mamaria ( C15) del policlínico para control y completar tratamiento con hormonoterapia” (371)

Finalmente, a veces, se modifica el orden oracional y se emplea distinta construcción en la segunda parte de la recomendación: “Con este informe acudirá a su médico de cabecera que lo controlará como venía haciéndolo habitualmente. Asimismo, tiene consulta en Cirugía Vascul ar el 19 de Junio de 2007 a las 11.50, Consulta 53” (186).



Respecto al contenido informativo aportado en esta sección, cabe resaltar la obligación de que en el apartado RECOMENDACIONES de los informes deba informarse cuando menos de el lugar, el día y la hora de la nueva consulta; sin embargo, no siempre sucede así de tal modo que obtenemos estructuras variadas según el volumen de información aportado:

- Cita completa: se informa de dónde, cuándo, para qué y se recuerda la realización de analítica: no hay ningún caso

- Cuándo, dónde y para qué: únicamente omite el año de la cita en “Acudirá a consulta de M. Interna (cta. 17) el día 9 de diciembre a las 13,35 h. en el Hospital de la Rioja, para resultados de biopsia pleural” (213)

- Cuándo y dónde es la cita: a veces con el orden contrario (dónde y cuándo). Las construcciones de este tipo presentan vacilaciones en la tipografía textual, en los signos de puntuación (sobre todo al enunciar la fecha a veces se pone entre comas y otras no), en el formato de las fechas que, en ocasiones, incluso se prescinde del año, en el formato de las horas, en los números, en el uso de mayúsculas y minúsculas (Nº/nº, Mayo/mayo, Planta/planta), en la alusión al médico de la consulta (a veces se cita y otras no), en la información del lugar ya que a veces se informa solo del edificio (78, 119, 89), otras solo de la puerta (390), del edificio y la puerta (7, 74, 100) o del edificio, la puerta y la planta (210, 342, 5 aunque con error); además crea sensación de desorden la presencia de diversas formas de denominar al mismo edificio: Hospital de La Rioja, Hospital Provincial de La Rioja, Hospital General de La Rioja. Y, respecto a los lugares, observamos que ofrecen pistas para datar los informes: alusión al Ambulatorio Central (edificio ya desaparecido que se encontraba situado junto al antiguo Hospital San Millán y que se demolió a la vez que éste), al edificio adjunto al Hospital General que fue, en la transición del Hospital San Millán al Hospital San Pedro, un lugar donde temporalmente pasaban consulta determinadas especialidades que antes se encontraban en el Ambulatorio Central. Finalmente, la segunda parte del documento 7 se caracteriza por su imprecisión “como venía realizando hasta ahora”

“...Hematología el día 1 de agosto a las 9.00 horas en la 4ª planta del Ambulatorio Central puerta 44 (Dr. H2)” (342)

“...Urología, el día 5 de mayo de 2005 a las 9,50 horas, en la Cta. 55 del Ambulatorio Central” (74),

“... Urología del Dr. U10 el día 30 de Mayo 2008 a las 10,40 horas, en el Hospital San Pedro, Planta 0 Cta nº” (5), (con error ya que se olvida del número de la Consulta)

“Acudirá a Cta. Externa de Neurología, Dr. ...., el día 10 de julio de 2006 a las 8,30 horas, en la Cta. 17 del Hospital de La Rioja” (100)

“...con Dr. O5 el día 27 de diciembre a las 10:45 horas, en el Hospital Provincial de La Rioja.” (78)

“... Neurología (Dr. Nr5) el día 7 de Septiembre a las 10:20 h. en el edificio adjunto al Hospital General de La Rioja” (119)

“... Oncología nº 19 del Hospital de La Rioja, el día 26 de octubre a las 13 horas” (89)

“... Oncología Médica (Dr. O3) cta 84, el próximo 12 de abril de 2007 a las 09:00 horas” (390)

“...hospital San Pedro a la consulta N° 88 de Hematología el próximo día 22 de Agosto a las 18:45 horas y a la consulta de Cardiología como venía realizando hasta ahora.” (7)

“...Cirugía Torácica (Dr. CT1) el día 06/05/2005 a las 11:45 horas, sita en el Hospital de La Rioja Cta nº 17” (210)

A veces se omite la hora remitiendo a un teléfono y, aunque se dice dónde será la cita, falta información del edificio exacto: “...Oncología (Consulta 84 - Dr. O1/O7) el día 10.9.07. Para conocer la hora exacta, llamará en los próximos días al tfno. 941.298.000 - extensión 81084 en horario de mañanas” (385)

• Cuándo y dónde es la cita + recordatorio de analítica: una vez más errores de datos (en el documento 332 no se anotan la hora exacta ni el día), diferencias tipográficas ya que, a veces, para subrayar algún dato se emplean mayúsculas, otras negrita, etc. También obtenemos omisiones de información (en ocasiones se nombra el edificio pero otras no y siempre se omite la planta; a veces se informa del médico y en otras casos se omite), vacilaciones en el orden de los elementos que configuran el lugar de la cita: puerta y edificio (22, 27, 258), solo edificio (42), solo planta (332), solo puerta (4, 126, 307, 345, 346, 351, 353), alteraciones de orden (consulta de Hematología nº 44/ consulta 44 de Hematología), fluctuación entre las formas “el próximo día/el próximo/el día/Ø”, oposición entre formas plenas y abreviadas (número/ nº/Nº/nó por error), formatos diferentes tanto en las fechas como en las horas (dd-mm-aa, dd/mm/aa, aunque a veces el mes en número romano o con letra, incluso en mayúscula; 10,20 horas/10,40 minutos/13:10 horas) y, en algún caso, absteniéndose de informar del año de la cita (121, 351, 345, 22) o de la hora (307, 346) que, en el documento 258, vuelve a producir ambigüedad ya que entre paréntesis se afirma que se comunicará esa hora por correo; asimismo en el documento 121, entre paréntesis también, de forma menos ambigua se informa de que recibirá un correo con la citación. Respecto a las exploraciones pendientes, véase la explicación más adelante.

“...Hematología número 066, Hospital San Pedro el día 28-XII-06 (la hora se la comunicarán por correo) con realización de analític en su Centro de Salud” (258)

“...Hematología nº 44 el día 18 de Enero a las 10,20 horas realizándose esa misma mañana la analítica que se le entregó” (351)

“...Hematología nº 44 el día 2-11-04 a las 10,40 minutos, realizándose previamente la analítica que se le entregó” (353)

“...Hematología nó 44 el día 7-2-06 realizándose previamente la analítica que se le entrega” (346)

“...Consulta 44 de Hematología con la Dr. H1 el día 16 de Marzo a las 13:10 horas realizándose previamente la analítica que aquí se le adjunta , un hemograma urgente” (345),

“...Onco-Hematología nº 88 (Dr. ...) el día 11 de septiembre (recibirá cita por correo con fecha y hora exacta de visita), con realización previa de analítica de control (entregamos volante) en su Centro de Salud” (121)

“... Nefrología el día 22 de noviembre a las 12:00 horas en la consulta nº 56 del Hospital San Pedro, previa realización de la analítica que se le adjunta en el momento del alta” (22)

“...Nefrología Nº 56 el día 27/12/2007 a las 11:30 horas, previa realización de la analítica que se le adjunta en el momento del alta” (4)

“... Oncología Médica nº 84 (DR. O3) HOSPITAL SAN PEDRO, el día 23 de ABRIL-07 a las 13:30 horas. Realizando previamente analítica” (27),

“...Oncología Médica Hospital San Pedro (Dr. O4) el próximo día 16 de febrero de 2007 a las 13.15 horas, realizando previamente Analítica” (42),

“...Oncología Médica (Dr. O6; cta nº 87) el próximo 9 de marzo del 2007 a las 10,45, realizándose previamente analítica” (126)

“... Oncología Médica Cta.14 el próximo 29/08/2005, realizando previamente analítica y Rx Torax” (307)

“ ...Consulta de Oncología A (5ª Planta del Hospital San Pedro), el día a las horas. Una semana antes debe realizarse Rx en el Hospital San Pedro y dos días antes análisis en su Centro de Salud, cuyos volantes se adjuntan”.(332)

Incluimos, asimismo, en este grupo los dos casos de derivación al Hospital de Día que constan en el documento 287: “Acudirá al Hospital de Día el 26/12/06, previa realización de analítica a las 8.30 horas de la mañana. Acudirá al Hospital de Día el 2/01/06, previa realización de analítica a las 8.30 horas de la mañana”

•Cuándo es la cita y para qué: más escueto el documento 142 y con claras diferencias entre ambos: en el primero falta la hora y el formato de las fechas es distinto

“...el próximo miércoles 12-5-04 para valorar si procede la retirada de la sonda e informarle del resultado de la biopsia” (265).

“...el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h. para valorar retirada de sonda” (142)

•Cuándo es la cita: interesante comparar los dos primeros resultados aunque más destacada resulta la imprecisión que aportan ambas construcciones debido a que no ofrece la fecha exacta de radioterapia en ningún caso dejando, en el primero, la duda de dónde y cuándo se ha indicado esa fecha (no consta nada en el informe) y, en el segundo ejemplo, la duda de cómo será citado por radioterapia. Por lo demás, formato de fecha distinto, vacilaciones entre el/el día/el próximo día, falta el año en 396, formato distinto para las horas, ausencia de las horas en los documentos 58 y 396, alternancia mayúsculas/minúsculas (enero/Enero)

“...O.R.L (Dr. Ot1 ) el día 14/09/2005 a las 13,20 horas. Acudirá a consulta de radioterapia en la fecha indicada” (281),

“...O.R.L (Dr. ...) después de serle dada las sesiones de radioterapia” (312)

“...Oncología (Dr. O2) el próximo día 24 de enero de 2007 a las 9.15 horas” (230)

“...Oncología y al Hospital de Dia el 29 junio de 2007” (58)

“...Consulta (Dr. O5) el día 11 de Enero” (396)

“...Oncología (Dr. O5) el próximo día 22 de febrero de 2008 a las 9.45 horas” (400)

•Cuándo es la cita + recordatorio de analítica: formato de fechas diferente, empleo de paréntesis en un caso para citar el nombre del facultativo, vacilaciones entre “el/el próximo/el día”, distinto formato de horas (a las 10.45 horas/ a las 10 horas/ a las 10 h 30 min.)

“...Cta con la Dr. O5 el 10/01/07 a las 10.45 horas, con la analítica realizada el día previo” (287),

“...Oncología Médica (Dr. O3) el próximo 26 de enero de 2007 a las 10 horas, realizando previamente analítica que se adjunta” (391)

“...Hematología el día 12 de Abril a las 10 h 30 min. con realización previa de analítica” (344)

•Dónde es la cita y para qué:

“...a la Unidad de Patología Mamaria ( C15) del policlínico para control y completar tratamiento con hormonoterapia” (371),

•Solo el lugar:

“...en el H. de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (65, 81, 260, 356)

“...en el H. San Pedro. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (171, 234, 370)

“...en el H. G. de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (321)

“A...en el H. General de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos” (355)

Estructuras muy similares pero que difieren en las abreviaturas (el mismo lugar mencionado de forma distinta: H. de la Rioja, H. G. de la Rioja, H. General de la Rioja) y, como en otros casos, presencia de oraciones que constituyen fórmulas repetidas por los Servicios (“El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos.”) pero que implican falta de concreción en las explicaciones ofrecidas al paciente: ¿Admisión de enfermos enviará un correo al paciente? ¿qué tipo de correo? ¿qué es Admisión de enfermos? ¿y si no recibo el correo? ¿y el lugar de la cita?, son algunas de las dudas que le pueden surgir al paciente al leer la recomendación

• Dónde + recordatorio de analítica: “...Oncología (5ª Planta del Hospital San Pedro), en la fecha indicada, previa realización de analítica el día anterior en su Centro de Salud” (331)

• Solo la finalidad:

“...Oncología para seguimiento de su proceso de base” (309).

“...Oncología en la fecha indicada para valorar el segundo ciclo de tratamiento previa realización de analítica” (328)

• Construcciones formularias: se reproducen de forma mecanicista y sin esfuerzo por parte del médico, crean ambigüedades por su imprecisión y aportan escasa información por lo que fácilmente conducen a error:

“... según consta en cartulina. La hora se la indicarán por correo desde Admisión de Enfermos” (11, 88, 144, 145),

“... en la fecha indicada” (173, 329, 330), “... en las fechas indicadas” (85, 113, 201), “...en la fecha que tenía previsto” (56)

“... el día citado, si presentara Hemoptisis franca acudira al servicio de Urgencias con el presente informe” (184), “... según tenía citado” (306)

“... según cita previa” (301)

“... recibirá cita por correo” (158)

“... el día previsto” (182)

Y con algo menos de imprecisión: “Acudirá a revisión oftalmológica en su Oftalmólogo de Zona o en las Consultas Externas del centro de consultas de Oftalmología Labradores n° 3 en el día y hora que se le indique, previa petición de cita de este centro, o llamando al teléfono.20.24.90” (131, 146, 156, 377)

Con el verbo también en futuro pero empleando una perífrasis de obligación se extraen de este apartado de los informes algunas oraciones y entre otros rasgos lingüísticos destacaríamos: vacilaciones de mayúsculas/minúsculas (consulta/Consulta), predominio de primeras personas (volver a la Consulta/volver a nuestra Consulta), mención al facultativo (a veces entre comas, otras entre paréntesis incluso en diferentes informes del mismo médico), el día/ el próximo día/el próximo. Respecto al contenido, se agrupan como sigue:

•Cuándo es la cita + recordatorio de analítica: elaborados por el mismo médico (excepto el 305) aunque, como vemos, con diferencias claras entre el primero y los restantes: paréntesis en vez de comas, formato de fecha, consulta/Consulta. En este grupo destacamos la ausencia de ciertos datos como el año de la cita, el mes en el primer documento, el significado de B en el Servicio de Oncología (en otros documentos cita Oncología A) y la finalidad de esa consulta.

“Deberá acudir a la consulta de Oncología (Dr. O4) el próximo 10 a las 11:30 horas. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (83),

“Deberá acudir a la Consulta de Oncología B, Dr. O4, el día 2 de mayo a las 12:45 horas. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (368),

“Deberá acudir a la Consulta de Oncología B, Dr. O4, el día 13 de junio a las 13:15 horas. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (366)

“Deberá acudir a la Consulta de Oncología B, Dr. O4, el día 23 de mayo a las 13:15 horas. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (367)

“Deberá volver a nuestra Consulta (Dr. O7) el próximo día 31 de julio de 2006 a las 9.45 horas, realizándose la víspera los análisis que se adjuntan para reiniciar tratamiento de quimioterapia con Irinotecan e infusión continua de 5 Fluorouracilo a dosis reducidas un 25 % dada la radioterapia previa. Se valorará así mismo adición de Zometa” (305)

•Cuándo y para qué es la cita + recordatorio de analítica

“Deberá acudir a la Consulta de Oncología (Dr. O6) el próximo día 24 de enero de 2007 a las 10.45 horas para valorar continuar tratamiento. Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (34),

• Construcciones formularias

“Deberá acudir a la Consulta de Oncología tal y como lo tenía previsto” (382)

“Deberá continuar con el tratamiento de Radioterapia a partir de mañana. Deberá acudir a la Consulta tal y como lo tenía previsto” (365)

“Deberá volver a nuestra Consulta como estaba citada” (293)

“Deberá volver a la Consulta como estaba citada” (380, 381)

“Deberá volver a nuestra Cta como estaba citado” (327)

La siguiente serie está formada por construcciones que comienzan con otro verbo también en futuro y nos muestran distintas maneras de organizar los Servicios; así, en unos casos se envía la cita por carta (Urología), en otros te llaman por teléfono para darla (Cirugía Torácica) y, en otros dos, el paciente debe solicitarla (Urología: específica en el documento 260 que será en el plazo de 10 días)

“SE LE MANDARÁ CITACIÓN POR CARTA PARA ACUDIR A CONTROL A CONSULTAS” (234)

“Solicitará consulta en Hematología (Dr. H2) en 10 días. El día anterior a la consulta se realiza analítica de sangre” (260)

“Solicitará cita para valoración de su psiquiatra de área” (370)

“Se le contactará telefónicamente para resultados y citas con el especialista que precise” (398)

“Continuará seguimiento en las consultas de Hematología según le han indicado en dicho servicio” (122)

Más impreciso resulta el siguiente ejemplo: “Presentará este informe a su medico quién hará los cambios que considere oportunos y seguirá revisiones establecidas por su cardiólogo” (138)

Y, finalmente, obtenemos otro grupo de construcciones con verbo en futuro en las que se remite al médico de Atención Primaria pero se especifica el momento en que hay que contactar con el especialista si hay cualquier eventualidad y la documentación que debe llevar: en un mes, cuando se le indicó en el momento del alta, aportando la presente hoja de consulta así como el registro de cifras de glucemia.

“Seguirá control por su Médico de Cabecera. En caso de persistir el dolor, dentro de un mes contactar con Oncología para programar la realización de una Resonancia Nuclear Magnética” (220)

“Continuará controles por parte de su médico de cabecera de las cifras de tensión arterial así como de las glucemias, debiendo acudir a Consulta Externa de Nefrología el día que se le indicó en el momento del alta previa a la realización de los análisis que se le aportaron en este momento. Asimismo deberá acudir a Consulta de Cardiología aportando la hoja de consulta que se adjunta. Asimismo deberá acudir a consulta de Endocrinología aportando la presente hoja de consulta así como el registro de cifras de glucemia que ha ido realizando hasta ese momento” (179).

Frente a las formas activas citadas, se detectan –aunque escasas- construcciones en pasiva con el verbo también en futuro: las dos primeras formas muy completas aportando el lugar y el tiempo (solo faltaría el año en la primera) y la última, quizá por ir encabezada por una forma verbal derivada de “control”, solo remite al médico de Atención Primaria y especialistas:

“Será revisado en consulta externa de Cirugía, el día 17 de febrero a las 8:50 horas, en la consulta 21 del Ambulatorio, con el Dr. ...” (350),

“Será revisado en consulta externa de Endocrinología (Dr. ...) el día 3 de octubre de 2005 a las 11:30 h. en la consulta nº63, 6ª planta del Ambulatorio. Igualmente será revisado en la consulta externa de Cirugía Vascul ar el día 10 de octubre de 2005 a las 12:10 h. en la 6ª planta, consulta nº65 del Ambulatorio” (24)

“Será controlado por su médico de cabecera y especialista correspondiente” (161)

Otro grupo en las derivaciones a consulta lo constituyen, precisamente, aquellas estructuras que van encabezadas por el sustantivo “control”: la información aportada en este grupo se ciñe a la petición de que sea controlado el paciente por el médico de Atención Primaria y por el especialista, sin citar la fecha concreta salvo en el documento 259 o con imprecisiones del tipo “en la fecha que ya dispone”, “como venía haciendo (en Calahorra):

“Control por.... y especialista en Oncología” (267)

“Control por su médico de cabecera y/o especialistas de zona” (73),

“Control por su médico de cabecera y/o especialista de Cardiología de zona” (137),

“Control por su médico de Atención Primaria y especialistas correspondientes” (240),

“\*Control por su Médico de Atención Primaria y Especialistas” (261),

“Control por su Médico de Atención Primaria y en la consulta externa de neumología en la fecha que ya dispone” (335),

“Control por su Médico de Atención Primaria y en la Consulta Externa de Neumología como venía haciendo (en Calahorra)” (336),

“Control por su médico de cabecera y Scio de Cardiología” (25)

“Control por su M. A. Primaria (que introducirá los cambios que estime oportunos en el tto.), así como su derivación a A. Especializada” (141)

“Control por urología el día 18 de diciembre a las 12.30 horas consulta 57 (Dr U4) tal y como se le indica. Control por especialistas correspondientes” (259)



Por otra parte, si no fuera por la indefinición que crea la ausencia de fechas concretas, el empleo del tecnicismo ‘colestasis’ que, evidentemente, remite a un receptor médico y la repetición de “Además”, el documento siguiente podría ser un ejemplo de información completa.

“Control por parte de Médico de Cabecera, recomendando controles analíticos periódicos y si presentara colestasis clínica o analítica remitir a Consulta Externa de Digestivo. Además, será avisado por parte del Servicio de Urología para el tratamiento de su tumor vesical. Además seguirá los controles habituales por parte del Servicio de Oncología” (221)

Asimismo, la información aportada en el documento 66 remite a un receptor que, por el léxico empleado y los conocimientos necesarios para su comprensión, debe ser un facultativo:

“Control por M. A. Primaria y especialistas en Urología, Neumología correspondientes. A valorar posible actuación sobre punto sangrante y/o zona renal derecha, en posteriores revisiones urológicas; en caso de persistir hematuria franca, acudir nuevamente a S. Urgencias, con este informe para valoración urológica actual” (66)

Los tres últimos ejemplos muestran, de nuevo, las vacilaciones que podemos encontrar en este tipo de documentos y el cambio en la preposición: consultas ext/ C. externa/consulta externa, mención al médico en dos casos, indeterminación (“tal y como está citada” / “el día 27 de octubre”)

“Control en consultas ext de Oncología tal y como está citada” (193)

“Control en C. externa (Dr I2) el día 27 de octubre” (318)

“Control en consulta externa Neumología (Dr. Nm5) h, previa realización de la analítica que se adjunta” (187),

Por último, se manifiestan otro tipo de construcciones variadas que, por su contenido, se distribuyen en:

#### Cuándo y dónde es la cita:

“Revisión en la Cta. 52 de M. Interna (Dr. MI12) el día 1/09/05 a las 13.30 h. en la 5ª Planta del Ambulatorio Central” (148)

“Si presentara FIEBRE, deberá acudir a la Consulta de Oncología (5ª Planta del Hospital San Pedro, de lunes a viernes en horario de 8 a 2 horas); o en su defecto al Servicio de Urgencias del Hospital San Millán” (331, 332, 333)

“Hablado telefónicamente con Neurocirugía se decide valoración el jueves 19 de octubre a las 12,30 horas en consultas de Neurocirugía del Hospital de Santiago de Vitoria en primera planta” (60)

“cita el día 23/05/06 en consulta del Dr. ... (1ª planta izquierda)” (175) (en este caso faltaría saber dónde se encuentra ubicada la consulta del doctor citado)

### Cuándo:

“Revisión en consulta de enfermedades Infecciosas (Dr. I5) el día 9 de enero de 2007 a las 12.45 horas” (244)

### Citar en consulta en determinados momentos:

“Cita en la consulta externa de CIRUGÍA VASCULAR en unos 12-15 días”

“En consulta de neurología en el plazo de dos meses (Dr. Nr3) llamando para solicitar día al teléfono 941 297 362” (252),

“Solicitar consulta en oncología Dr. O5, C. nº 18, cuando finalice la radioterapia” (116)

### Otras formas imprecisas:

“Revisiones: Pedir cita en CEX traumatología” (194)

“EN CASO DE COMPLICACIONES ACUDIR A URGENCIAS DE ESTE HOSPITAL” (234)

“En la actualidad el paciente está pendiente de ser llamado por el Servicio de Radioterapia del Hospital Provincial para iniciar quimio radioterapia concomitante” (368)

“Remitido a Oncología para controlar con seguimientos. PLAN: Seguimientos periódicos en nuestras Consultas” (339)

“Seguir tratamiento en consultas ambulatorias” (178)

“El 02/14/06 se decide alta y el paciente acudirá a consultas según cita previa” (301),

“Caso de tener alguna complicación derivada de su infiltración tumoral acudirá al servicio de Urgencias” (76)

“\*Seguimiento por el Servicio de Hospitalización a Domicilio” (263),

Como hemos mostrado en algunos ejemplos anteriores, en ocasiones, el médico recuerda al paciente que debe realizarse posteriormente una analítica y para expresarlo se utilizan más o menos las mismas fórmulas que, curiosamente, giran en torno a dos verbos: ‘practicar’ y ‘realizar’; así, cuando el sujeto es “el paciente” se emplea el primero y para el resto se usa “realizar”: “para practicarse control analítico” (202), “practicándose analítica previa” (347), “practicándose analítica previamente” (348)

En cuanto a las formas obtenidas a partir de “realizar” se aprecia, igual que en las oraciones con “practicar” que se tiende a las formas no nominales, con preferencia por las de carácter adverbial (gerundios); por tanto, exclusivamente en dos ejemplos el verbo está en forma nominal:

“El día anterior a la consulta se realiza analítica de sangre” (260), “Una semana antes debe realizarse Rx en el Hospital San Pedro y dos días antes análisis en su Centro de Salud, cuyos volantes se adjuntan” (332)

“Previamente se realizará la analítica que se adjunta” (34, 83, 366, 367, 368)

Con gerundio y, por tanto, carácter adverbial encontramos un gran número de ejemplos, muchos de ellos acompañados del adjetivo “previa” o su derivado adverbial “previamente”. Sin embargo, aumenta el número de ejemplos en los que el gerundio va acompañado por –se, con el verbo subordinado en pasado o en presente:

“Realizando previamente analítica” (27), “realizando previamente Analítica” (42), “realizando previamente analítica y Rx Torax” (307), “realizando previamente analítica que se adjunta” (391)

“realizándose previamente analítica” (126), “realizándose esa misma mañana la analítica que se le entregó” (351), “realizándose previamente la analítica que se le entregó” (353),

“realizándose previamente la analítica que se le entrega” (346), “realizándose previamente la analítica que aquí se le adjunta , un hemograma urgente” (345), “realizándose la víspera los análisis que se adjuntan” (305)

Solo un ejemplo se recoge con el verbo en participio: “con la analítica realizada el día previo” (287) y, en cambio, aumenta la presencia de formas sustantivas cuyo núcleo es “realización” y que van acompañadas del adjetivo “previa” antepuesto: “previa realización de analítica” (328), “previa realización de la analítica que se le adjunta en el momento del alta” (4, 22), “previa realización de analítica a las 8.30 horas de la mañana” (287), dos veces con la misma fórmula, “previa realización de analítica el día anterior en su Centro de Salud” (331), “previa realización de la analítica que se adjunta” (187); por el contrario, obtenemos un ejemplo con ambigüedad ya que el adjetivo “previa” complementa a “alta” y lleva sus propios complementos: “alta previa a la realización de los análisis que se le aportaron en este momento” (179). Por último, el sustantivo a veces va precedido por la preposición con y, por tanto, el adjetivo previa se pospone: “con realización de analític en su Centro de Salud” (258), “con realización previa de analítica de control (entregamos volante) en su Centro de Salud” (121), “con realización previa de analítica” (344).

## B. DERIVACIONES A PALIATIVOS

A la hora de derivar a un paciente a Paliativos casi todos los informes coinciden en la escasa información que se aporta por lo que la mayoría de las construcciones se configuran en torno a expresiones formulaicas que revisamos seguidamente:

Un número poco elevado de formas se manifiestan con sujeto explícito “el paciente”: los documentos encontrados pertenecen a distintos Servicios, con diferentes denominaciones para Paliativos –Servicio de Cuidados Paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos– y con el verbo en presente en dos casos y otro en futuro: “\*El paciente pasa a control por el Servicio de Cuidados Paliativos” (112), “El paciente pasa a Hospitalización Domiciliaria para control evolutivo” (257) “La paciente será controlada por la Unidad de Cuidados Paliativos” (110).

El resto lo integran formaciones impersonales cuyo núcleo pertenece a la familia semántica de “seguir” y “control”; así, en el primer caso, como verbo aparece:

“Seguirá control domiciliario por la Unidad de Cuidados Paliativos” (31, 93, 276), “Deberá seguir control por Unidad de Paliativos” (165); como sustantivo: “Seguimiento por Paliativos” (386), “Seguimiento domiciliario por la Unidad de Cuidados Paliativos” (1), “comentado con Urología, lo verán mañana para valorar seguimiento por paliativos” (29) y sin la elipsis verbal: “Se solicita el seguimiento por el Servicio de Cuidados Paliativos Domiciliarios” (136), “Se Solicita Seguimiento en el domicilio por la UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS” (200), “... se solicita seguimiento en el domicilio por la Unidad de Cuidados paliativos” (37), “Se solicita seguimiento en domicilio por la Unidad de Cuidados Paliativos” (311, 361).

Por otra parte, un nutrido grupo de informes deriva a Paliativos con el núcleo “control”:

“Control por su médico de cabecera y Unidad de Paliativos” (14), “Control por U. Paliativos” (283), “Control por la Unidad de Cuidados Paliativos” (238), “Control por Unidad de Cuidados Paliativos y Médico de Cabecera” (124), “Control por Unidad de palitivos y consulta de oncología” (169), “Control por su Médico de Atención Primaria y por la Unidad de Cuidados Paliativos” (256), “Control por el Serv de Paliativos” (228). Asimismo, dependiendo de un verbo en futuro con una marca de obligación se obtiene: “SERA CONTROLADO POR LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS” (171) y en presente: “Se remite para control a la Unidad de Cuidados Paliativos” (98), “En la actualidad se remite a la Unidad de Cuidados Paliativos para su control en domicilio” (102).

Como ejemplos de imprecisión podemos citar asimismo: “SE REMITE A LA UNIDIDA DE PALIATIVOS” (326), “Se decide traslado a la Unidad de Cuidados Paliativos, para control y seguimiento”.

En general, todas estas formaciones gramaticales aportan una idea vaga de las intenciones del médico que deriva y conducen a inexactitudes y confusión porque, a partir de esta información, el paciente se pregunta: ¿qué hacer entonces?, ¿cuándo vendrán?, ¿cómo funcionan? y la experiencia ha demostrado que gran cantidad de pacientes, una vez que reciben el informe del especialista –que los remite a Paliativos–desconocen qué ocurrirá a partir de entonces. En los ejemplos en que se emplea un verbo en futuro con valor de obligación la cuestión se agrava ya que se supone que el paciente ha sido aceptado en la Unidad y, posiblemente, no haya habido ni siquiera contacto entre el especialista y la propia Unidad para solicitar la inclusión del paciente; esto es, la obligatoriedad en la acción que marcan algunos ejemplos, en modo alguno, se corresponde con la manera de actuar del Servicio de Paliativos ya que, para que un paciente sea incluido en dicha Unidad, se necesita que el especialista solicite al Coordinador de Paliativos el ingreso del paciente en su Unidad y, si se le acepta, comienza a ser controlado por el equipo a partir de una llamada telefónica del equipo correspondiente al enfermo o a su familia.

Sin embargo, en otras construcciones recogidas en los informes se ofrece algo más de información:

- Del modo de solicitud realizada por parte del especialista a Paliativos para pedirles que visiten al paciente aunque en ningún momento se informa de la aceptación del paciente en Paliativos y tampoco se hace referencia a la forma de solicitar el acceso a Paliativos que, en realidad, consiste en que el especialista envía por fax o a través de interconsulta en Selene el informe a la Unidad de Paliativos y el Coordinador de ésta debe valorar la situación del paciente y, de acuerdo a unos criterios propios de Paliativos, decidir si ingresa en la Unidad o no, caso éste en que el propio Coordinador lo debe comunicar al especialista : “Remitimos interconsulta a Unidad de Paliativos para seguimiento” (20), “Se envía copia de este informe a la Unidad de Paliativos para seguimiento por la Unidad Domiciliaria en Cuidados Paliativos. Se remite copia de este informe a la Unidad de Cuidados Paliativos” (274), “Se envía informe al Servicio de Paliativos, para continuar seguimiento por la Unidad de Paliativos domiciliaria” (246)

“... y en la Unidad de Paliativos con fecha y hora que recibirá por correo” (5), error en este último caso ya que en ningún momento se recibe la citación por correo sino a través de una llamada al domicilio del paciente.

- En algunos ejemplos, resulta dudoso si la derivación se ha hecho correctamente ya que en el informe se alude a una comunicación oral; sin embargo, estas informaciones aseguran al menos el visto bueno por parte de la Unidad de Paliativos, requerimiento obligatorio si se precisa acceder a la Unidad: “Se habla con la unidad de cuidados paliativos del Hospital de La Rioja para control de evolución y asistencia domiciliaria por su parte” (62), “Comentado con el Dr P5 la evolución del paciente y la sospecha de una Neoplasia digestiva subyacente cuya localización no ha podido ser demostrada, se considera continuar el control domiciliario por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos” (181, se supone que sabemos quién es este doctor), “Se comenta con la Unidad de Cuidados Paliativos (DUE de la zona) que el Dr. ... propone seguimiento por especialista de Urología de la Fundación Hospital de Calahorra, conjuntamente con Paliativos” (379)

- la forma de contacto: “Recibirá atención domiciliaria por parte del Departamento de Paliativos, que contactarán telefónicamente con ustedes previamente a la visita” (121)

- la posibilidad de visitarle en consulta de Paliativos (servicio prestado por la Unidad, junto a hospitalización y a asistencia domiciliaria): “Acudirá a la consulta (Dr P5) el 11/01/07 a las 11:30 h.” (1), “El paciente acudirá a Consultas Externas de la Unidad de Cuidados Paliativos a la que ya se ha cursado interconsulta y estamos pendientes de recibir la citación en el momento de dictar el informe” (3).

Además, en este último caso comprobamos que erróneamente el médico espera recibir una citación cuando, en realidad, lo que va a recibir es la respuesta a su interconsulta escrita por el Coordinador de Paliativos a través de una nota médica escrita en Selene.

- la finalidad de la inclusión en Paliativos: “Será visitado por el Servicio de Cuidados paliativos para ajustar o modificar las pautas analgésicas según las necesidades clínicas del paciente” (18)

- las causas de la inclusión en Paliativos: “Dado el mal pronóstico del paciente a corto plazo y las escasas posibilidades terapéuticas, se decide traslado a la Unidad de Cuidados paliativos” (121), “Dada la situación de la paciente y el pronóstico de su enfermedad se recomienda controles por la Unidad de Cuidados Paliativos” (278)

- En el documento 94 se añade además la dirección del paciente, dato informativo que debiera ser obligatorio ya que en muchas ocasiones el domicilio que consta en el informe no coincide con aquel en el que se realizará la visita (muchos pacientes pasan a convivir con sus hijos debido a su edad o porque obligatoriamente para que accedan a la Unidad de Paliativos deben tener un cuidador principal que se haga cargo de ellos y en la mayoría de los casos no vive en el mismo domicilio del paciente): “Se envía para seguimiento por la unidad de Cuidados Paliativos. Dirección actual C/... 17, 3º C, (hijo) Teléfono 941....”

Por tanto, para que la recomendación fuera correcta sería necesario que la información fuera algo parecido a:

“Se remite interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos vía fax/Selene quienes aceptan visitarle en domicilio para lo cual se pondrán en contacto con el paciente en la siguiente dirección y teléfono (para visita a domicilio) cuando lo consideren oportuno” (derivación a Paliativos Domiciliarios)

“Se remite interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos vía Selene para traslado del paciente a su hospital quienes aceptan por lo que procederán a su traslado en cuanto sea viable” (traslado a hospitalización)

“Se remite interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos vía fax/Selene para citar al paciente en consulta, para lo cual será avisado telefónicamente por la propia Unidad” (citar en consulta)

Además, habría que incluir los teléfonos de contacto de la Unidad de Paliativos para resolver cualquier duda.

En dos ejemplos más, la remisión es a otras Unidades: “En la actualidad se remite a la Unidad de Hospitalización a domicilio para continuar tratamiento con antibióticos. Nos pondremos en contacto para nueva valoración en consulta, con dicha Unidad, a principios de enero/06, para valorar el continuar tratamiento con QT más Herceptin, entregamos volante para realizar analítica previa” (192), “Se remite a Unidad de Media Estancia” (68).

### C. REMISIONES AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

En este caso, además de los ejemplos ya vistos, situados en el encabezado o pie de página en los que se ordena entregar una copia del informe al médico de Atención Primaria, el resto de las derivaciones van encabezadas casi siempre por el término control bien solo por el médico de Atención Primaria o por éste y los especialistas:

“Control por su médico de cabecera” (250), “Control por su Médico de Cabecera” (145), “Control por su médico de Atención Primaria” (5), “Control por su Médico de Atención Primaria” (267), “Control por su médico de A. Primaria” (242), “Control por su médico de Atención Primaria” (148), “...y Control por su Médico de Cabecera” (3), “Control y seguimiento evolutivo por su Médico de Atención Primaria” (182); “CONTROL POR SU MEDICO DE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALISTAS CORRESPONDIENTES” (189), “Control por su médico de cabecera y Unidad de Paliativos” (14), “Control por su Médico de Atención Primaria y por la Unidad de Cuidados Paliativos” (256), “Control por Unidad de Cuidados Paliativos y Médico de Cabecera” (124), “Control por su médico de cabecera y/o especialistas de zona” (73), “Control por su médico de cabecera y/o especialista de Cardiología de zona” (137), “Control por su médico de Atención Primaria y especialistas correspondientes” (240), “\*Control por su Médico de Atención Primaria y Especialistas” (261), “Control por su médico de cabecera y Scio de Cardiología” (25), “Control por su Médico de Atención Primaria y en la consulta externa de neumología en la fecha que ya dispone” (335), “Control por su Médico de Atención Primaria y en la Consulta Externa de Neumología como venía haciendo (en Calahorra)” (336).

En ocasiones, se informa de la finalidad de esta derivación con estructuras muy similares:

“Control por su médico de Medicina General, quien valorará introducir los cambios que estime oportunos, así como derivación a Atención Especializada” (80), “Control por su médico de Atención Primaria, quien valorará introducir los cambios que estime oportunos, así como derivación a Atención Especializada de la FHC” (298), “Control por su médico de Atención Primaria, quien valorará introducir los cambios que estime oportunos, así como derivación a Atención Especializada” (6), “Control por su M. A. Primaria (que introducirá los cambios que estime oportunos en el tto.), así como su derivación a A. Especializada” (141).

Asimismo, de manera más específica encontramos: “CONTROL: por su médico de cabecera, quien modificará tto según estado neurológico del paciente” (100), “CONTROL DE LAS GLUCEMIAS, COLESTEROLEMIA (niveles de colesterol  $\leq$  200), TENSIÓN ARTERIAL POR MÉDICO DE CABECERA” (162), “Control por su médico de Atención Primaria de cifras de glucemia hasta revisión por Endocrinología” (24), “Control por M. A. Primaria y especialistas en Urología, Neumología correspondientes. A valorar posible actuación sobre punto sangrante y/o zona renal derecha, en posteriores revisiones urológicas; en caso de persistir hematuria franca, acudir nuevamente a S. Urgencias, con este informe para valoración urológica actual.” (66), “Control por su Médico de Atención Primaria. Recomendamos analítica de sangre en el plazo de 15-20 días en función de evolución clínica” (259), “Control por parte de Médico de Cabecera, recomendando controles analíticos periódicos y si presentara colestasis clínica o analítica remitir a Consulta Externa de Digestivo” (221).

Por otro lado, solo se aporta un ejemplo en el que el sujeto está explícito: “El paciente queda a cargo de su médico de cabecera” (18), construcción breve que aporta pocas explicaciones como, asimismo, ocurre en otras formas en las que aparece una palabra de la familia de “control”: “Acudirá a su médico de cabecera con este informe para control y seguimiento” (342), “Será controlado por su médico de cabecera y especialista correspondiente” (161), “Seguirá control por su Médico de Cabecera” (220), “Con este informe acudirá a su médico de cabecera que lo controlará como venía haciéndolo habitualmente...” (186) y, más específicamente, “Con este informe irá al Médico de Cabecera que lo controlará como venía haciendo habitualmente. Así mismo se controlará las cifras de glucemia” (76), “Continuará controles por parte de su médico de cabecera de las cifras de tensión arterial así como de las glucemias...” (179).

Dado el considerable volumen de ejemplos que resaltan el control que al paciente debe efectuar el médico de Atención Primaria, resulta poco significativa la presencia de otras formas distintas que, una vez más, llevan el verbo en tiempo futuro; sin embargo, como vemos, se repite la misma estructura en muchos informes: “Su médico de cabecera hará las modificaciones del tratamiento que estime oportunas” (110), “Presentará este informe a su medico quién hará los cambios que considere oportunos y seguirá revisiones establecidas por su cardiólogo” (138), “Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso, siendo conveniente que consulte con su médico de Atención Primaria, por si es necesario realizar alguna modificación” (13, 17, 38, 43, 91, 104, 106, 108, 129, 160, 201, 209, 237, 254, 275, 284, 285, 309, 349, 360, 393).

Por último, en un caso se limita la fecha de visita a 5 días y en otro se expresa con claridad que el receptor del mensaje es el propio médico de Atención Primaria: “acudir a su MAP en un plazo de 5 días” (151), “NOTA PARA MEDICO DE CABECERA: Si empeora el dolor de la cadera ponerse en contacto con S DE RT (Dr Galan) para valoración” (20)



## D. ALUSIONES A LA TOMA DE MEDICACIÓN

En este apartado la falta de concreción conduce a numerosos errores ya que se sobreentiende que el paciente debe saber cuál es su medicación habitual y, si en su episodio de ingreso esta medicación ha sido modificada, es posible que pueda mezclar la medicación del ingreso con la que le prescribió su médico de Atención Primaria. Respecto a las construcciones comprobamos que se caracterizan por la repetición y simplicidad: “Medicación habitual” (11, 65, 88, 144), “Tratamiento domiciliario habitual” (81, 260 perteneciente al mismo facultativo), “Tomara su medicación habitual” (321), “Su tratamiento habitual” (355), “Su medicación habitual” (356), “EL QUE VENIA TOMANDO DE FORMA HABITUAL” (189), “El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a revisión con analítica previa, el 5/07/06 a las 13 h. 15 minutos” (343). Algo más explícito resulta el facultativo que emplea las siguientes expresiones: “MEDICACIÓN SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA CONSULTA PREVIA” (234), “Seguirá tomando la medicación que tomaba antes del ingreso” (133), “Seguir el mismo tratamiento que al alta (informe 19/04/07)” (204), “Su Médico de Atención Primaria realizara controles de glucemia y cambio del tratamiento si fuera preciso” (23), “Mantendrá el tratamiento que lleva habitualmente y realizará controles de Glucemia según le indiquen” (264), “Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso, siendo conveniente que consulte con su médico de Atención Primaria, por si es necesario realizar alguna modificación” (13, 17, 38, 43, 91, 104, 106, 108, 129, 160, 201, 209, 237, 254, 275, 284, 285, 309, 349, 360, 393).

Por tanto, en este grupo lo correcto sería el modelo que más se ha empleado en los informes aunque remitiendo al apartado Tratamiento en el cual va desglosada dicha medicación: “Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso como consta en el apartado TRATAMIENTO, siendo conveniente que consulte con su médico de Atención Primaria por si es necesario realizar alguna modificación”.

## E. EXPLORACIONES PENDIENTES

Ya hemos citado ejemplos en los que se indica que la analítica queda pendiente pero se puede añadir algún otro caso donde se ofrece algo más de información: “El paciente continuará con su medicación habitual y acudirá a revisión con analítica previa, el 5/07/06 a las 13 h. 15 minutos” (343), “Se realizará en su centro de salud analítica que se aporta unos 3 días antes del día de la cita de CIRUGÍA” (12), “Control analítico en el plazo de 1 mes (adjunto analítica)” (316), “Se recomienda realizar analítica aproximadamente dentro de 15 días, dada la dosis altas de diuréticos que precisa el paciente” (25), “Debe realizarse analítica el 21.2.08” (400).

Asimismo, se informa de otro tipo de exploraciones que quedan pendientes incluso notificando la fecha de la cita o comunicando a dónde se enviará el resultado:

“Queda pendiente de realizar un Tránsito Esofágico” (330) “Acudirá a la revisión el próximo día 27 de septiembre. Pendiente de TC tóraco-abdominal el próximo día 30 de septiembre” (127) “Se solicitó Ecografía Abdominal y Marcadores tumorales, cuyo resultado se remitirán a su médico de Atención Primaria ( Dr. Orte de Santo Domingo de la Calzada)” (49).

A veces, queda pendiente una intervención quirúrgica y así se hace saber: “En la actualidad se recomienda tratamiento quirúrgico del nódulo pulmonar” (268), información sumamente escueta si tenemos en cuenta que no informa de dónde se realizará dicha intervención ni los trámites que hay que seguir. En el siguiente ejemplo se informa de a dónde acudir pero no cuándo: “Acudirá al Hospital Fundación Calahorra, para solicitar colocación de acceso venoso central y reservorio subcutáneo, en Servicio de Cirugía General” (306) y desconocemos para quién es la información que se ofrece en el documento 198: “En caso de una situación similar, se debe de intentar recolocar un sistema parecido o una sonda cualquiera de gastrostomía para evitar el cierre del orificio que se realiza en las primeras horas. A este efecto contactar con el endoscopista de guardia o si es en horario laboral llamar por las mañanas al Servicio de Endoscopias”. Más completos resultan los avisos que se manifiestan en los últimos documentos, resaltando en ambos tipográficamente lo importante; quizá lo único que cabría destacar es la falta de información temporal del primer caso y el desconocimiento de hacia qué receptor se remite el segundo aviso (al paciente, al médico de Atención Primaria, a otro colega):

“Se solicita traslado al Servicio de Neurocirugía del Hospital “Marqués de Valdecilla” de Santander con carácter PREFERENTE a fin de realizar biopsia cerebral ó técnica que parezca procedente a criterio de dicho Servicio” (33)

“COMENTADO EL CASO EN SESIÓN CLÍNICA Y CON LA FAMILIA Y EL PACIENTE, SE DECIDE, DADA LA AUSENCIA DE COMPLICACIONES IMPORTANTES Y EL ALTO RIESGO DEL PACIENTE, DESESTIMAR LA OPCIÓN QUIRÚRGICA” (239),

En suma, lo correcto en estos casos sería indicar que queda pendiente de realizar una exploración que se hará en una fecha concreta (que se aporta en el informe) e indicar las causas por las que se va a realizar y los trámites a seguir para llevarla a cabo.

## F. RESULTADOS DE PRUEBAS

Las construcciones obtenidas no contribuyen a aportar más información de la estrictamente necesaria para el paciente: “Analítica al alta: creatinina 8.5 mg/dl y hematocrito 33%” (4), “Se recibe informe de Anatomía Patológica con el diagnóstico de adenocarcinoma” (158), “El paciente aportará estudios radiológicos.” (60), “Se adjunta la neurorradiología efectuada” (26)

## G. MENCIONES A OTROS TRATAMIENTOS Y AVISOS

Se remite al paciente a hemoterapia, quimioterapia, hormonoterapia, oxigenoterapia, toma de Sintrom o rehabilitación; sin embargo, la mayoría de los avisos prescinden de aportar información suficiente ya que no se informa de cómo contactar, qué es HAD, cuándo comenzarán los tratamientos, quién determina si es preciso el tratamiento con hemoterapia, dónde se encuentra el Hospital de Día, dónde se llevará a cabo la rehabilitación y quién la dará, dónde y quién pautará el Sintrom, no se sabe tampoco si es necesaria alguna medida de precaución antes de estos tratamientos:

“...y contactar con HAD para hemoterapia en domicilio si precisa” (259)

“Acudirá al hospital de día para día 8º de quimioterapia el próximo 29 de marzo 2007” (390)

“Se iniciará anticoagulación con Sintrom en el plazo de 15-20 días. . Si persiste estabilización clínica y mejoría en la imagen radiológica” (68)

“Continuará rehabilitación” (68)

“acudirá a la Unidad de Patología Mamaria ( C15) del policlínico para control y completar tratamiento con hormonoterapia” (371)

Así, si se facilita información de otros tratamientos posibles habrá que informar de la causa por la que se van a prescribir o la finalidad con la que se van a establecer, cuándo y dónde se llevarán a cabo y la forma de contacto con la Unidad que los vaya a efectuar.

Podemos comprobar con los siguientes ejemplos extraídos dos extremos en la información: por un lado, información escueta y breve; por otro, se comunica con precisión el lugar y la cita con fecha y hora “Acudirá a Cta. de Oxigenoterapia y de Neumología el día previsto” (182), “Precisa traslado en AMBULANCIA” (14); “Acudirá a Consulta de Oxigenoterapia el día 18 de Diciembre del 2006 a las 12.30 horas. Cta. Dr. ...., en el Hospital de La Rioja, Pta Baja” (6). Nada dice, por el contrario, sobre los trámites a seguir para recibir oxigenoterapia en el domicilio en el siguiente documento aunque, por el contrario, se aporta más información para el traslado en ambulancia: “Precisa OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA, en gafas nasales a 2 L/m., durante unas 16-18 horas / día, así como traslado en ambulancia desde Hab. 359 de H. S. Pedro a domicilio (c/ ... 17- 2º A), para continuar seguimiento y ttº en H. Domiciliaria” (183).

Finalmente, nos queda la duda de si en el documento 162 el médico que realiza el alta entrega al paciente una hoja con estos consejos ya que no consta en Selene dicha hoja: “SEGUIRA LOS CONSEJOS ARTERIALES DE LA HOJA QUE SE ADJUNTA”.

## H. OTRAS RECOMENDACIONES DIVERSAS

Los contenidos mencionados se agrupan en:

- **dieta:** “Dieta sin grasas” (133)
  
- **cuidados de enfermería:** de la sonda vesical: “Retirar sonda vesical en dos semanas” (133), “Cuidados de la sonda vesical” (356), “Acudirá a revisión a la Cta. de Urología (Dr, U10) el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h. para valorar retirada de sonda” (142); de la pielostomía: “Cuidados de la PPT” (144); de **heridas:** “Curas de la herida quirúrgica cada 2-3 días y retirar grapas en su centro de salud” (71), “Cura de herida quirúrgica cada 48 horas en su centro de salud. Retirar puntos a los 10-14 días de la intervención” (216), “Curas de la herida cada 48-72 horas en su Centro de Salud” (51), “RETIRAR PUNTOS: En su Centro de Salud en 10-15 días. CURAS DE HERIDA: En su Centro de Salud cada 48-72h hasta retirada de los puntos” (153), “Curas periódicas cada 72 horas por su centro de salud donde le serán retirados los puntos a su debido tiempo” (155), “Deberá seguir curas locales de la herida quirúrgica en su centro de salud y retirar puntos en aproximadamente 12 días” (309), “Si aumentara mucho el drenaje consultar telefónicamente con el teléfono 941 297500 extensión 83337” (210)
  
- **hidratación:** “Correcta hidratación” (11), “BEBER ABUNDANTES LÍQUIDOS” (234), “En su domicilio aconsejamos abundante ingesta de líquidos que no contengan alcohol entre las 9 de la mañana y las 9 de la noche” (265), “Abundante ingesta de líquidos” (355, 356)
  
- **medidas preventivas y terapéuticas:** “Media de compresión fuerte ponerla por la mañana y quitarla por la tarde” (12), “Reposo según las recomendaciones que se adjuntan” (12) (no hay recomendaciones adjuntadas), “Régimen de vida: cama-sillón-silla de ruedas. Permanecera en reposo sin apoyar en 4 semanas. Precisa de ayuda para realizar todo tipo de cuidado personal” (216), “Debe caminar apoyando con la ayuda de bastones” (155), “Régimen de vida lo más activo posible con implicación en labores domesticas específicas” (207), “Debe realizar una vida activa, en la medida de lo posible (paseo en terreno llano)” (143), Entrego solicitud de Andador” (228), “Se aconseja realizar vida normal, practicar ejercicio físico en la medida de lo posible” (151)
  
- **otros:** “El paciente es dado de alta, se trasladará a la Residencia San Agustín donde el residía previamente” (98)

En conclusión, como hemos comprobado a veces las recomendaciones quedan imprecisas y se podría solucionar con impresos, listas u hojas explicativas, que se añadirían al informe clínico, del tipo:

dietas hipocalóricas

Alimentos ricos y pobres en colesterol y triglicéridos

Normas para tratar el estreñimiento

Recomendaciones para la insuficiencia venosa

Ejercicios para mejorar el tono muscular de diferentes zonas del cuerpo

Recomendaciones para los cuidados de los pies en personas diabéticas

Recomendaciones en caso de insuficiencia cardiaca

Lingüísticamente, además de lo ya dicho, verificamos que en las remisiones a otras consultas predomina el tiempo futuro: ‘valorará’, ‘acudirá’, ‘será revisado’, ‘será visto y controlado’, ‘deberá continuar’, ‘deberá acudir’ mientras que se utilizan formas en presente para derivar a otras Unidades: ‘se solicita’, ‘pasa a’, ‘se considera continuar’. De nuevo obtenemos ejemplos con tendencia a la nominalización: ‘control por’, construcciones impersonales: ‘se solicita’, ‘se considera’ y oraciones dirigidas a un sujeto ‘paciente’ bien de forma explícita en activa: ‘el paciente pasa a Hospitalización Domiciliaria’, implícita: ‘acudirá a la Consulta...’ o en pasiva: ‘el paciente será visto y controlado’. Respecto al uso de mayúsculas y minúsculas, se han constatado numerosas vacilaciones a la hora de elegir si la inicial de un nombre debe ir en mayúsculas o en minúsculas, en especial en los siguientes contextos: denominaciones de Servicios, profesiones, nombres de medicamentos, parámetros de analítica, epónimos, latinismos, enfermedades. En el apartado de RECOMENDACIONES es muy común esta vacilación en la que no ahondaremos dada su extensión; sin embargo, como primera toma de contacto con este tema, veámos lo que acontece a un sintagmas muy común en este apartado: el médico de Atención Primaria.

Así comprobamos que se recurre a diferentes sinónimos (Médico de Atención Primaria, Médico de Cabecera, Médico de familia, médico del Centro de Salud, su médico, médico de Medicina General, equipo de Atención Primaria) lo cual unido a la presencia/omisión de acentos, el uso de abreviaturas o siglas (A. Primaria, At. Primaria, MAP) y a la fluctuación de mayúsculas y minúsculas (médico de atención primaria, médico de Atención Primaria, Médico de Atención Primaria), conduce a un caos expresivo para el que habrá que unificar denominaciones.

La vacilación de formas podemos atestiguarla incluso en un mismo documento, en el que en la misma línea textual nos ofrecen dos resultados diferentes: “Se solicitó Ecografía Abdominal y Marcadores tumorales, cuyo resultado se remitirán a su médico de Atención Primaria ( Dr. Orte de Santo Domingo de la Calzada). Si su médico de A. Primaria considera oportuno, según los resultados, valorar remitir a la Cta. de Digestivo” (49).

Convendría, pues, que la remisión del paciente al Médico de Cabecera por parte del Especialista se hiciera siempre de la misma manera y especificando el tipo de control que éste debe llevar.

Para finalizar este análisis solo queda revelar que en el apartado tratamiento, como ya hemos visto, se indican igualmente recomendaciones las cuales, bajo mi punto de vista, deberían ir situadas en este último apartado de avisos, conclusiones y recomendaciones.

En la segunda parte de este estudio, vamos a abrir un capítulo, a modo de prospección de lo que se debe hacer ya y en un futuro respecto a la investigación propiamente lingüística del lenguaje sanitario y, más concretamente, de los informes médicos. Ya hemos indicado que los rasgos que habitualmente caracterizan el lenguaje médico se citan en muchas ocasiones pero faltan estudios en profundidad y, por tanto, analizaremos uno de esos rasgos, en concreto, los sistemas de abreviación.

## **PARTE II-**

### **7. SISTEMAS DE ABREVIACIÓN**





## 7. SISTEMAS DE ABREVIACIÓN

### 7.1. DEFINICIONES:

En una primera lectura de los informes médicos se han extraído abundantes características lingüísticas que llaman la atención y cuyo estudio requiere un ingente número de horas de dedicación por lo que, en esta investigación, me centraré en uno de los recursos más utilizado en los ICA y que produce un mayor número de equivocaciones y errores: los sistemas de abreviación.

Los términos médicos se usan para introducir precisión y neutralidad emocional en el lenguaje. En su formación intervienen sobre todo raíces griegas o latinas y se construyen combinándolas con prefijos y sufijos de la misma procedencia. Hay todo tipo de combinaciones: raíces solamente (amígdala), prefijos y raíces (hemitórax), raíces y sufijos (gastralgia), o prefijos, raíces y sufijos (dismenorrea). Sin embargo, uno de los procesos formativos más común en los textos que estamos analizando es la abreviación.

Las abreviaciones constituían elementos de formación de palabras poco habituales en español hasta hace unos años. La lengua inglesa, por el contrario, se encuentra más habituada y predispuesta a emplearlas así que, como en los últimos años la influencia del inglés sobre nuestra lengua ha crecido, la utilización de este recurso compositivo se ha incrementado notablemente.

En la práctica, el empleo de abreviaciones en los textos investigados ha dificultado su lectura fluida debido a las complicaciones, en algunas ocasiones, para interpretar los informes por el desconocimiento de abreviaciones utilizadas en la documentación. Así, el primer objetivo de la lengua -la comunicación- se ha visto mermado por la incapacidad del receptor para entender completamente el mensaje que se ha transmitido.

Las abreviaciones científicas son un fenómeno lingüístico que al menos, hasta el momento, ha recibido un escaso tratamiento y que, en esta investigación, trataremos de investigar e intentaremos adentrarnos en sus particularidades.

El lingüista se debe preocupar de varios aspectos de la siglografía que parten de su materialización grafémica pasando por diversas fases que concluyen en una lexematización de una determinada sigla.

En lo que respecta a la lengua española, solo unos pocos estudios han recibido alguna atención desde la perspectiva lingüística. Destacan los trabajos realizados bajo la dirección de Rosa Estopà, profesora del Departament de Traducció i Ciències del Llenguatge e Investigadora de l'Institut Universitari de Lingüística Aplicada de la Universitat Pompeu Fabra: un trabajo de máster sobre las siglas en catalán, realizado por Jaume Francí -médico y documentalista y la futura tesis de Fabiana Franca sobre las siglas en los informes de alta en portugués y español. No obstante, quedan pendientes de un análisis exhaustivo cuestiones tan centrales como son las ortográficas, prosódicas y fonosintácticas.

Según la edición actual del DRAE la abreviación en su segunda acepción consta como término propio de la Lingüística y se define como «Procedimiento de reducción de una palabra o de una expresión compleja mediante la supresión de determinadas letras o sílabas»; en la tercera acepción se añade « Palabra o representación gráfica formada por abreviación. *Acrónimos, acortamientos, abreviaturas y siglas son abreviaciones*». Para los estudiosos, se forman mediante la combinación arbitraria de grafemas, sílabas y segmentos mayores de las palabras originarias y son recursos para ahorrar tiempo y espacio en el lenguaje pero su proliferación genera dificultades de comprensión. Que producen dificultades de comprensión lo demostraremos en este estudio; no obstante, discrepo en que la finalidad de estos sistemas de abreviación sea exclusivamente ahorrar tiempo y espacio. No cabe duda de que en otros tiempos –cuando la informática no estaba presente y poseían función taquigráfica- el ahorro de espacio y tiempo era evidente: económicamente se ahorra material, servían para ajustar las líneas de texto, su lectura era más rápida porque visualmente eran fáciles de reconocer. Sin embargo, bajo mi punto de vista los sistemas de abreviamiento facilitan la visualización de los datos: son un sistema muy conveniente para el que lee ya que se capta el concepto con un solo golpe de vista y no es necesario leer el sintagma completo. Además sirven para escribir menos y más rápido, tendencia actual según la cual la prisa es un estilo de vida (en cierta ocasión leí que la mayoría de las veces, ir deprisa no implicaba caminar más rápido o pensar de forma más ágil sino estar y sentirse internamente acelerado).

Por último, se pueden considerar como recursos lingüísticos habituales, de gran difusión, puestos de moda por influjo de la lengua inglesa y que suponen un síntoma de prestigio.

Respecto a la antigüedad de las abreviaciones, como nos informa Félix Rodríguez González (2012: 355-379) ya el filólogo Rafael Seco nos recordaba cómo en su sentido primigenio la sigla se remonta, cuando menos, al tiempo de los romanos; por el contrario en momentos de escasez de medios materiales e impresos, lo que prevalecía era la abreviatura, esto es, la sigla no pronunciada y no fundada o instituida sino empleada individualmente como mero apoyo taquigráfico. En sentido moderno, su antigüedad no rebasa más allá de cien años, aunque, sin duda, sus comienzos debieron de ser tímidos, hacia finales del siglo pasado. De lo que no parece haber duda es de que el uso masivo de las siglas modernas en los medios de comunicación impresos data de los años treinta. A partir de entonces, el uso de la sigla ha aumentado enormemente. La postura ante la sigla ha variado mucho desde que se inició su frecuencia masiva. En los años treinta, Don Santiago Ramón y Cajal decía que, para aclarar su significado, haría falta, “crear una asignatura universitaria”. En su opinión, las siglas eran una importación del extranjero. En 1967, Rosenblat, más pragmático, reconoce “el triunfo universal de las siglas” debido a la tendencia “a la palabra más corta, y a los modos expresivos más condensados”.

En resumen, no se puede decir que el fenómeno de la sigla sea de reciente aparición, pero sí es patente su proliferación en el léxico castellano, sin gran diferencia de lo que está ocurriendo en todas las lenguas de cultura. Las siglas han invadido el vocabulario actual, con aceleración creciente, de tal manera que no queda apenas un lenguaje especializado que prescindiera de este fenómeno lingüístico. Es muy numeroso el volumen de siglas que leemos en cualquier periódico o revista de actualidad, así como en tratados técnicos, científicos o humanísticos.

Junto a esto, observamos que en las investigaciones realizadas sobre las abreviaciones destaca una enorme diversidad terminológica a la hora de denominar a cada uno de estos procesos de abreviación lo que da lugar a la ausencia de un criterio uniforme para definir los conceptos correspondientes a las variedades de abreviaciones. Las consultas a los diferentes diccionarios han mostrado el escaso tratamiento que recibe acrónimo; en unos pocos figura como un tipo de sigla y en otros ni siquiera tiene presencia.

Al término sigla, en cambio, se le concede una mayor atención, y es destacable el que sea considerado como una palabra ya que esta precisión vendría a confirmar que la lexicalización de estas unidades lingüísticas es ciertamente un fenómeno en auge. Veámos, pues, las acepciones que ofrecen los principales diccionarios:

- La Real Academia Española en la edición digital de su *Diccionario de la Lengua Española* y en la edición de 2014 ofrece varias acepciones de sigla: «1. Abreviación gráfica formada por el conjunto de letras iniciales de una expresión compleja; p.ej. ONU por *Organización de las Naciones Unidas*, ovni por *objeto volador no identificado*, IPC por *índice de precios al consumo*.//2. Cada una de las letras de una sigla (II palabra formada por letras iniciales), p. ej., O, N y U son siglas en ONU.//3. Cualquier signo que sirve para ahorrar letras o espacio en la escritura». Para acrónimo designa dos acepciones: «1. Sigla cuya configuración permite su pronunciación como una palabra; p. ej. o(bjeto) v(olador) n(o) i(dentificado).//2. Vocablo formado por la unión de elementos de dos o más palabras, constituido por el principio de la primera y el final de la última, p. ej., ofi(cina infor)mática, o, frecuentemente, por otras combinaciones, p. ej. so(und) n(avigation) a(nd) r(anging)». La voz abreviatura en sus dos primeras acepciones está relacionada con las abreviaciones; así, «1. Representación gráfica reducida de una palabra o de un grupo de palabras, obtenida mediante un procedimiento de abreviación en que se suprimen letras finales o centrales, cerrada generalmente con punto y raramente con barra; la abreviatura de afectísimo es afmo; la de calle, c/ y la de Sus Majestades SS.MM.» La voz acortamiento, en su tercera acepción y dentro del ámbito de la Lingüística, se define como: «Palabra resultante de la reducción de la parte final o inicial de otra palabra; p.ej. cine, bici, bus y fago por cinematógrafo, bicicleta, autobús y bacteriófago, respectivamente». Por último, el símbolo, como acepción propia de la Lingüística, es « Representación gráfica invariable de un concepto de carácter científico o técnico, constituida por una o más letras u otros signos no alfabetizables, que goza de difusión internacional, y que, a diferencia de la abreviatura, no se escribe con punto pospuesto; p.ej. N, He, km y € por Norte, helio, kilómetro y euro, respectivamente».

- La edición del *Diccionario de la Lengua Española* del año 1992, edición de la que poseo un ejemplar, define acrónimo como «palabra formada por las iniciales, y a veces por más letras, de otras palabras». Para la voz sigla contempla varias acepciones: «Letra inicial que se emplea como abreviatura de una palabra. / 2. Rótulo de denominación que se forma con varias siglas INRI. /3. Cualquier signo que sirve para ahorrar letras o espacios en la escritura».

En lo que se refiere a abreviatura: «representación de las palabras en la escritura con sólo varias o una de sus letras, empleando a veces únicamente mayúsculas, y poniendo punto después de la parte escrita de cada vocablo ...». Como se puede observar la Real Academia considera el acrónimo como una sigla, con la única diferencia de que el primero puede estar constituido a veces por "otras letras que siguen a la inicial".

Asimismo, ambos términos se identifican en su significado con el de abreviatura, excepto en la especificación de la presencia de "punto después de la parte escrita de cada vocablo" en este último.

- La edición de 1989 del *Diccionario Manual e Ilustrado de la Lengua Española* define acrónimo como «sigla constituida por las iniciales (y a veces otras letras que siguen a la inicial), con las cuales se forma un nombre». Las definiciones de sigla y abreviatura coinciden con las anteriores aunque, en el término sigla, se añade en la primera acepción: «Los nombres en plural suelen representarse por su letra inicial repetida».

- Estas mismas definiciones las mantiene en la publicación de 1984

- Por su parte María Moliner, en su *Diccionario de uso del español*, da dos acepciones para la voz sigla que reiteran esencialmente lo aportado por la Academia: «letra inicial empleada como abreviatura de cada palabra de las que constituyen un nombre; puede escribirse con punto detrás de cada inicial o sin él, como si el conjunto constituyese una palabra...// 2. Cualquier abreviatura o escritura en que se suprimen signos o palabras para abreviar la escritura». Vemos que María Moliner aporta como única novedad la posible presencia del punto detrás de cada inicial que, como acabamos de señalar, sólo aparece explícitamente reflejado por la Academia en el término "abreviatura". A su vez, el término acrónimo no es recogido y, para abreviatura, define «representación abreviada de una palabra».

- De igual modo, en el *Diccionario del español moderno*, de Martín Alonso, se puede leer: acrónimo «palabra formada por las primeras letras de otras palabras, que componen un nombre o una frase: FORTRAN = FORMula TRANslation»; sigla «letra inicial que se emplea como abreviatura. Signo para ahorrar espacio en la escritura». En esta ocasión podría apuntarse como único elemento diferenciador la procedencia del acrónimo no sólo de un nombre sino también de una frase.

- Por último, en el *Gran Diccionario de la Lengua Española*, de Aquilino Sánchez Pérez no figura en el repertorio el término acrónimo y, a su vez, la voz sigla no presenta comparativamente alteraciones con lo dicho por los autores señalados con anterioridad.

- El rastreo de los Diccionarios de Lingüística es también obligado: Se han manejado ocho de estos diccionarios, publicados entre 1971 y 1991. Este espacio cronológico de veinte años, dado el incremento que el uso de las siglas ha sufrido en los últimos lustros, puede permitir observar la evolución que el tratamiento del fenómeno ha seguido.

En tres de estos diccionarios -*Diccionario de terminología lingüística actual*, de Werner Abraham, *Diccionario de Lingüística de la Escuela Española* de Francisco Abad, y *Diccionario de Lingüística*, de Theodor Lewandowski- no tienen presencia los vocablos acrónimo y sigla. Puede obedecer a diferentes razones que escapan a nuestra consideración, aunque tal omisión causa cierta sorpresa en Diccionarios de publicación relativamente reciente, década en la que el fenómeno se encontraba ya en pleno auge. En cuanto a los otros cinco diccionarios -*Diccionario de términos filológicos*, de Fernando Lázaro Carreter, *Diccionario de Lingüística*, de Georges Mounin, *Lingüística moderna. Terminología y bibliografía*, de Werner Welte, *Diccionario de Lingüística*, de Giorgio Raimondo Cardona, y *Diccionario de Lingüística*, de Jean Dubois y otros-, tan sólo cuatro contemplan la voz sigla, con características muy similares en el desarrollo de su definición. Todos coinciden en que se trata de la "abreviatura de una palabra" o bien "de un grupo de palabras", añadiendo Dubois y Cardona el carácter de palabra que pueden alcanzar algunas siglas. Por otro lado, el término acrónimo es tratado exclusivamente por Welte y Cardona, sin un mayor valor informativo. El primero de ellos da una acepción que coincide con la aportada por los anteriores autores para sigla, y en lo que se refiere al Diccionario de Cardona el tratamiento de esta voz es más comprometido al considerarla como "un tipo de sigla", valoración que también fue contemplada en algunos diccionarios semasiológicos.

Puede encontrarse un listado completo de las abreviaturas y su forma de expresión recomendada por la RAE en el *Manual de español urgente* de la Fundéu/BBVA. También puede resultar muy útil la consulta al *Diccionario de siglas médicas* de Yetano Laguna y Alberola Cuñat (2013: 20) y también en Alberola Cuñat (2012). Asimismo se debe revisar el *repertorio de siglas, abreviaturas y símbolos de Navarra* publicado en la página web de TREMÉDICA.

Respecto a los estudios en el campo de las abreviaciones, comprobamos el enorme caudal de variaciones terminológicas que aportan: Alvar Ezquerro (1983: 3ss y 1996: 43-48) utiliza la denominación *acortamiento* para designar una de las modalidades de la abreviación.

Miranda (1994: 165) habla del *acortamiento* como fenómeno genérico, y lo divide en dos grandes grupos: el fónico, al que etiqueta como *abreviación* o *abreviamiento*; y el gráfico, al que llama *abreviatura*. Las mayores vacilaciones surgen a la hora de nombrar los mecanismos que se denominan siglación y acronimia: Alvar Ezquerra llama a este proceso *abreviamiento* o *truncamiento*. La forma *acronimia*, acuñada por Guilbert, parece ser la más asentada en la bibliografía española.

Sin embargo, las denominaciones que ha recibido este mecanismo son muchas (vid. Casado Velarde 1985a: 45; Almela 1999: 205-206): *palabras-portmanteau*, *palabras-maleta*, *palabras-telescopio*, *combinación* (propuesto en Lang 1997 para traducir el original *blend* y adoptado también por Miranda, precisamente traductor al español de la obra de Lang), *abreviaciones estrechas* (Alba de Diego 1973), etc.

Según Alba de Diego, cuando la abreviación es grafémica suele denominarse sigla. Por su parte, en el diccionario de Galende (2000:9) parece establecerse una distinción entre sigla (formada por un solo grafema de cada una de las palabras del sintagma originario) y acrónimo (formado por más de un grafema), propuesta que complica aún más el panorama terminológico. Rosell, A. (1967) emplea además el término seudosigla, que define como “cualquier forma léxica aparentemente siglar, compuesta caprichosamente”.

Ante este conflicto terminológico, nos dispusimos a realizar el estudio empírico de los sistemas de abreviación para lo cual la investigación atravesó tres fases:

1. recogida de datos (detección y extracción): los sistemas de abreviación se recopilan manual o automáticamente a partir de un corpus textual. Para la extracción automática se hace necesario emplear métodos basados en patrones (Acronym Finder Program (AFP), Three Letter Acronym (TLA), Acrophile, Acromed...), en estadística (Diccionario de abreviaciones en línea, A Simple and Robust Abbreviation Dictionary), en aprendizaje-máquina (Teoría universal de la formación de siglas, Automatic Acronym Identification and Creation of an Acronym Database, A supervised learning approach, Recognizing acronyms in Swedish texts) o en una combinación de ellos (emplean un método basado en tres tipos de conocimiento: reglas de formación de siglas, marcadores textuales y palabras clasificadoras).

Los métodos más tradicionales para hallar pares sigla-forma desarrollada se basan en la coincidencia de patrones; estos métodos difieren unos de otros en cuanto al tipo de información que codifican en sus reglas, las cuales son cruciales en el rendimiento del sistema. Los dos primeros son proyectos a pequeña escala para extraer acrónimos: AFP- con más de 1.000.000 de definiciones, es el diccionario de siglas y abreviaturas más grande y más completo. Existe Acronym Finder for windows phone. TLA fue desarrollado en la Universidad de Waikato, no hay ningún algoritmo de búsqueda por lo que cualquier símbolo puede ser acrónimo.

Ninguno de estos sistemas de extracción de siglas ha sido usado para procesar un gran corpus de texto y recopilar un diccionario de búsqueda de acrónimos hasta Acrophile. colección de siglas y abreviaturas que se extrajo de forma automática desde páginas web y fue indexado utilizando Inquery 3.2, un sistema de recuperación de información probabilística desarrollado en la Universidad de Massachusetts. La versión actual, está disponible en la web en <http://ciir.cs.umass.edu/ciirdemo/acronym/>

Los métodos estadísticos se basan en la frecuencia de las siglas en un corpus: destacan los aportes de Chang et al. a la investigación en este campo con el desarrollo de un nuevo algoritmo para la identificación de siglas, la elaboración de un conjunto de rasgos descriptivos de las siglas y la creación de un nuevo diccionario de abreviaciones en línea a partir de los abstracts de la BD Medline. Por otro lado, según la “Teoría universal de la formación de siglas”, las siglas se consideran un fenómeno universal cuya formación se rige por preferencias lingüísticas basadas en reglas a nivel de caracteres, fonemas, palabras y frases. Automatic Acronym: Young (2004) desarrolló una técnica de identificación de siglas y una base de datos para su almacenamiento. La investigación se centra en dos dominios: general (noticias) y especializado (biomedicina); en el primer caso emplea el sitio de la BBC y el corpus de la agencia Reuters mientras que en el segundo utiliza la base de datos de Medline. En A supervised learning approach, Nadeau & Turney (2005) proponen un sistema de detección de siglas basado en aprendizaje supervisado y Dannélls (2006), en Recognising acronyms in Sweding, implementó un sistema para el reconocimiento de siglas en textos de biomedicina escritos en sueco: el sistema usa una heurística general para identificar y extraer los candidatos sigla-forma desarrollada; posteriormente, un algoritmo de aprendizaje máquina se encarga de clasificar estos candidatos y, por último, los pares clasificados correctamente se almacenan en una base de datos.



Los sistemas basados en aprendizaje máquina junto con los híbridos se perfilan como los de mejor rendimiento. Sin embargo, no se debe pasar por alto que todos estos sistemas han sido pensados para analizar textos en lengua inglesa, por lo que se desconoce la eficacia de su aplicación en lenguas como el español.

Pues bien, a pesar de todas las posibilidades que ofrecen los mecanismos de extracción automática de siglas, resulta imposible aplicarlos en nuestro corpus textual por varias razones que nos impiden determinar los criterios para diseñar un sistema de detección y extracción semiautomática de siglas: contamos con una nomenclatura compleja (Abreviaturas, Siglas, Símbolos), la falta de rigor en el empleo de puntos y mayúsculas, la inexistencia de paréntesis para separar los sistemas de abreviación de su forma plena, la no correspondencia entre la forma desarrollada y el acortamiento (falta de coincidencia entre el idioma del acortamiento y el de la forma desarrollada), abundante sinonimia y polisemia, la posibilidad de que las siglas correspondan a nombres comunes o a nombres propios. Además, los proyectos de búsqueda son solo aplicables para acrónimos y siglas, no así para abreviaturas ni símbolos, los algoritmos de búsqueda y las normas son propias del inglés, idioma que no coincide exactamente con la formación en español. Y, lo peor, en nuestros informes -salvo en dos ocasiones- nunca encontramos la sigla seguida de su forma desarrollada entre paréntesis o al revés por lo que resulta imposible aplicar los patrones de búsqueda que ofrecen los métodos que acabamos de mencionar.

En conclusión, la extracción de las siglas ha tenido que realizarse de forma manual con las dificultades que ello conlleva de dilatación de tiempo de recogida, mayor posibilidad de error, complicaciones para controlar toda la información obtenida, etc.

7.2.CREACIÓN DEL CORPUS (desambiguación): la desambiguación es el mecanismo mediante el cual se selecciona la forma desarrollada<sup>9</sup> apropiada de una sigla en un contexto dado. Se trata de elegir el contexto apropiado para evitar la ambigüedad. Polyfind y Automatic resolution of ambiguous abbreviations in Biomedical texts suponen dos mecanismos de desambiguación de siglas en los abstracts de la base de datos Medline. Una vez más no podemos aplicar estos mecanismos a nuestros informes ya que en ningún momento se presenta la forma abreviada junto a la forma desarrollada por lo que resulta imposible confeccionar las reglas que permitan detectar el contexto. Y, una vez más también, se ha incrementado el tiempo invertido en la búsqueda de la correspondencia entre el abreviamiento y su forma desarrollada concreta.

Una vez desambiguados los términos obtenidos, se pasó a la codificación de la información obtenida para lo que se confeccionó una base de datos con los siguientes campos: Abreviación, Área o campo temático, Lengua de procedencia, Tipo de abreviación (abreviatura, sigla, símbolo, etc.), Forma desarrollada, Núcleo de la sigla, Contexto, Pronunciación (silábica, deletreada...), Aspectos grafémicos (uso de mayúsculas, minúsculas, puntos,...), Aspectos morfológicos (género, número, derivación, flexión), Aspectos sintácticos (núcleo del Sintagma Nominal, funciona como nombre, adjetivo, etc.), Equivalente en otras lenguas, Información sobre el origen de la abreviación, Regla de formación de la sigla, Número de ocurrencias (frecuencia de aparición de la sigla dentro del corpus), Formas polisémicas, sinónimas y homónimas, Registro de ICA, Servicio del ICA.

---

<sup>9</sup> Forma desarrollada: forma sinónima del sistema de abreviación, correspondiente al significado de dicho sistema y surgida a partir de la descomposición de la abreviación

### 7.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para poder llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos ha sido preciso indagar en diferentes fuentes: bases de datos bibliográficas de información científica nacionales y extranjeras, buscadores de información en Internet, trabajos académicos y científicos, revistas y páginas web, aplicaciones de la web 2.0 destinadas a mejorar la comunicación y el conocimiento: Wikis, redes sociales, blogs, podcast (el tablón del foro del español de hoy y mañana [http://cvc.cervantes.es/foros/tablon/tablon\\_esp.htm](http://cvc.cervantes.es/foros/tablon/tablon_esp.htm), la relación temática de listas de distribución de RedIris (tecnotrad, traducción, tradumática) <http://www.rediris.es/list/>, el laboratorio del lenguaje en medic@blogs, facebook y twitter), guías de práctica clínica: guía del paciente (Clínica Viamed Valvanera <http://www.viamedvalvanera.com>, guía informativa para el usuario de Hospital de Mollet [http://www.hospitalmollet.cat/ingres\\_esp.php](http://www.hospitalmollet.cat/ingres_esp.php)), tesis doctorales

Sin embargo, las fuentes específicas de búsqueda se centran en bases de datos de siglas, diccionarios y glosarios electrónicos en internet, fuentes que citamos en la bibliografía al final del estudio.

Dado que, como acabamos de verificar, en nuestro corpus textual resulta imposible deducir las reglas que utilizan los buscadores de siglas (principalmente porque la forma desarrollada no consta junto a la abreviación entre paréntesis), la clasificación de los sistemas de abreviación facilitará la creación de algoritmos de búsqueda que permitan en un determinado corpus extraer dichas abreviaciones.

Partiendo de las diferentes definiciones de los términos mencionados y basándome en las particularidades grafemáticas de las abreviaciones, su proceso de formación y su lectura-pronunciación, he llegado a considerar que bajo la denominación común de abreviación, caben destacar las siguientes designaciones que analizamos seguidamente: acortamiento, sigla, abreviatura, símbolo.

#### 7.3.1. ACORTAMIENTOS

Acortamiento: consiste en reducir el cuerpo fónico de una palabra –bien por apócope o bien, aunque muchos menos frecuentemente, por aféresis– para crear otra que mantiene el significado de la base pero se adscribe a ámbitos coloquiales y familiares: ECO, Eco, ECO., ECO ABDOMEN, ECO ABDOMINAL, Eco abdominal, ECO abdominal, ECO Abdominal, ECO. ABDOMINAL, Eco. aparato urinario, ECO TIROIDEA, Leucos, leucos, leuco, leuco., micro, Neuro, Quimio, Trauma, Uro, Endocrino.

Los compuestos híbridos que obtenemos están formados por acortamiento + palabra plena: ECO-DOPPLER, Eco-doppler, eco-doppler, eco Doppler, Eco doppler, ECO DOPPLER, ECO Doppler, ECO-DOPPLER, Ecodoppler, Eco Doppler, Onco-urología, Onco-Urología, Onco-Hematología, quimiorradioterapia, quimio-radioterapia, Uro-oncología

Como casos especiales localizamos ECOcardio formada por acortamiento + acortamiento y acortamiento + sigla prototípica en COLANGIO RNM, Colangio RNM y Colangio RM. Por último, recogemos formas constituidas por acortamiento + acrónimo: Angio-Tac, Angio-TAC, ANGIO-TAC, ANGIO TAC, ANGIOTAC

Los elementos que se eliminan en la reducción son siempre los mismos: -grafía, -logía, -terapia, morfemas propios del léxico científico sanitario.

La falta de rigor a la hora de utilizar los acortamientos queda demostrada por la enorme heterogeneidad grafemática:

La mayoría de las veces el acortamiento no finaliza con punto pero hay excepciones: ECO., ECO. ABDOMINAL, Eco. aparato urinario.

La forma de unir el acortamiento con el segundo miembro tampoco es homogénea ya que en ocasiones se emplea guión, otras veces son dos formas separadas y en otros casos los dos sintagmas se unen directamente (Eco-doppler, Eco doppler y Ecodoppler; Angio-Tac, ANGIO TAC, ANGIOTAC; quimiorradioterapia, quimio-radioterapia).

El uso de mayúsculas y minúsculas refleja asimismo la falta de rigor: cuando son pruebas complementarias se escribe todo con mayúsculas por ser el encabezado: ECO, ECO ABDOMEN, ECO ABDOMINAL, ECO TIROIDEA ECO DOPPLER, COLANGIO RNM, ANGIO-TAC. Las especialidades comienzan con mayúscula: Neuro, Trauma, Uro, Onco; sin embargo, hay vacilaciones como Leucos/leucos; Angio-Tac/Angio-TAC/ANGIO-TAC; COLANGIO RNM, Colangio RNM; eco-doppler/eco Doppler /Eco doppler (en este último caso, constatamos incluso un error ortográfico ya que Doppler es nombre propio y, por tanto, se debe escribir siempre con mayúscula). En el documento nº 35 observamos dos variantes distintas: Consulta de Endocrino/ Consulta de Endocrinología.

Abundantes resultados sinonímicos obtenemos en nuestros documentos:

ECO/ Eco/ECO./Ecografía/ECOGRAFÍA; ECOcardio/Ecocardiograma/ECOCARDIOGRAMA;

ECO-DOPPLER/Eco-doppler/eco-doppler/eco Doppler/Eco doppler/ECO DOPPLER/ECO Doppler/ECO-DOPPLER/Ecodoppler/Eco Doppler/Ecografía Doppler;

ECO ABD/ ECO ABDOMEN/ECO ABDOMINAL/ Eco abdominal / ECO abdominal/ECO Abdominal/ECO. ABDOMINAL/ Ecografía abdominal/ ECOGRAFÍA ABDOMINAL/ Ecografía Abdominal/ Eco. aparato urinario / ECO TIROIDEA

### 7.3.2. SIGLAS

Sucede frecuentemente que se confunden los significados de siglas y abreviaturas. La diferencia radica en que, en ocasiones, las abreviaturas científicas traspasan el ámbito gráfico para llegar a la lengua oral y así convertirse en formas léxicas independientes, esto es, en siglas. Sin embargo es más habitual que ciertas abreviaturas compuestas se transformen en siglas: en los informes de los médicos son numerosas estas abreviaturas y puede ser que los propios profesionales hayan convertido una forma oral en un recurso taquigráfico. Ambos procedimientos permiten economizar el esfuerzo al escribir, pero mientras que la abreviatura se mantiene en el ámbito escrito, la sigla llega a la comunicación oral. Por tanto, la diferencia entre estos recursos no depende de cuestiones formales, sino del uso que hacen los hablantes: si al reproducir de forma oral una unidad escrita el hablante la desarrolla, será porque la entiende como abreviatura; en cambio, si la reproduce deletreada o secuencialmente, la estará interpretando como sigla. Como afirman los autores analizados, los factores que determinan esta decisión no parecen sistematizables, y de hecho se producen alternancias poco claras. Por ejemplo, en el ámbito médico se registran *EEG* ‘electroencefalograma’, *RMN* ‘resonancia magnética nuclear’ y *TAC* ‘tomografía axial computerizada’, formas todas circunscritas al campo de las pruebas diagnósticas. Sin embargo, parece que las dos primeras se reproducen como abreviaturas y, en cambio, la tercera como sigla. En tales casos, parece conveniente considerar estas formas abreviaturas compuestas que, en determinados casos, se transforman en siglas por el empleo que hacen de ellas los hablantes. Dicho de otro modo, estas formas pueden emplearse, y por ende interpretarse, como siglas y como abreviaturas.

Simplificando lo dicho, podemos diferenciar que cuando las siglas se leen en voz alta, se pronuncian, generalmente, las letras o las sílabas que las componen; en las abreviaturas, en cambio, se lee la palabra entera y no las letras que componen la abreviatura.

No obstante, como el matiz diferenciador no es uniforme y en muchos ejemplos desconocemos cómo se leen y por quién, en este trabajo separaremos las que siempre se pronuncian como palabra plena (abreviaturas) y los casos dudosos irán incluidos en el apartado siglas ya que, como comprobaremos, el límite entre sigla y abreviatura no es tan claro.

Como avanzamos anteriormente, una sigla, según el *DRAE*, es una palabra formada por el conjunto de letras iniciales de los términos que integran una expresión compleja. También recibe el nombre de sigla cada una de esas letras iniciales.

Como aclara la doctrina académica, las siglas se forman yuxtaponiendo, en una sola pieza léxica, las iniciales de determinadas palabras que integran la expresión pluriverbal que las origina, que suele ser el nombre de una entidad —diversos tipos de organismos, instituciones, organizaciones, asociaciones, etc.— o conceptos científicos empleados recurrentemente en un texto como ocurre en los informes analizados.

Una doble tensión está presente en la creación de una sigla, según L. Guilbert: de una parte, «el deseo de conseguir una reducción gráfica y fonética de la secuencia sintáctica, considerada demasiado larga para ser fácilmente utilizable en la comunicación; de otra, el cuidado por mantener la relación sintáctica entre los elementos, mediante la referencia a cada componente del conjunto».

El vocabulario científico recurre a menudo a la siglación, aunque los principios que rigen la creación de las siglas científicas difieren de los seguidos por el léxico común, como veremos en este estudio.

Además, destaca que casi todas las siglas científicas reproducen nombres comunes, algo que invierte la tendencia observable en el léxico estándar; en el vocabulario científico son muy pocas las que pueden considerarse representaciones de nombres propios porque, en el ámbito científico, el objetivo no es nominar organizaciones o instituciones, sino las realidades que interesan a las diversas ciencias.

Existen distintas corrientes a la hora de definir las siglas diferenciándose principalmente por la consideración de cuáles son los segmentos usados para crear la nueva unidad léxica.

Algunos autores sostienen, implícita o explícitamente, que la sigla se forma sólo con la primera letra de cada una de las palabras componentes del sintagma originario.

Para otros estudiosos, en cambio, la sigla puede construirse no sólo con las letras iniciales de cada una de las palabras que forman la base, sino también con secuencias de varios fonemas. A partir de ahí, tomamos como base la clasificación de Figueroa que distingue tres clases de siglas (Figueroa, 1969, pp. 67-87): las formadas por el primer grafema de cada una de las palabras de base (sigla prototípica); las formadas por segmentos silábicos de las palabras del sintagma originario (sigla morfema); y aquellas que muestran una segmentación arbitraria de las palabras originarias, ya que incluyen grafemas, sílabas y fragmentos no silábicos combinados de muy diversas maneras.

No obstante, ampliamos esta tipología de tal modo que agrupamos las siglas en cinco clases: siglas prototípicas, sigloides, acrónimos, largos enunciados y siglas morfema.

#### 7.3.2.1. SIGLAS PROTOTÍPICAS (S.P.)

Serían aquellas formadas exclusivamente por el primer grafema de cada una de las palabras componentes del sintagma original. De manera general, en un grupo sintáctico del que se vaya a crear una sigla, las iniciales que forman parte de esta son las de las palabras con semántica plena —normalmente, sustantivos y adjetivos—, mientras que se tiende a evitar artículos, preposiciones, conjunciones, etc.

En los informes médicos podemos agruparlas de la siguiente manera:

7.3.2.1.1. Siglas prototípicas puras procedentes del español con tres palabras: formadas por las iniciales de las tres palabras que forman el compuesto sintagmático; por ejemplo, MVC (murmullo vesicular conservado)

Constituye un grupo excesivamente numeroso; sólo dos de ellas aparecen en el apartado Analítica (HCM, PCR) mientras que son variadas y abundantes en las Pruebas complementarias y en Exploración física. Cabe destacar que un gran número de las aparecidas en las Pruebas complementarias aluden a una localización espacial como demuestra el hecho de que de un total de 28 siglas prototípicas de tres miembros encontradas en el apartado Pruebas complementarias 18 de ellas incluyen una sigla alusiva a la localización; así, BPD (bronquio principal derecho), BPI (bronquio principal izquierdo), CII (cuadrante inferior interno), EII (extremidad inferior izquierda), FID (fosa iliaca derecha), EID (extremidad inferior derecha), HVI (hipertrofia ventricular izquierda), LID (lóbulo inferior derecho), L.I.D. (lóbulo inferior derecho), LSI (lóbulo superior izquierdo), L.I.I. (lóbulo inferior izquierdo), LMD (lóbulo medio derecho), LII (lóbulo inferior izquierdo), LSD (lóbulo superior derecho), LHD (lóbulo hepático derecho), LHI (lóbulo hepático izquierdo), VAS (vena cava inferior), VCI (vías aéreas superiores).

En varios casos encontramos siglas separadas por puntos C.M.A, D.O.E., H.A.S. aunque gran parte de ellas en otros documentos aparecen sin puntos: BPD/ B.P.D., HAD/ H.A.D., ICC/ I.C.C., LID/ L.I.D., LII/ L.I.I., LSD/ L.S.D., PFR/ P.F.R., TAd/ T.A.d., TVP/ T.V.P. Además, cabe añadir el caso de L.I:I donde los dos puntos pueden ser un error que equivaldría a L.I.I.

Las siglas prototípicas de este estilo se escriben la gran mayoría en mayúsculas salvo raras excepciones que, a su vez, alternan minúscula y mayúscula; así, con todo minúsculas encontramos m.i.i., mvc y ppp (también PPP) y alternando ambas formas PPs (también PPS), Tas/T.A.s./TAs, TAd/T.A.d., y, por último, para formar el plural en Rs Cs Rs/ Rs CSRS/ RsCsRs.

Como formas sinónimas localizamos en los informes, además de algunas ya enumeradas en las que alternan las grafías, las siguientes siglas prototípicas: AFC (alergias farmacológicas conocidas)/AMC (alergias medicamentosas conocidas), GOT/TGO.

En la formación de las siglas prototípicas obtenemos las siguientes estructuras:

- Adj. + S + Adj.: en dos únicos casos BEG (buen estado general), REG (regular estado general), MEG (mal estado general)
- S + Adj + Adj: algunos sustantivos están contruidos en singular: arteria (ACM), ataque (AIT), anemia (ARS), bronquio (BPD), cuadrante (CII), cirugía (C.M.A.), denominación (D.O.E), función (FRS), extremidad (ESD), fosa (FID), gasometría (GAB), hospitalización (HAD), hipertensión (H.A.S.), hemoglobina (HCM), hemorragia (HDA), hipertrofia (HVI), insuficiencia (ICC), lóbulo (LID), leucemia (LLC), leucoencefalopatía (LMP), miembro (MII), motor (MOE), murmullo (MVC), presión (PPs), pielostomía (PPT), resonancia (RNM), reflejo (RMP), situación (SFB), sistema (SNC), volumen (VCM), tejido (TCS), terapia (THS), trombosis (TVP), úlcera (UPP), vena (VCI), tensión arterial sistólica (Tas) y en otros casos son plurales: funciones (FSC), alergias (AMC), pares (PCN), potenciales (PESs), pruebas (PFR), pulsos (PPP), ruidos (RCR), vías (VAS).
- S + prep. + S: UPP (úlceras por presión), HAD (hospitalización a domicilio)

Respecto al género de las siglas de este tipo, destaca una incorrección en el informe número 52 donde se asigna artículo masculino a una sigla femenina: un UPP.

Como nombres propios encontramos en este grupo FRS, C.M.A., HAD y la sigla más difícil de deducir su significado fue LMP ya que hubo que remitirnos al contexto para saber qué significaba.

7.3.2.1.2. Siglas prototípicas puras con enlace procedentes del español: sin incluir el enlace de la formación como AAA (aneurisma de aorta abdominal)

De un total de 20 siglas distintas, 3 aparecieron en la Analítica, 2 en las Pruebas complementarias y 3 en la Exploración física.

En ningún caso se escriben con minúsculas ni tampoco hay pruebas del número plural; sin embargo se comprueba que algunas incluyen el punto como G.A.V., alternando las dos formas posibles C.O.T./COT e incluso con alguna variante más COC/C.O.C./C,O,C

En la formación de este tipo de siglas encontramos más variedad que en las anteriores obteniendo las siguientes formaciones:

S + Adj + Adj: grupo más común que aporta ejemplos como AAA, EAP, FHC, FUR, IMC, ITU, MAP, RAO, UCE, USM, VIH, VSG

S + S + Adj: es una formación rara presente solo en G.A.V. (gestaciones, abortos, hijos vivos)

Adj + Adj + Adj: COC (consciente, orientado y colaborador)



S + S + letra: VHC (virus de la hepatitis C)

S + Adj + S: COT (cirugía ortopédica y traumatología)

S + prep + S: PPS (pulsaciones por segundo), CHF (concentrado de hematíes filtrado), ADE (amplitud de distribución eritrocitaria)

En suma, todos los sustantivos que forman el núcleo principal van en singular y únicamente son nombres propios: USM, UCE, FHC, COT

7.3.2.1.3. Siglas prototípicas con más de tres siglas procedentes del español: CARS (Centro Asistencial Reina Sofía).

Siete formas de las que cuatro de ellas se encuentran en las Pruebas complementarias y aluden a partes del bronquio y, por tanto, se refieren a localizaciones espaciales: BLSD, BLMD, B.L.M.D., BLID; en ningún momento se escriben con minúsculas; hay alternancia de puntos en BLMD/B.L.M.D. y como nombre propio obtenemos CARS (Centro Asistencial Reina Sofía), forma intuida a partir del contexto. Todos los núcleos de la formación van en singular: ‘angioplastia’, ‘centro’, ‘bronquio’ y los esquemas obtenidos son:

S + Adj + Adj + Adj: ACTP y todas las relativas al bronquio

S + Adj + S + S: CARS

Adv. Negación + S + Adj + Adj: NAMC

7.3.2.1.4. Siglas prototípicas con más de tres siglas con enlace procedentes del español: por ejemplo ABVD (actividades básicas de la vida diaria)

Se comprueba que ninguna sigla de este tipo aparece en el apartado de Analítica, no así en Pruebas complementarias donde de las 26 obtenidas incluimos 10 y en la Exploración física otras 2 siglas. Como formaciones con puntos anotamos L.C.F.A. y B.L.M.D. (aunque también en otros documentos hallamos LCFA y BLMD). En ningún caso hay muestras de género ni de número salvo los dos núcleos que van en plural ‘actividades’ (ABVD) y ‘signos’ (STVP), sigla esta última que siempre localizamos en la Exploración física como TVP o a lo sumo Signos de TVP.

TTPA y TPTA son dos siglas sinónimas: tiempo de tromboplastina parcial activado y tiempo parcial de tromboplastina activado.

Ha resultado difícil deducir el significado de ARUB y ARVB por lo que quizá pueda tratarse de un error.

Finalmente obtenemos las siguientes formaciones:

S + Adj + Ø + S + Adj: con la preposición de: ABVD (actividades básicas de la vida diaria), BCRI (bloqueo completo de rama izquierda), GOCE (gammagrafía ósea de cuerpo entero), OCFA (obstrucción crónica del flujo aéreo), RDHH (rama derecha del haz de Hiss), TPTA (tiempo parcial de tromboplastina activada), BSGC (biopsia selectiva del ganglio centinela); con la preposición por: ACFA (arritmia completa por fibrilación auricular), AREB (anemia refractaria por exceso de blastos); con la preposición en: PSAP (presión sistólica en la arteria pulmonar) y con la preposición al: L.C.F.A./LCFA (limitación crónica al flujo aéreo)

S + Ø + S + Adj + Adj: CHCM (concentración de hemoglobina corpuscular media), STVP (signos de trombosis venosa profunda) en ambos casos con la preposición “de”

Adj + Adj + Adj + Adj: CORP (consciente, orientado, receptivo y perceptivo)

S + Adj + Adj + Ø + S: VEMS (volumen espiratorio máximo por segundo)

S + Ø + Adj + S + Adj: HBPM (heparinas de bajo peso molecular)

#### 7.3.2.1.5. Siglas prototípicas puras procedentes del inglés: PSA (prostate-specific antigen)

Resulta significativo que la mayor parte de las siglas procedentes del inglés se encuentren en los apartados reseñados de Pruebas complementarias, Exploración y, predominantemente, en Analítica. 13 de ellas se incluyen en el apartado Analítica: ADE, CHF, FEF, FEV, FVC, GOT, GPT, HDL, HIV, INR, LDL, P.I.F., PSA, P.S.A. donde, como vemos, en algún caso se encuentran separadas por puntos.

Todas las siglas se escriben con mayúscula excepto en aVF (AVF también en otro documento), Hbs y BMTs donde, una vez más, cabe la duda de si la ‘s’ corresponde a parte de la sigla o es expresión del número plural ya que obtenemos como resultados en otros documentos las formas BMT y BMTS.

Los esquemas de formación corresponden, al contrario que las anteriores, a estructuras gramaticales propias del inglés:

Adj + Adj + S: AVF y su variante, CHF, FEF, FEV, FVC, GOT, GPT, INR, LUC (Large Unstained Cells), PPS

S (nombre propio) + S: BMT y variantes (Boehringer Mannheim test)

Letra + Adj + S: BNP (péptido natriurético tipo B)

Adj + S + S: HDL (High-density lipoproteins), HIV, LDL (Low density lipoproteins), SUV, VCA (Virus capsid antigen), formaciones éstas en las que el primer sustantivo está adjetivado y equivale a las construcciones de adyacente indirecto con preposición del español cuya construcción no existe en inglés.

S + Adj + S: P.I.F. (peak inspiratory flow), PSA (prostate-specific antigen)

Preposición + artículo + S: OTC (over the counter)

Comprobamos que existe un caso de polisemia: CHF.

7.3.2.1.6. Siglas prototípicas con más de tres siglas procedentes del inglés: Grupo no muy abundante solo hallamos en Pruebas complementarias TLCO (DLCO diffusing capacity or transfer factor of the lung for carbon monoxide) y dos sinónimos STIR (short Tau Inversion Recovery) / FLAIR (fluid Attenuated Inversion Recovery). En Analítica, se obtiene la sigla APTT, sinónimo de otras dos siglas prototípicas de más de tres elementos aunque en este caso procedentes del español: TTPA y TPTA

Otros ejemplos de siglas prototípicas de este grupo serían: SARS (severe acute respiratory síndrome), VDRL (laboratorios de investigación de enfermedades venéreas) y PICC (peripheric insertion central catéter)

Como vemos, en todos los casos la formación de las siglas se adapta al orden de palabras del inglés.

Por último destacamos la sigla DDDR en la que cada una de las letras corresponde a un modo específico de funcionamiento de los marcapasos

#### 7.3.2.1.7. Siglas prototípicas de dos siglas procedentes del español

Este grupo ocupa el segundo lugar en cuanto al número de siglas existentes en los informes: 17 en Analítica, 23 en el apartado de Pruebas complementarias y destaca que el mayor número lo encontramos en la Exploración física con 25 ejemplos de esta variedad.

Localizamos en los informes un gran número separadas por puntos: P.C., C.E., F.M., H.B., M.I., aunque casi todas aportan la otra variante sin puntos A.C., A.P., B.D., B.I., B.T., E.F., F.A., F.C., I.Q., I.Y., R.D., T.A., V.I. Como ejemplos de minúsculas con punto tenemos: i.q., i.y., p.m., v.o.; no obstante aumenta el número de las que no lo llevan tanto en mayúscula y minúscula: Fa, Fc, Gn, Iy, Rs, Ap como cuando las dos son minúsculas: ev, vo, pm, rs, ui; además se observa que en todos los casos hay variantes correctas (sin punto y con mayúsculas) excepto en Gn (gafas nasales). Por tanto, son numerosos los sinónimos obtenidos:

En Analítica: BD, B.D. (bilirrubina directa), B.I., BI (bilirrubina indirecta), BT, B.T. (bilirrubina total), D-D, DD (Dímeros D), FA, F.A. (fosfatasa alcalina), Fa, FA (fibrilación auricular). En Pruebas complementarias: EV, ev (extrasístole ventricular), RD, R.D. (riñón derecho) RS, Rs, rs (ritmo sinusal) VI, V.I. (ventrículo izquierdo) y en Exploración física: AC, A.C. (Auscultación cardiaca), Ap., A.P., AP (Auscultación pulmonar), EF, E.F. (exploración física), FC, F.C., Fc (frecuencia cardiaca), IY, I.Y., Iy, i.y. (ingurgitación yugular), pm, p.m., PM (por minuto), TA, T.A. (tensión arterial).

En otros apartados se localiza: IM, IM. (insuficiencia mitral) IQ, I.Q., i.q. (intervención quirúrgica), UI, ui (Unidad Internacional) y VO, vo, v.o. (vía oral).

Aumenta, asimismo, el número de ejemplos de polisemia como vemos seguidamente:

AP como anatomía patológica (A.P.) y como auscultación pulmonar (A.P., AP, Ap)

AR como anemia refractaria y como error de auscultación pulmonar

FA como fosfatasa alcalina (FA, F.A.) y como fibrilación auricular (FA, Fa)

RD como riñón derecho (RD, R.D.) y como retinopatía diabética (RD)

La mayor parte de los sustantivos que conforman el núcleo principal van en singular aunque aparecen en plural: ‘alergias’, ‘dímeros’, ‘gafas’, ‘pares’ y ‘proteínas’.

Resaltan los dos casos de error aparecidos en este tipo de siglas: AC y AR ambos curiosamente constituyen un error por AP (auscultación pulmonar).

Los esquemas formativos se reducen a S + Adj en todos los casos excepto D-D, DD (S + letra) y PM y variantes (preposición + S) incluida una formación en latín como diabetes mellitus DM.

Como una variedad dentro de este grupo se pueden añadir aquellas siglas que coinciden en la forma con las anteriores pero su sintagma originario incluye un enlace como FO (fondo de ojo). De este tipo recogemos 8 siglas en las Pruebas complementarias: BK (Bacilo de Koch), CV (calidad de vida), HI (hoja de interconsulta), FE (fracción de eyección), RE (receptores de estrógeno), RP (receptores de progesterona), TC (tamaño y consistencia), TP (tiempo de protrombina). Formas que llevan puntos serían: c.v., H.I., HS. y, como vemos, con un único ejemplo de minúsculas. En todos los casos igual estructura: S + de + S excepto en TC (S + y + S). Los sustantivos que forman el núcleo están todos en singular; sin embargo, para la formación del plural en las siglas prototípicas de dos procedentes del español se procede a la duplicación consonántica o vocálica como se demuestra en: EE.II., EEII., E.E.I.I., EE II, EE, EEii, eeii, EEII, E.E.I. (por error sin otra I), E.E.I. I., (extremidades inferiores), MMII, mm.ii. (miembros inferiores), PPCC (pares craneales), CCEE (consultas externas); por tanto, una amalgama de formas que alternan los puntos, sin puntos, mayúsculas, minúsculas, espacios e incluso errores pero con un común denominador: la duplicación de la consonante como signo de plural, al estilo inglés. Junto a ellas la forma MsIs (miembros superiores) en la que el plural se forma añadiendo una s a cada uno de los elementos siglares.

1.2.1.8. Siglas prototípicas de dos procedentes del inglés: AF (atrial fibrillation) es la única sigla obtenida

### 7.3.2.2. SIGLOIDES

Término definido por A. Rosell como «siglas aparentes en las que se han utilizado términos secundarios, omitido fundamentalmente, o no se ha respetado el principio primario de tomar de los vocablos sólo la letra inicial». En ocasiones, para conseguir una estructura que resulte pronunciable como una palabra, las siglas pueden incorporar una o varias letras más de la inicial del comienzo de uno de los términos, del final o incluso prescindir de uno de ellos, con lo que se consiguen así «siglas silabeadas». En suma, se seleccionan los dos primeros grafemas de alguna o algunas de las palabras componentes para conseguir un resultado pronunciable como sigla secuencial con la finalidad de facilitar la pronunciación y evitar el deletreo procurando que el hablante se sienta cómodo para lo cual se deforma el concepto de sigla. Destaca que en el ámbito científico se encuentran también siglas prototípicas y sigloides, si bien el número de estos últimos es muy escaso hasta el punto de que no visualizamos ningún ejemplo en nuestros informes. Este hecho es consecuencia del absoluto dominio de las siglas deletreadas en el ámbito científico, en el cual no parece preocupar tanto la pronunciabilidad de la sigla como en el léxico común.

### 7.3.2.3. ACRÓNIMOS O SIGLÓNIMOS

El acrónimo es un proceso por el cual se crea una unidad léxica que procede de la fusión de, al menos, dos palabras, una de las cuales, si no las dos, está representada por un fragmento de su significante que habitualmente procede de la unión de los extremos opuestos de las bases de tal manera que el comienzo de la primera palabra se fusiona con el final de la segunda. Sin embargo se considera también acrónimo aquella sigla que, por el uso, se ha lexicalizado y convertido en otra palabra, en un sustantivo más, de tal modo que se puede escribir en minúscula, total o parcialmente, presentar variantes morfológicas —como plural, en los casos de *tacs*—, derivaciones —*sídico* o *sidoso*— o puede llevar acentuación gráfica o tilde (*láser*) por lo que han pasado a formar parte ya del léxico español. En concreto, dichas voces son conocidas, para algunos autores, como siglónimos y el fenómeno de transformación en palabras, «literalización»: *mir*, *tac*, *uci*, *uvi*, *pet*, *peg*.

En definitiva, los siglónimos son siglas en las que se seleccionan arbitrariamente grafemas, sílabas o segmentos mayores no silábicos de las palabras originarias para conseguir en todos los casos un resultado pronunciable.

Como en las demás clases de siglas, la formación de los siglónimos se fundamenta en el empleo de los grafemas iniciales de un sintagma fijo o lexía compleja constituida básicamente por nombres comunes, nombres propios y adjetivos. En cambio, los determinantes y elementos de relación suelen excluirse, aunque en algunos casos se mantienen para ayudar a la pronunciabilidad del resultado o para conseguir diversos efectos estilísticos.

El siglónimo se distingue de la sigla prototípica porque se encamina a la búsqueda de la pronunciabilidad: los siglónimos pretenden convertirse en nombres que, por tanto, deben ser perfectamente pronunciables por lo que suelen ser más largos que las siglas prototípicas y los sigloides; además la segmentación de las palabras componentes del sintagma originario se produce de manera arbitraria acercándose a una estructura propia de una palabra de la lengua para facilitar su pronunciabilidad.

Además, el siglónimo difiere de los anteriores en su manera de actuar: las siglas prototípicas y los sigloides muchas veces alternan con las formas desarrolladas para evitar su enunciación repetitiva mientras que los siglónimos rara vez alternan con la designación originaria sino que la suplantán. Por otro lado, cabe observar el hecho de que las siglas prototípicas y los sigloides no suelen ir acompañados de artículo determinado, algo que se da en los siglónimos.

Tampoco es la misma la finalidad básica ya que los siglónimos persiguen la creación de un nombre que se convierte, por lo general, en la designación exclusiva del referente correspondiente, mientras que la finalidad de las siglas prototípicas y sigloides se limita a la síntesis y la economía.

De acuerdo a toda esta información, en los informes revisados no se aprecia la existencia de acrónimos del primer tipo; sin embargo obtenemos los siguientes datos:

A. Siglónimos procedentes de Siglas Prototípicas:

- a partir del español: ELA, EVA, MIR, TAC y EPOC con sus respectivas variantes
- a partir del español evitando los enlaces: EPO, CUN, DUE, IAM, LOE, LOES, UME, UMI, IECA, IECAS (Lo correcto es escribirlo sin s aunque sea en plural), PAAF, SAHOS, SUAP
- a partir del inglés: PEG, BI-RADS, ECOG, PET

El apartado de Pruebas complementarias es el único que contiene siglas de este tipo. TAC., T.A.C., C.U.N. y E.P.O.C. con puntos y con minúsculas Tac, tac, Epoc, Bi-rads y Pet. Respecto al número destacan las formas IECAS y LOES como plural; el resto de núcleos sintagmáticos van en singular: ‘enfermedad’, ‘clínica’, ‘diplomado’, ‘infarto’, ‘lesión’, ‘unidad’.

Las estructuras formativas de estos acrónimos son las siguientes:

S + Adj + Adj: ELA, EVA, MIR, TAC y variantes de ésta

Adj + Adj + S: PEG (inglés), PET, Pet

S + Adj + Adj + Adj: EPOC y variants

Adj + S – S + prep + S + S: BI-RADS (construcción inglesa)

S + Adj + Ø (de) + S: EPO, LOE, CUN, C.U.N., IAM / S + Adj + Ø (en) + S: DUE

S + Ø (de) + S + Adj: UMI

En las siglas de más de tres iniciales las estructuras evidentemente son más largas y obtenemos:

S + Ø + S + Adj + S (S.M.): IECA

S + Adj + Ø (de) + S + Adj: PAAF

S + Ø + S + Ø + S + Adj + Ø + S: SAHOS

S + Ø + S + Ø + S + Adj: SUAP

Los núcleos sintagmáticos están todos en singular (‘inhibidor’, ‘punción’, ‘síndrome’, ‘servicio’) excepto ‘inhibidores’. Por otra parte, obtenemos varias formas sinónimas:

IECA, IECAS/ PAAF, PAFF, P.A.A.F./ SAHOS, SAOS /BI-RADS, Bi-Rads

#### B. Siglónimos procedentes de Sigla Morfema:

- a partir del español: ADA, BAS, AINES

- a partir del inglés: CEA, ELISA

Formas que aparecen predominantemente en el apartado Analítica, escritas en unos casos con puntos y en otros sin ellos: A.D.A./ADA, B.A.S./BAS, C.E.A./CEA, parejas sinónimas a las que se añade AINES, AINEs, Aines.

Las estructuras obtenidas en este grupo son:

S.M. de una palabra: ADA, BAS

S.M. + Adv. + Abreviatura: AINES

S.M. + S: CEA

S + Adj + S.M. + S: ELISA

Por último, se obtiene otra forma de plural como en el grupo anterior: AINES con gran variabilidad de grafías: todas mayúsculas AINES, todas minúsculas menos la inicial Aines y alternando ambas AINEs.

#### 7.3.2.4. LARGOS ENUNCIADOS

Un tipo de siglas cada día más frecuente, que merece destacarse por su novedad ya que ha hecho irrupción en los últimos años. Se trata de largos enunciados constituidos por nombres comunes referidos a conceptos en uso en los lenguajes técnicos especializados. Son expresiones fraseológicas. El uso prolijo y frecuente de estos términos largos acaba siendo objeto de abreviación. En nuestros informes para el ‘bloqueo de rama izquierda/derecha del Haz de Hiss’ obtenemos diferentes formaciones siglares: B.R.I.D.H.H., BIRDHH, B.I.R.D.H.H., BRIHH, B.R.I.H.H., Bloqueo R.I.H.H., BRDHH, BICRDHH\*

#### 7.3.2.5. SIGLAS MORFEMA (S.M.)

En el ámbito científico-técnico es también habitual la formación de siglas a partir de los elementos compositivos de una sola palabra, como adn ‘ácido desoxirribonucleico’ o epo ‘eritropoyetina’, por ejemplo.

Puede suceder que las letras de la sigla no se correspondan con palabras, sino con morfemas, algo especialmente frecuente en la química; en *APV* ‘acetato de polivinilo’ o *CFC* ‘clorofluorocarbono’, algunas letras representan morfemas de palabras compuestas, no palabras de sintagmas.

Los resultados obtenidos en los informes médicos revisados se desglosan a continuación:

7.3.2.5.1. Sigla morfema de tres letras procedente del español: grupo que conforma un total de 62 siglas distintas: 9 en el apartado Analítica (AFP, ALT, BAL, GGT, GGt, LCR, LDH, IDH, TGD), 22 en el apartado Pruebas complementarias (BAV, CIV, DTD, ECG y sus variantes, E.N.G., E.E.G., EEG, ORL, O.R.L., RTU, R.T.U., RTUs, R.T.V., TEP, TSA, VAo) y 6 en Exploración física (ACP, HCD, ORL, RCP, ROT, SNG). Las formas más comunes son aquellas que no llevan punto; sin embargo algunas alternan la variante con puntos y la que no los lleva: ECG/E.C.G., EEG/E.E.G., HTA/H.T.A., ORL/O.R.L., RTU/R.T.U.; no obstante, en los casos de E.N.G. y R.T.V. no tienen su correspondiente sin puntos.

Con letras minúsculas encontramos dos plurales: ADOs y RTUs pero lo normal es la falta de coherencia como vemos en *Ecg/ecg*, *VAo/Vao* y la forma GGt.



Inicial + S.M. corresponde a la estructura más abundante que obtenemos en este tipo de siglas. La sigla inicial corresponde en todos los casos al sustantivo y la S.M. es el adjetivo que en unos casos se crea con un prefijo:

CIV.....contraste **in**trav**en**oso  
LDH.....lactato **de**shidrogenasa  
RTU.....resección **trans**uretral  
RTV.....resección **trans**vesical  
TAR.....terapia **anti**retroviral  
TSA.....troncos **supra**aórticos

Y en la mayor parte por composición:

AAS.....ácido **acetil**salicílico  
ACP.....auscultación **cardio**pulmonar  
ACV.....accidente **cardio**vascular  
BAV.....bloqueo **auriculo**ventricular  
CFN.....chlorella **pyren**oidea (nombre propio en el que vemos el cambio de grafías del latín p al español f)  
DTD.....diámetro **tele**diastólico  
LCR.....líquido **cefalo**rraquídeo  
RCP.....reflejo **cutáneo**plantar  
RHY.....reflejo **hepatoy**ugular  
ROT.....reflejo **osteot**endinoso  
SNG.....sonda **nasog**ástrica  
TCE.....traumatismo **craneo**encefálico

Solo en un caso se toman las letras de la S.M. al azar: PCN ‘palidez **cutánea**’.

La segunda estructura obtenida sería la de S.M. + inicial en la que la S.M. es un sustantivo en todos los casos formado por prefijo excepto en TEP ‘tromboembolismo’ y en CPR ‘colangiopancreatografía’; por otra parte, la inicial corresponde al adjetivo:

ADO.....**anti**diabéticos **orales**  
CPR.....**colangiopan**creatografía **retró**grada  
GEA.....**gastro**enteritis **aguda**  
HCD.....**hipo**condrio **derecho**  
HTA/H.T.A.....**hiper**tensión **arterial**  
HTP.....**hiper**tensión **pulmonar**  
TEP.....**trombo**embolismo **pulmonar**

También muy abundantes son las siglas formadas exclusivamente por S.M. correspondiendo con adjetivos en la mayor parte de las ocasiones:

BAL.....broncoalveolar  
BZD.....benzodicepinas  
PMN.....polimorfonuclear  
Y sobre todo con sustantivos:  
AFP.....alfafetoproteína  
CMG.....cardiomegalia  
CMG.....cistometrograma  
CPK/GPK.....creatinfosfocinasa  
DLP.....dislipemia  
DLP.....dislipidemia  
ECG/E.C.G./Ecg/ecg/EKG.....electrocardiograma  
E.N.G.....electroneumografía  
E.E.G./EEG.....electroencefalograma  
GGT/GGt.....gammaglutamiltransferasa  
HDK.....Hodking  
HLP.....hiperlipidemia  
NAE.....nefroarterioesclerosis  
NTG.....nitroglicerina  
ORL.....otorrinolaringología  
TBC.....tuberculosis  
TGD.....triglicéridos

Por ultimo localizamos una única forma con una estructura diferente formada por inicial + abreviatura: VAo/Vao ‘válvula aórtica’.

La forma ALT ‘alanina aminotransferasa’ tiene una estructura compositiva bastante anómala y poco común.

Fonéticamente, destaca en este grupo de siglas la vacilación gráfica ya que en unos casos se opta por la grafía culta y en otros por la derivación; así comprobamos en f/p (CFN ‘Chlorella pyrenoidosa’); p/f (CPK, GPK ‘creatinfosfocinasa’), k/c (CPK, GPK ‘creatinfosfocinasa’); ECG, EKG ‘electrocardiograma’), g/c (GPK ‘creatinfosfocinasa’).

El núcleo de la palabra plena en todos los casos es un sustantivo excepto en ‘broncoalveolar’ y ‘polimorfonuclear’ y salvo ‘antidiabéticos’, ‘triglicéridos’ y ‘troncos’ el resto de nombres van en singular.

Como sinónimos obtenemos, además de los enumerados arriba que alternan formas con punto y sin él, se incluyen ADO/ADOs, CPK/GPK, GGT/GGt, VAo/Vao, ECG/E.C.G./Ecg/ecg/EKG.

LDH/IDH (esta última forma como errata). Finalmente se localizan dos casos de polisemia: CMG ‘cardiomegalia’ y ‘cistometrograma’, DLP ‘dislipemia’ y ‘dislipidemia’.

7.3.2.5.2. Sigla morfema de más de tres letras procedente del español: se caracterizan porque en ningún caso están separadas por puntos, solo hay un caso de minúscula y puede corresponder con un plural –ANCAs-, es difícil que haya polisemia. Tres de estas formas las encontramos en el apartado de Analítica, cinco en las Pruebas complementarias y otras tres en la Exploración física. Como formas sinónimas hallamos TTPA/APTT.

Para comprender la formación de estas siglas pasamos a detallar cómo se forma cada una de las obtenidas:

A partir de una palabra: cisdiaminodicloroplatino...CDDP

A partir de dos palabras: colangiografía transparietohepática.....CTPH  
terapia antirretroviral.....TARV

A partir de tres palabras:

anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos....AACN (con duplicación de la vocal de la primera palabra por ir en plural)

colangiopancreatografía retrógrada endoscópica...CPRE

diabetes mellitus insulino dependiente.....DMID

línea media supra e infraumbilical.....LMSIU

pupilas isocóricas normoreactivas.....PICNR

pupilas isocóricas normoreactivas.....PINR

puñopercusión lumbar bilateral.....PPLB

A partir de cuatro: diabetes mellitus no insulino dependiente.....DMNID

síndrome de anemia refractaria.....SMDAR

Destaca, en primer lugar, la forma de plural de AACN con duplicación de la vocal; asimismo comprobamos que todas las demás formas llevan el núcleo sintagmático en singular excepto en las dos formas que llevan pupilas que constituyen un ejemplo del caos a la hora de elegir la forma de la sigla ya que para una misma construcción sintagmática se deciden dos formas siglares diferentes: PICNR y PINR.

Casi todas las construcciones plenas están compuestas por S + Adj o S + Adj + Adj excepto en el caso de SMDAR ‘síndrome de anemia refractaria’ y el núcleo siempre es un sustantivo; sin embargo la composición es diferente en la mayor parte de las construcciones: Inicial + S.M. en las compuestas a partir de dos palabras y una variabilidad enorme en las que se forman a partir de tres palabras; así, Inicial + Inicial + S.M. (DMID, PINR), S.M. + Inicial + Inicial (CPRE), Inicial + Inicial + Inicial + S.M. (LMSIU), Inicial + S.M. + S.M. (PICNR), S.M. + Inicial + Inicial (PPLB); por último, a partir de cuatro obtenemos Inicial + Inicial + Inicial + S.M. (DMNID) y S.M. + Inicial + Inicial + Inicial (SMDAR).

Es evidente que se repite siempre un mismo mecanismo de composición formado por una sigla morfema a partir de un sustantivo o más comúnmente un adjetivo y otras siglas iniciales; dicha sigla morfema parte siempre de una palabra compuesta como vemos en los sustantivos ‘anti-cuerpos’ (AACN), ‘colangio-pancreatografía’ (CPRE), ‘cis-diaminodichloro-platino’ (CDDP), ‘puño-percusión’ (PPLB) y ‘síndro-me’ (SMDAR) y en los adjetivos ‘transparieto-hepática’ (CTPH), ‘insulin-dependiente’ (DMID, DMNID), ‘infra-umbilical’ (LMSIU), ‘normorreactivas’ (PINR, PICNR), ‘iso-córicas’ (PICNR), ‘anti-retro-viral’ (TARV).

En conclusión, este tipo de siglas se forman con iniciales (no obligatorio) y con S.M. las cuales pueden proceder bien de sustantivos que toman las letras por composición (CDDP ‘cisdiaminodichloroplatino’; CPRE ‘colangiopancreatografía’; PPLB ‘puñopercusión’) o al azar (SMDAR ‘síndrome’) o bien de adjetivos que las toman por composición (DMID, DMNID ‘insulindependiente’; PINR, PICNR ‘normorreactivas’), por prefijación (LMSIU ‘infraumbilical’, PICNR ‘isocóricas’) o por prefijación y composición (CTPH ‘transparietohepática’; TARV ‘antirretroviral’). En suma, corresponden a formaciones de siglas largas muy comunes en textos científicos debido al gran número de términos compuestos que pertenecen al ámbito de la ciencia (sustantivos y adjetivos formados con prefijos o con palabras compuestas). Por último, destacamos la forma AACN como algo especial ya que además de un plural anómalo incluye una inicial en la sigla que elude el prefijo no incluyendo en la sigla la a de anti-: ‘anticuerpos citoplasmáticos anti-neutrófilos’ (\*ACAN sería la sigla más lógica).

#### 7.3.2.5.3. Sigla morfema procedente del inglés

En el apartado Analítica encontramos ANA, PTH, TSH y en las Pruebas complementarias FDG y BFS. En ningún caso hay siglas separadas por puntos, escritas en minúscula ni localizamos sinónimos o formas polisémicas. Las formaciones que obtenemos en este tipo de siglas son:

S.M. adjetivo + Inicial: ANA ‘**anti**nuclear **antibody**’, ATP ‘**Anti**tachycardia **pac**ing’, MME ‘**Mini**-**Mental State Examination**’, PTH ‘**para**thyroid **hormone**’, RNA ‘**ribo**nucleic **acid**’, TSH ‘**thyroid**-**stimulating hormone**’

S.M.: BFS ‘**b**ronch**o**fibros**copy**’, TNK ‘**T**enect**e**plase’

Inicial + S.M.: FDG ‘**f**luor-**d**eoxy**g**lucosa’

Comprobamos, por tanto, que cuando la S.M. es adjetivo y lleva la construcción S.M. + inicial es más propio del inglés mientras que si el orden es Inicial + S.M. pertenece a formaciones más acordes con el español.

Finalmente sólo hemos obtenido dos formas de S.M. mayores de tres en inglés: ANCA**s**, forma en plural equivalente al español AACN donde la formación del número va en minúscula y significa ‘**anti**-neutrophil **cytoplasmic antibodies**’ (S.M. + inicial + inicial y plural en minúscula); SIADH ‘**s**indrome of **i**nappropriate **anti**diuretic **hormone**’, forma no muy común que da lugar a la estructura Inicial + inicial + S.M. + inicial.

#### 7.3.2.5.4. Sigla morfema de dos: IM ‘intramuscular’, formando polisemia con la sigla correspondiente que significa insuficiencia mitral.

Finalmente, antes de adentrarnos en otros mecanismos de abreviación, cabe resaltar una clase de términos formados de manera distinta a la habitual en las siglas y abreviaturas ya que no se toman partes de la palabra plena sino que se configuran a partir de datos más técnicos: *onda R, S-T* (segmento del electrocardiograma entre la onda S y la T) y *E/A* (relación de velocidades entre E= early (llenado pasivo ventricular)/ A= contracción auricular).

### 7.3.3. ABREVIATURA

La abreviatura es un recurso meramente gráfico empleado para representar por escrito una palabra o un grupo de palabras mediante la utilización de una o varias de sus letras, la primera de las cuales ha de ser la inicial de la palabra abreviada.

La forma de presentación debe ser breve con el fin de utilizar mejor el espacio donde se escribe y clara aunque en muchos casos induce a confusión y provoca errores por lo que se deben emplear únicamente abreviaturas estándar que no sean de carácter personal y se debe evitar el abuso de ellas en los textos. No deben aparecer en cualquier posición, en lugar de la palabra a la que reemplazan, sino que se ha de limitar su uso a contextos muy delimitados.

Se distingue entre abreviaturas simples (*d.* ‘don’, *g* ‘gramo’), las más comunes en los informes, si lo acordado es una sola palabra y compuestas cuando se reduce una secuencia de palabras, como en *d. l.n.* (resto *d.l.n.*) = dentro de límites normales y *s.t.* a lado drcho. =sobre todo

Las abreviaturas se pueden formar siguiendo unas normas (regulares) o no (irregulares). Las regulares pueden serlo por:

a) Suspensión, truncamiento o apócope: por omisión de las letras o sílabas finales. Se corta la palabra en un momento determinado y se omite el resto. El corte puede hacerse después de la letra inicial (*A. obstétricos*, *A. úrico...*) –en adelante Abreviatura regular por apócope de letra inicial - o después de las consonantes anteriores a la vocal de la primera sílaba o sílabas siguientes (*Bact.*, *bioq...*) –en adelante Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal y Abreviatura regular por apócope inicial-.

b) Contracción o síncope –en adelante Abreviatura por síncope. Se eliminan todas o algunas letras interiores y se conserva un fragmento inicial y uno final, normalmente las letras más representativas. Ejemplos: *cta.* ‘consulta’, *dcho.* ‘derecho’, *Dr* ‘doctor’, (*Fco1*), (*Fco2*), puede ser ‘frasco’, *Fdo.* ‘firmado’.

Plano fónico: En la lectura o pronunciación se supe lo omitido en la representación gráfica; es decir que no trascienden al plano oral y se leen desarrolladas.

Las abreviaturas, en español, se cierran siempre con un punto llamado «punto abreviativo». En español es incorrecta la escritura de una abreviatura sin un punto al final. En nuestros informes médicos encontramos numerosos casos en los que se prescinde del punto abreviativo, sobre todo en iniciales: B ‘Basófilo’, E ‘Easinófilos’, no Q, doble J, onda T, U ‘unidades’, urea, B indirecta, C cervical, H A DOMICILIO, R tot, Bil T, Pr T, alergias F conocidas, Hto. Las abreviaturas irregulares también se cierran sin punto en numerosos casos: Hcrito, adjto, ATB, Cgdo, cmpr, dx, hemt, hgb.

Las vacilaciones llegan hasta el punto de encontrar voces que alternan el punto y su falta en el documento: Cta/Cta., dcha./dcha, R sinusal/R.Sinusal/Rt sinusal, C/C. ‘comprimidos’, D ‘derecho’, ‘dorsal’/ D. ‘doctor’, Dr./Dr, h./h ‘horas’, S/S. ‘servicio’, I Yugular/I.Yugular, T Protrombina/T. de Protrombina, Tm/TM./Tm./TM; Dr/a – Dr./a.

Cabe destacar que en algún informe el grado de vacilación es tal que dentro de un mismo documento encontramos abreviaturas con y sin punto para la misma palabra como en el documento nº 4: Rx tórax/Rx. Abdomen; el documento nº 17: colon izdo./colon izdo; documento nº 22: 2 comp/1 comp.; documento nº 37: tto de quimioterapia y radioterapia/tto postoperatorio/tto. corticoideo/tto. de radioterapia cerebral; documento nº 54: tto. de radioterapia/tto. oncológico/tto con oxigenoterapia.

En las iniciales de los nombres propios de persona no se ha de suprimir el punto abreviativo ni el espacio en blanco entre las iniciales de los compuestos (como en Dr. J...). En el texto tampoco se han de posponer al apellido las iniciales del nombre propio como así encontramos en muchos documentos analizados (Dr/. [apellidos], L; Dra. [apellidos], S.; Dr. [apellidos], J.; Dra. [apellidos], M. Angeles; Dr. [apellidos, Tomás A.; Dr. [apellido1 + apellido 2], H. nº 89 –en cambio, aludiendo al mismo médico, en otro documento nº 100: Dr. [apellido1 + apellido 2] y en nº 221 Dr. [apellido 1 abreviado + apellido 2]-).

Por norma, las abreviaturas regulares por apócope se escriben en minúscula y las regulares por síncope también en minúscula, aunque no siempre (Dr., doctor). Sin embargo en nuestros informes encontramos vacilaciones: en algunas ocasiones la creatinina se representa con *cr*; sin embargo, no existe unanimidad al respecto y es frecuente encontrar la creatinina representada con *Cr* (en documento nº 22 encontramos los dos casos a la vez). Otras vacilaciones: C/-c/ ‘calle’; C-c ‘comprimidos’; H/h ‘horas’; L/l ‘litros’; q en III/Q en II-III.

Después de punto a veces lleva mayúscula y otras no: A. Úrico/a. úrico; A. personales; A. Cardíaca/A. cardíaca/A. Cardiaca/A. cardiaca; A. Pulmonar/A. pulmonar; A. refractaria; A. sangre; C. hematíes/C. de hematíes/C. Hematíes; falcalina/FAlcalina/F. Alcalina; I. Tricuspídea/I. tricuspídea; I. Yugular/I. yugular; M. INTERNA/M. Interna; S. Periférica/S. periférica; T. Protrombina/T. protrombina; E. Coli/e. coli; RX/Rx/rx; Bil t/ Bil T ; Proteína C Reactiva/ proteína C reactiva/ Proteína C reactiva; Troponina T/ troponina T; 2P/2p; T. tromb. Parcial/ T. Tromb. Parcial; Cta/cta; Dcha./dcha.; Dr/DR; Hto/hto; hcrito/ Hcrito; Pte/pte; Tto/TTO; VS/vs; SD. Depresivo/ SD. DEPRESIVO; Tm/ TM.

Se evidencia la duda y vacilación de manera más clara en casos de Pruebas complementarias como: RX. DE TÓRAX, RX DE TÓRAX, RX TÓRAX, RX Tórax, Rx Tórax, Rx torax, Rx tórax, Rx de torax, Rx. de Tórax.; TC/Tc en el mismo documento (nº 32); TAC TORACOABDOMINAL y TAC toracoabdominal (nº 7); TAC torácico y Tac torácico (nº 25); Gluc y glucosa (nº 27).

Formas casi siglares ya que van todas en mayúsculas: ATB, HCTO (pero Hcto), HMGR, HEM, MTS (pero mts), PQT, SBC (pero SBc), ABD (pero ABd, abd), AMP (pero Amp), ANT (pero ant), BAT (pero bat), CAPS (pero caps), CIST, COMP.(también comp. y es la única con punto), COAG (pero coag), FIN, HEM (pero Hem), JER (pero Jer), LAT (pero lat.), POST (pero Post), URG (pero urg, Urg), CONS

Otros casos de mayúsculas encontramos en los encabezados: INSE. CARDÍACA CONGESTIVA. También obtenemos abreviaturas con dos mayúsculas: MIogl, EXpl. Neurol., SED.o y en otros casos alternan las mayúsculas y las minúsculas: HBcAc, Hbc Ac, Hbc

Curioso es el caso de sin alergias F conocidas; Unidad de E. infecciosas; alergias F conocidas y la presencia de dos sintagmas unidos en la abreviatura sin separación ni punto ya sea con inicial + abreviatura inicial como en IAo/Iao; TPr; CEX/CEXT; Alzda, con inicial + forma plena como en Bdirecta, Btotal, falcalina, FAlcalina, Tprotombina, TProtombina, Tnegativas o con dos abreviaturas iniciales: H.S.Pedro, H.V.izda

Vacilación se obtiene, asimismo, en la norma: si alguna de las vocales que quedan en la abreviatura portara acentuación gráfica, ésta permanecerá en su abreviatura correspondiente: cáps. (pero también caps.), céls, máx (pero max., min.), cél., SIND (sin acento), Ao (sin acento), neutrof (sin acento), Prostat (sin acento) y normativa es también la regla que dice que las abreviaturas originarias de otras lenguas se marcan en cursiva: *vs.*

Plano morfológico: Conservan el género y el número de la palabra completa (la a.c., la auscultación cardíaca).



Las abreviaturas regulares por apócope, si indican una palabra en plural, no deben añadir la letra ese ni duplicar la inicial (p., página o páginas y no ps. o pp., alergias F conocidas, T picudas, T negativas, 2P (=proyecciones). Se comprueba que el Ø es el resultado más habitual para formar el plural: malig ‘malignas’, seg ‘segundos’, Urg ‘urgencias’, Bact ‘bacterias’, cig ‘cigarrillos’, cuch. ‘cucharadas’, Antec. Urológicos y especialmente en parámetros de la analítica: He ‘hematíes’, Mon ‘monocitos’, PQT, plaq, plaqu ‘plaquetas’, linf., li ‘linfocitos’, Leuc, leu, leuco ‘leucocitos’, PrT ‘proteínas totales’. No obstante, se recogen las formas GG, gg plural de grageas.

Por tanto, es muy común que una misma forma inalterada sirva para el singular y para el plural; así, Alt. ‘alteración, alteraciones’, ANT ‘anterior, anteriores’, comp ‘comprimido, comprimidos’ – comp.mast. ‘comprimidos masticables’-), ext inf. ‘extremidad inferior, extremidades inferiores’, Post ‘posterior, posteriores’, inh ‘inhalación, inhalaciones’, max ‘máximo’/máx ‘máximas’, A. (A. Especializada, A. Fólico/ A. personales, A. Ginecológicos), C. (C. Bacteriano, C. isquémica/ C. Cetónicos, C. Vocales), I. (I. Tricuspídea/I. Quirúrgicas), E. (E. ACTUAL/ Unidad de E. Infecciosas).

El plural del resto de abreviaturas se forma añadiendo una *s* antes del punto abreviativo como comprobamos en las abreviaturas por síncopa: Ctas., dchas., Dres., izdos., izdas., CTES (incluso cuando se prescinde del punto abreviativo). Por tanto, se cumple la norma tanto en la forma Ctas. Externas como en Consultas ext. Sin embargo, obtenemos resultados variables como cáps., caps, CAPS, céls, abreviaturas por apócope a las que se añade –s y adp ‘adenopatías’, abreviatura irregular con resultado Ø. Además, la variedad en la elección del plural nos ofrece formas como céls pero también Cel. Mesoteliales, cél. Atípicas, Cél. Escamosas.

El plural de las abreviaturas con letras voladas se resuelve con este mismo tipo de letra: n.<sup>os</sup>.

Respecto al género, las abreviaturas regulares por apócope construyen el género femenino añadiendo una *a* volada después del punto coord.<sup>a</sup>, en cambio en nuestros textos se prescinde del punto: Bioq<sup>a</sup> ‘bioquímica’.

En las regulares por síncopa, para el género femenino, se recomienda que la *a* se escriba a la altura normal —seguida del punto abreviativo—, aunque no se considera incorrecta su escritura volada: Dra., DRA., Dctra., Dcha., dcha., dcha, dchas., drcha., izda., izda, izdas., ida., Izda, IZDA, izqda, izqda. En ocasiones se escriben las dos formas: Dr./a., Dr/a y hay casos en que no se da distinción de género: dch., drch., izdq, SBC, SBc.

En biología es costumbre abreviar los nombres genéricos de los organismos después de utilizarlos la primera vez. Así, la primera vez que aparezca se escribirá *Stafilococo Aureus*. Sin embargo en algún informe localizamos la forma abreviada aunque anteriormente no consta la forma plena y, en ningún caso, se remite a ella. Luego podrá abreviarse el nombre del género pero no el de la especie: *S. Aureus*. Lo mismo en *E-Coli*, *E. Coli*, *E. Colli*, *E. colli*, *e. coli*, *E. Faecalis*, *P. Carini* ‘*pneumocystis carinii* o neumonía por PC’. Curioso resulta el caso de *Candida SP* ‘*candida specie*’.

Plano semántico: destaca que las abreviaturas infringen en buena medida los ideales del lenguaje científico de evitar la sinonimia y la polisemia.

Los casos de sinonimia no son extraños, aunque es necesario distinguir dos situaciones distintas.

Por un lado, existe una sinonimia aparente de la que no hemos obtenido ningún caso, que nace de la convivencia entre la forma abreviada y la palabra o sintagma que le sirven de base. (asociadas a contextos distintos).

Frente a ello, aparecen casos de verdadera sinonimia por varios factores:

a) Por la convivencia entre formas normalizadas actuales y otras de sistemas ya abandonados, situación no registrada en nuestros ICA.

b) Por la coexistencia entre esas formas normalizadas y otras que se usan en la comunicación estándar sin sujeción a normas. Así, frente a la abreviatura científica del gramo, *g*, en el habla común se emplean *gr.* o, para el plural, *grs.* De ese modo, se producen situaciones llamativas, como la posibilidad de encontrar en un establecimiento comercial un cartel que anuncie un determinado producto X, de *500 grs.*, al precio Y; sin embargo, en la etiqueta de ese producto, al estar sujeta a la normativa que obliga a emplear las unidades del SI, se representará el peso con *500 g.*

c) Por la ausencia de normalización, ya que no todas las ciencias tienen fijadas sus abreviaturas con la estabilidad de la física y de la química. Caso claro de ello es la lingüística, donde se localizan alternancias como *inf.*, *infin.* o *infinít.* para representar el *infinitivo*, *ort.* U *ortogr.* para abreviar *ortografía*, *ind.* o *indic.* para designar el *indicativo*.

En nuestros informes localizamos un ingente número de formas sinónimas motivadas por el último factor mencionado, que desglosaremos del siguiente modo:

#### A. Apartado análisis

A.1. Abreviatura regular por apócope de letra inicial y palabra plena: B / Basófilos /Basófilo; C. Cetónicos/ cuerpos cetónicos; E / Eosinófilos/ Eosinófilo

A.2. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal y palabra plena: Bact / bacterias; Albúmina/ Alb; Hem / Hematología; Col/Colesterol

A.3. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviatura regular por apócope inicial y palabra plena:

Coagulación/ coagulación de INR/ coag/ Coag/COAG/ Co: (En el apartado de pruebas complementarias: estudio de coagulación/ESTUDIO DE COAGULACIÓN/E. Coag/Coagulación)

MIogl/ mioglobina/miogl/Mio/MB: en el documento 467 coinciden las formas MIogl y miogl

Creatinina/ Cr/ cr/ creat/Creat/aclaramiento de creatinina/creatinina: las alternancias que encontramos en los documentos se remiten a Cr y cr (23), creat y Creat (144, 230), creatinina y cr (22), Creatinina y aclaramiento de creatinina (492)

A.4. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviaturas regulares por apócope letra inicial y palabra plena: Mon / M. / monocitos; Urea/ Ur/ U/ Ura (error)/urea: alternan M. y monocitos (359)

A.5. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviaturas regulares por apócope inicial, abreviatura irregular y palabra plena

Glucosa/ Glc/ Gluc/ Glu/glu/Gl: se percibe un fenómeno de ambigüedad en el documento 193 en que consta GI ya que se podría confundir con glucosa cuando en realidad es un parámetro de una escala. Por otra parte, resulta también ambigua la posibilidad de confundir estas abreviaturas con la palabra 'glucemia' aunque el contexto en el que aparecen aclara en gran medida su significado. Además, en tres documentos alterna la forma plena con una abreviatura: Glucosa-Glc (7), Glucosa-Gluc (27, 390)

Pq/ Plaqu/ plaquetas/ plaq/ PQT/Plaquet: en el documento 17 coinciden las formas plaquetas y plaq

A.6. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviaturas regulares por apócope inicial, abreviaturas regulares por apócope letra inicial y palabra plena:

linf./ L./ linfocitos/ li: coincidencia en tres documentos entre la forma plena y li (262), linf. (169) y L. (256)

A.7. Abreviaturas regulares por apócope inicial, abreviaturas regulares por apócope letra inicial y palabra plena:

Neutrof / N./ ne/ neutrófilos/ neutrófilos totales/neutros: gran variabilidad en los resultados ya que en el document 169 se emplea Neutrof., N. y neutrófilos, en 262 ne, neutrófilos totales y neutrófilos aunque es más habitual alternan la forma plena con N. (66, 141, 192, 256)

A.8. Abreviatura irregular, sigla morfema de dos y palabra plena: Hb/ hb/ HB/ Hg/ Hemoglobina/hemoglobina/hgb/Hgb/Hemoglolina: coinciden en el mismo documento las formas Hb y Hemoglolina (306), Hb y HB (126, 259), Hb y hb (374, 375) y, sorprendentemente, Hb, Hgb, Hg y Hemoglobina (262, 263)

A.9. Abreviatura por síncopa, Abreviatura irregular y palabra plena: Hto/ hto/ hcrito /Hcrito/HTO/ Htc/ Ht°/ Hcto/ HCto/ Hematocrito/ HCTO/ Htco/ htco/ Hco: abundante alternancia Htc-Hco-Ht° (141), Htco-Hcto-Hematocrito (262), Ht°-HCTO-Hcto (181), HCto-Hcto (169, 193), hto-hcrito (39), HTO-Hto-hto (153), Htc-Ht (201), Hto-hto (64), Ht°-Hcto (142, 148, 183, 187, 194), Ht°-Hematocrito (256), Hcto-Hematocrito (427), Hto-Hematocrito (261, 263)

A.10. Abreviatura regular por apócope de letra inicial, abreviatura por apocope en consonantes anteriores a la vocal, abreviaturas regulares por apocope inicial, abreviatura irregular, sigla morfema de dos y palabra plena: HM/ Hemograma/Hemogr/ H./ He/ HMGR/ HEM/ Hem/HG/Hg: coinciden He y Hemograma (141, 183)

A.11. Abreviatura por apocope en consonantes anteriores a la vocal, abreviaturas regulares por apocope inicial, acortamientos y palabra plena: Leu/ Leucos/ Leucocitos/ leuco./ leucocitos totales/ leucoticos (quizá error)/ Leuc/ leu/leu./leucos/leucocitos: vacilaciones en Leu-leu-leu. (121), Leu-leu-leucocitos (192), Leucos-leucos (66, 39, 141, 183, 213, 262, 393), leucocitos-leucoticos (280)

A.12. Sigla morfema de una palabra plena y palabra plena

CK/ cK/ Ck/ Creatin-Kinasa / Creatin-kinasa; GPK/CPK

Ag. Legionella/ Antígeno de Legionella/ Ag. de Legionella / Ag. de Legionella y Pneumococo/ Detección Ag. Neumococo/antígeno carcinoembrionario/Antígeno prostático (vid. PSA) (AG = antígeno)

TG/ Tg/ TGD / triglicéridos = triglicéridos

A.13. Sigla morfema de una palabra plena, abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal y palabra plena: BQ/ Bq/ Bioquímica/Bioq/Bioq<sup>a</sup> = bioquímica: BQ y Bioquímica en el documento 28

#### A.14. Compuesto sintagmático con abreviaturas

D-D/ Dímeros "D"/ Dímeros D/ DD/ Dímero D

E. Coli /E. Colli/ E. colli/ Escherichia Coli/ e. coli/E-Coli

Ácido Úrico/ Acido Úrico/ac. Úrico/ Ac. Úrico/< úrico/ urico/ A. Úrico/ ácido úrico/ac. úrico/ac úrico

Vitamina B12/ Vit B12/ Vit B12/ B12/ Vitamina B12/Hipovitaminosis B12/Vitamina K

Ácido Fólico/ ácido fólico/Ácido fólico/ A. Fólico/Ac. Fólico

Hept. C/ Hept. B/ Hepatitis C

Factor reumatoide/ F. Reumatoide

Sist. Orina/ sist. O/ sed.o/ sistemático de orina/ sistemáticos/ sistemático/ sedimento/ sedimento de orina/ sedimento urinario/ Sedimento orina/sist. orina/ SED.o/ Sistemático y sedimento/S. ORINA/SEDIMENTO DE ORINA/Sistemático en orina/Sistemático orina/SISTEMÁTICO DE ORINA/Sistemáticos de orina/sedimento hematíes

Troponina T/ troponina T/ Trop T/ troponina I/ troponina/Tropo T: la sigla más factible debería ser TnT pero no se localiza ninguna vez

#### B. Apartado pruebas complementarias

##### B.1. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal y palabra plena

Abd/ABD/abd/ABd pueden significar abdomen o abdominal: abd solo 'abdominal', ABd solo 'abdomen' y en los demás casos alternan ambas significaciones. Asimismo, en un mismo documento podemos encontrar vacilaciones: en el documento 10 abd 'abdominal', ABD 'abdomen' y TAC abdominal; en los documentos 150 y 182 se escribe Abd 'abdomen' pero TAC abdominal y en el 262 esta misma abreviatura coincide con ECOGRAFÍA ABDOMINAL, molestias abdominales. En cambio, en el documento 272 ABD significa 'abdomen' y aparece junto a perímetro abdominal, aorta abdominal, dolor abdominal

URG/ urg/ urgencias

##### B.2. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviatura regular por apócope inicial y palabra plena

Inf. / In (= eje inferior)/ inf. (=labio inferior)

### B.3. Abreviaturas regulares por apócope inicial, abreviaturas regulares por apócope letra inicial y palabra plena.

Ca./ CA./ CA/Ca/ Carcinoma/ carcinoma/C. / CARCINOMA  
/adenocarcinoma/Adenocarcinoma/ADENOCARCINOMA/ADENOCA./Adenoca./  
Adenoc./ADENOC.148/Neoplasia/tumoración/cáncer (= carcinoma). Formas muy variadas  
como vemos en los ejemplos siguientes:

Ca. de próstata: 88, 256, 260, 261, 263, 434, 447, 448, 488, 489, Ca de próstata: 28, 29, 143,  
Ca Prostata: 171, Ca próstata: 258, CA. PROSTAT. En diagnóstico: 88, CA. DE PRÓSTATA,  
en diagnóstico: 142, 488, CA DE PROSTATA, en diagnóstico: 234, CA de próstata, también  
en diagnóstico: 257, 259, CA PRÓSTATA, en diagnóstico: 259, Carcinoma de próstata: 141,  
255, 262, CARCINOMA DE PROSTATA, en diagnóstico: 262, ADENOCA. DE  
PRÓSTATA, en diagnóstico: 171, Neoplasia de próstata, en diagnóstico: 261, 263

ca. de laringe: 428, CA. DE LARINGE, en diagnóstico: 115, CA de laringe: 115

Ca. epidermoide –cuatro veces: 338, CA. EPIDERMOIDE, en diagnóstico: 382, CA  
epidermoide: 115, Ca epidermoide: 383, 484, carcinoma epidermoide: 338, 382, C.  
EPIDERMOIDE, en diagnóstico: 141

CA. RECTO: 343, CA RECTO: 347, 348, Ca de recto: 342, Ca recto: 346

Ca de mama: 215, 224, 228, carcinoma de mama: 168, 169

Ca. de células de epitelio 355, cáncer gástrico: 200, CA de pulmón: 305, 306, 307, Ca de  
vejiga: 264, Ca basocelular: 295, Ca transicional RENAL: 386, Ca de céls: 427, carcinoma  
lobulillar in situ: 246, carcinoma de colon: 298, 305, 306, 307

### B.4. Sigla morfema de una palabra plena y palabra plena

BFS/BF: esta última con los significados de ‘broncofibroscopia y broncofibroscopia

E.E.G./ EEG

ECG/ E.C.G./ ecg./ EKG / electrocardiograma/ ecocardiograma (= electrocardiograma) (Vid.  
ECO)/ ECOCARDIOGRAMA (Vid. ECO)/ ELECTROCARDIOGRAMA

Iv /i.v./i.v./i.v siempre con fármacos para especificar la forma de toma

ORL/ O.R.L.

### B.5. Abreviatura por apocope en consonantes anteriores a la vocal: BAT/ bat (marcapasos en bat)

### B.6. Abreviatura por síncopa : IZDA.: (V. izdo.....); Pte / pte

B.7. Abreviatura irregular : mts / MTS/mtx

B.8. Abreviatura regular por apócope inicial: AO/Ao: como aorta y aortica en el mismo documento

B.9. Sigla morfema de una palabra plena y Sigla morfema de una palabra plena: ENG-EMG/ EMG-ENG/ E.N.G.: en el mismo documento las dos formas sinónimas

B.10. Compuesto sintagmático con abreviaturas

RX/ Rx / rx/ Radiografía/ Rx. Intervencionista /Radiografía de torax/ Radiografía de tórax/ Rx Tórax/ Rx torax/ Rx tórax/ RX Tórax/ Rx de torax/ Rx. de Tórax/ RX. DE TÓRAX/ RX DE TÓRAX/ RX TÓRAX/ Radiología de tórax/ RxT/Radiología de tórax/ RX ABD/ Rx Abd/ Rx abd / Rx. de Abdomen/ Radiografía abdomen. Llama la atención la enorme cantidad de documentos en los que coinciden diferentes formas para esta misma palabra empleando a veces RX, otras Rx e incluso la forma plena Radiografía.

Dimero D: 546 (V. también en analítica)

PA. y L. / P.A. y LAT / LAT/ P-A y lateral

S. ORINA (= sistemático de orina)/ SEDIMENTO DE ORINA/ Sedimento de orina/ Sis O/ SED O/ Sistemático y sedimento de orina/ Sistemático en orina/ Sistemático orina/ Sedimento orina/ SISTEMÁTICO DE ORINA/ Sistemáticos de orina (V. analítica)

IAo/ Iao/Insf. Ao/Insf. Aórtica/Insuficiencia aórtica

I. Tiffenneau/Tiff

C. Apartado exploración física

C.1. Abreviatura por apocope en consonantes anteriores a la vocal y palabra plena: Abd/ ABD/ ABd/ Abdomen/ABDOMEN (V. Abd en pruebas complementarias)

C.2. Abreviaturas regulares por apócope inicial, abreviaturas regulares por apócope letra inicial y palabra plena: L. sucostal bilateral (=laparotomía sucostal bilateral)/Laparot.

C.3. Sigla morfema de una palabra plena y Sigla morfema de una palabra plena: NC y NH/ NH y NC

C.4. Abreviatura regular por apócope letra inicial + abreviatura regular por apócope letra inicial

C y O/ Cy O/C.O./CyO. NC/C y O. Colaborador/consciente y orientado/COC/C.O.C./C,O,C/consciente, orientado y colaborador (= consciente y orientado)/NC/C. (=consciente)/O. (=orientado)/NH  
CyC/ C y C/ CYC/ C-C

C.5. Compuesto sintagmático con abreviaturas: Expl. Neurológica/ Expl. Neurol./  
Exploración neurológica

D. Otros apartados:

col/Cgdo./Cdg./col. n°/Col N°/Colegiado n°/Cgdo N°/Colg. N°/N° Col/N° coleg/N°  
Colegiado/N° Clgdo/N° Co/N° Coleg

D.1. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviatura regular por apócope inicial y palabra plena: Int/in/In. (= eje interno)

D.2. Abreviatura por apócope en consonantes anteriores a la vocal, abreviatura por síncopa, abreviatura irregular y palabra plena

Izdo./ izda./ izdo/ izqda./ izqda./izda/ izdos/ izdas./ izquierdo/ izquierda/ ida./ izq./ Izda/  
Izdaq/izdo. Constituye la abreviatura que mayor alternancia presenta en los documentos tanto por sus diversas formas, como por la presencia de muchas de ellas en un mismo documento.

D.3. Abreviaturas regulares por apócope inicial, abreviaturas regulares por apócope letra inicial y palabra plena.

A./ Antec. (=antecedentes): 371 (personales), (Ginecológicos), (Obstétricos), 81  
(Urológicos)/ 260 (Urológicos)  
C/ c/ cig./cigarrillos  
E./ Enf./Enfermedad (=enfermedad): en varias ocasiones como E. actual o como E. Hodgkin  
con distintas grafías para este epónimo: E. Hodgkin, E. Hodkin  
N. / neo/neoplasia

D.4. Abreviatura por apocope en consonantes anteriores a la vocal: etc./ ect.

D.5. Abreviatura regular por apócope inicial

De/ de/ desayuno: siempre indicando la frecuencia de toma de una medicación con formas del tipo: comp./desayuno y cena, 1 c/ desayuno, 1 comp. con el desayuno  
co / comida  
Ce/cena  
inh/ inhalación 'inhalación' y en plural in/ inh/ inhalaciones 'inhalaciones' máximo/max/máx  
'máximas'

D.6. Abreviatura regular por apócope de letra inicial, abreviatura por síncopa, abreviatura irregular y palabra plena

Dcha./ dcha./ dcha/ dchas./ dch. / derecha / drcha./ drch./ D./D : en algunos casos ofreciendo cierta ambigüedad: Mastectomía D., Mama D  
dcho/ drcho./ dcho./ derecho



## D.7. Compuesto sintagmático con abreviaturas

H. San Pedro/ H.S.Pedro

Adjto M. Interna/ M. Adjunto/ Médico Adjunto

V. Aortica/ VAo/VAo

D.8. Abreviatura regular por apócope de letra inicial y Abreviatura por síncope: Dr/ DR/ Dr/. /D./ Dr/ DR./ Dr. ‘doctor’: enormes vacilaciones en un mismo documento

D.9. Abreviatura por síncope, Abreviatura irregular: DRA./ Dctra. / Dra. ‘doctora’

D.10. Abreviatura con diferencia de género o número: Dr/a// Dr./a. ‘doctor/a’

Dres (=doctores): 155, 225, 237

D.11. Abreviatura por apocope en consonantes anteriores a la vocal, Abreviatura regular por apócope letra inicial, Abreviatura por síncope y Abreviatura irregular

S / S./ Sº/Serv./ Scio/ Scio./ Servicio/ Servcioº : cuando forma parte de un sintagma nominal no siempre se sigue el mismo criterio; así S. de Urología, S.Urgencias, Sº de Digestivo, Serv. de Paliativos, etc.

En este grupo destaca en el documento 20 el grado de confusión que causa la presencia de la forma S DE RT para referirse al Servicio de Radioterapia ya que todo el sintagma está escrito en mayúsculas y la única pista que ofrece es el nombre del médico de radioterapia. Si tenemos en cuenta que está incluido el sintagma abreviado en un párrafo que es una nota para el médico de cabecera que, por supuesto no está presente en el momento de recibir el informe, la dificultad para adivinar el significado de la abreviatura incrementa las posibilidades de error.

D.12. Abreviaturas en mayúscula y minúscula

C// c/ ‘calle’

alt / Alt. ‘alteración’ y alt /Alt./alt. ‘alteraciones’ como en Alt. óseas degenerativas, alt. Tróficas, alt. tróficas bilaterales

ANT ‘anterior’ y ‘anteriores’

Cel./cél./Cél./céls/cel/células: se obtienen fórmulas sintagmáticas del tipo Cel. Mesoteliales, cél. atípicas, Cél. Escamosas, Cél. Epiteliales, cel/ µL., células/µl, células/mcl

JER/Jer ‘jeringa’

Post/ Post./ POST (‘posterior’), ‘posteriormente’: En el mismo documento diferente significado: línea axilar post., ...y procediendo post. a pleurodesis..., dejando post. drenaje...(que en días post. se recogen...)

VS / vs ‘versus’

D.13. Abreviaturas regulares por apócope inicial, Abreviatura regular por apócope letra inicial, Abreviatura irregular y palabra plena

C/C./ cmp/ comp./ cmpt/ COMP./ comprimido/ comp/cp/ c/ compr./C/ 'comprimido' y C/ c/ comp. 'comprimidos' incluyendo el sintagma comp. mast.

D.14. Abreviaturas regulares por apócope inicial, Abreviatura irregular y palabra plena: cáps. / caps/ cp./ CAPS/ cápsulas

D.15. Abreviaturas regulares por apócope inicial, Abreviaturas por síncopa y palabra plena

DNO-CDA-CNA/ De/co/ce/ De, Co y Ce/ 1c/de 1c/co 1c/ce 'desayuno, comida, cena'

D.16. Abreviatura regular por apócope letra inicial, Abreviatura irregular y palabra plena: T. pelvis/ Tm/ TM/ TM./ Tm. : sobre todo, T. pelvis y tm vesical, TM vesical, Tm. Vesical

D.17. Símbolos

T<sup>a</sup>/ temperatura/ Temperatura/ temperaturas/ T<sup>o</sup>/ temp. / Temp.

tto/ trat<sup>o</sup>/ Tto / TTO/ Tt<sup>o</sup>/ tt<sup>o</sup>: en Tt<sup>o</sup> QT

Respecto a la polisemia, ya hemos citado algunos casos, a los que añadimos Hg (hemograma, hemoglobina), S. orina (sistemático o sedimento), abd (abdomen, abdominal), in (inferior, interior), ECG (electrocardiograma, ecocardiograma), Ao (aorta, aórtica), col (colesterol, colegiado), A, C, E, N, inh (inhalación, inhalaciones), máx (máximo, máximas), D (dímero, derecha, desayuno, doctor), alt (alteración, alteraciones), ANT (anterior, anteriores), Post (posterior, posteriores, posteriormente), A (ácido, antecedentes), C (comprimido, calle, cuerpos, carcinoma, cigarrillos, comida, cena), E (eosinófilos, esquerichia, enfermedad), M (monocitos, Medicina, médico), L (laparotomía, linfocitos, lateral), N (neutrófilos, neoplasia), S (sedimento, sistemático, servicio).

#### 7.3.4. SÍMBOLO

Según la Ortografía de la Lengua Española, el símbolo es la variedad de abreviación consistente en representar, con una o más letras, una palabra o sintagma correspondiente a la ciencia o la técnica. La Ortografía académica del 2010 reconoce que los símbolos no son realmente abreviaciones.

El Diccionario de la Real Academia en su edición de 1992 define el símbolo, en su acepción cuarta como término propio de la Química, como «Letra o letras convenidas con que se designa un elemento químico»

Sin embargo, en la edición digital del Diccionario de la Real Academia, se amplía el concepto de símbolo y ya no se ciñe al ámbito de la Química definiéndolo en su tercera acepción como «Representación gráfica invariable de un concepto de carácter científico técnico, constituida por una o más letras u otros signos no alfabetizables, que goza de difusión internacional, y que, a diferencia de la abreviatura, no se escribe con punto pospuesto; p.ej., *N*, *He*, *km* y *€* por *norte*, *helio*, *kilómetro* y *euro*, respectivamente».

En la investigación de los símbolos se enfrentan dos líneas discrepantes: por un lado aquellos autores que no las consideran como propiamente abreviaciones sino como representaciones gráficas directas de conceptos o entes de la realidad (Instituto Cervantes, Martínez de Sousa, Bezos López, entre otros); por otro lado, para otros autores constituyen una variedad de abreviatura, sobre todo las que proceden de una abreviación de otra palabra o las de procedencia a partir del alfabeto latino (Yuste Frías, Claros, etc.).

A pesar de que algunos símbolos se confeccionan con los mismos patrones que las abreviaturas reduciendo el cuerpo gráfico del término correspondiente a una o varias de sus letras (de ‘desayuno’, He ‘helio’), su naturaleza es distinta ya que se crean a partir de una convención internacional establecida por organismos competentes (algo que los acerca a las nomenclaturas). Además, para algunos autores se incluiría como rasgo distintivo de los símbolos también la posibilidad de crear formas con base grecolatina (Ag ‘argenteum’), afirmación que, bajo mi punto de vista, sería incorrecta ya que se puede constatar la presencia de abreviaturas formadas a partir de bases grecolatinas (GGT ‘gammaglutamiltransferasa’, AFP ‘alfafetoproteína’).

Por tanto, a partir de los términos acuñados por la Academia y basándome en la distinción terminológica ofrecida por Martínez de Sousa (2008a), quien consigue distinguir bajo el término “símbolo” dos entidades distintas: el «símbolo propiamente dicho» que es “la letra o conjunto de letras con que se representan una palabra o un sintagma en escritos técnicos y científicos” y los «signos» definidos por el autor como “los elementos que, convencionalmente, representan algo distinto de sí mismos”, se distinguen en este estudio dos variedades de símbolos a los que denominamos “símbolos alfabetizables” y “símbolos no alfabetizables”. Los primeros, con un claro origen lingüístico y similares a las abreviaturas, se clasifican de acuerdo a sus ámbitos y a los organismos que los regulan diferenciando entre aquellos que incluye la Real Academia (símbolos químicos, unidades de medida) y los que no considera dentro del grupo de símbolos alfabetizables (expresiones numéricas, alfabetos no castellanos). La forma de los segundos, sin embargo, es la representación gráfica de un referente tomado de forma arbitraria, sin ninguna conexión lógica entre ellos, salvo su uso internacional sancionado por la tradición; se corresponderían con los símbolos no alfabetizables de la Academia.

En definitiva, el símbolo es un signo gráfico que en la ciencia y la técnica representa una palabra, un sintagma o un valor y que, en la mayor parte de los casos, responde a una convención internacional establecida por organismos competentes.

Antes de adentrarnos en el análisis de este tipo de abreviaciones, es preciso aclarar que revisaremos los símbolos (y cada una de sus formas) a partir del estudio de los diferentes planos lingüísticos para comprobar si se amoldan a la normativa o no.

Plano fónico: Según la normativa académica, las convenciones del Sistema Internacional de Unidades (SI), que rige las unidades de medida, y de la Unión Internacional de Química Pura y Aplicada (IUPAC), que controla la nomenclatura química, los símbolos deben escribirse sin punto abreviativo, a diferencia de las abreviaturas y al igual que las siglas, excepto si es el final de una frase que sí llevan punto. En nuestros informes registramos ejemplos con punto: cm., cc., cms., F., Gy., g., gr., h., H., kg., kgs., l/ min., mcg/72 h., mg., mgr., mgrs., mg/dl., ml., ml/min., mm., MM., mm Hg., mm./Hg, min., ms., P., pul./min

Por otra parte, los símbolos han de escribirse siempre en letra redonda y no en cursiva, incluso cuando en el contexto en el que aparezcan se dé en este último estilo de fuente. 10 cm

Al igual que en el caso de las abreviaturas, la lectura de un símbolo se realiza mediante la reproducción entera de la palabra a la que representa. De esta manera, ante un símbolo alfabetizable como mmHg —de ‘milímetros de mercurio’, para medir la presión sanguínea— la lectura que se realizará será ‘milímetros de mercurio’ —y no el deletreo [émeéme-háche-gé]—. No obstante, la misma normativa académica específica que cuando el símbolo es parte componente de una fórmula —por ejemplo química—, lo más usual es realizar su lectura por deletreo, como [cé-ó-dós] para CO<sub>2</sub> (‘dióxido de carbono’) o [éne-háche-trés] para NH<sub>3</sub> (‘amoníaco’).

Al estar fijados para un uso internacional, continuando con la invariabilidad formal de la escritura de los símbolos alfabetizables, se escribirán siempre sin tilde, aunque a alguna de sus vocales le correspondiera en español y, en nuestros informes, no se acentúan en ningún caso.

La norma internacional ha fijado también una escritura invariable en lo que respecta a la escritura de un símbolo concreto con mayúscula o minúscula inicial o enteramente con mayúsculas —cuando se combinan, por ejemplo, dos símbolos de unidades de medida que se escriben por separado con mayúscula, entre otras—. Así pues, los símbolos de los elementos químicos se escriben siempre con letra mayúscula (K [potasio], P [fósforo]); en caso de que estos sean bilíteros, se escribe con letra mayúscula la inicial (Fe [hierro], Na [sodio], Cl [cloro]). También se escribe siempre con mayúsculas la combinación de dos símbolos de unidades de medida que, por separado, se escriben con mayúscula —en concreto, un prefijo y el símbolo propiamente dicho—, como podrían ser GW (‘gigavatio’, formado por G-, *giga-*, y W, ‘vatio’) o la forma localizada en nuestros informes ClK (‘cloruro potásico’, a partir de Cl-, cloruro-, y K, ‘potasio’).

Si acompañan a números ha de haber un espacio entre el número y el símbolo (25 mm, no 25mm, 39 C, no 39C).

Plano morfológico: Los símbolos son invariables en número; es decir, no llevan ninguna letra que indique el plural. Cada símbolo es una expresión gráfica invariable, fijada para un uso internacional. Así pues, la normativa académica explica que «los símbolos no varían de forma aunque se usen en contextos de referencia plural», por lo que es incorrecta la adición de una -s final para marcar plural: *centímetros* (cm). \*cms., caso que encontramos en bastantes informes: cms, cms., grs, kgs., mgrs., mgs.

Plano pragmático: Al igual que en el caso de las abreviaturas, el empleo de ciertos símbolos ha de reservarse a contextos de uso determinados como indica la normativa académica: en nuestros informes evidentemente se localizan, sobre todo, en las pruebas complementarias, sobre todo analítica, y en el tratamiento.

El listado de los símbolos alfabetizables y no alfabetizables y su forma de expresión recomendada por la RAE se puede encontrar en los apéndices número 2 y 3 de la *OLE* (2010: 711-720). Además, recomendamos la consulta de los listados, comentados y pormenorizados, de Martínez de Sousa (2008b: 566-608).

## CLASIFICACIÓN DE LOS SÍMBOLOS

### 7.3.4.1. SÍMBOLOS ALFABETIZABLES:

1. UNIDADES DE MEDIDA: corresponden a unidades de medida, como g por gramo o gramos, min, por minuto o minutos. Deben basarse obligatoriamente en el Sistema Internacional de unidades y en las normas dictadas en España según la ley 3/1985, de 18 de marzo, de Metrología y el Real Decreto 2032/2009, de 30 de diciembre publicado en el Boletín Oficial de España (BOE) núm.18, de 21/01/2010, por el que se establecen las unidades legales de medida: «El sistema legal de unidades de medida vigente en España es [...] el Sistema Internacional de Unidades adoptado por la Conferencia General de Pesas y Medidas (CGPM) y vigente en la Unión Europea. La ley “faculta al Gobierno para, por real decreto, establecer las definiciones de las unidades, sus nombres y símbolos, así como las reglas para la formación de sus múltiplos y submúltiplos de conformidad con los acuerdos de la CGPM y la normativa de la Unión Europea».

El Real Decreto consta de un artículo único que reproduce la ley de 1985 sobre la utilización obligatoria del SI y un anexo que relaciona y define las unidades básicas y derivadas del SI, las reglas para la formación de múltiplos y submúltiplos, las reglas de escritura de símbolos y nombres de las unidades y de expresión de los valores de las magnitudes, así como la utilización de ciertas unidades ajenas al SI.

Según esto, la expresión gráfica que representa cualquier símbolo la ha determinado el organismo de normalización competente en su caso, y su uso pretende ser internacional. Así pues, la forma de un símbolo, una vez fijada, «permanece invariable cualquiera que sea la lengua en la que se utilice».

Las abreviaturas que se basan en unidades del SI o del sistema métrico decimal, deben usarse en el lenguaje médico para textos y publicaciones científicas, pero no para el lenguaje escrito de comunicación con los pacientes.

Dado que es muy común que las unidades de medida incluyan expresiones numéricas, se hace necesario resaltar una serie de normas ortotipográficas relativas a dichas expresiones que, a su vez, se hace extensiva a otros casos que incluyan una expresión numérica:

- Si la unidad de medida no va con numerales no se abrevia.
- Debe haber un espacio entre un número y sus unidades para facilitar la lectura: los símbolos se escriben pospuestos a la cifra que los cuantifica y separados de ella por un espacio en blanco, tal y como determina la normativa académica. Dicho espacio en blanco ha de ser un espacio inseparable. En algunas expresiones —como en los porcentajes—, lo contrario supone un anglicismo que hay que evitar: 40 m, 28 min, 80 %.
- No deben puntuarse los símbolos o abreviaturas (como mg o mL).
- Nunca se debe poner un punto decimal y un cero después de un número entero (2 mg es correcto y 2.0 mg es incorrecto). Sin embargo, en la Analítica de algunos informes se utiliza esta expresión de manera incorrecta: Urea (suero) 82.0 mg/dL (10.0 – 50.0) (363), Proteína C Reactiva 78.0 mg/L (0.0 – 10.0) (395), Proteína C Reactiva 312.0 mg/L (181), Glucosa (suero) 184.0 mg/dL (70.0 – 110.0) (363), Beta-2-microglobulina (suero) 4.0\* [1.42-3.21] mg/L (122), albúmina 4.0 mg/dl (18), proBNP 4443.0 pg/mL (181), y varios parámetros más de Analítica; también para indicar la temperatura: Tª 36.0 Grado Cº (379, 383), en la medida de un aneurisma : Aneurisma bilateral de arteria iliaca común de 7.5 y 8.0 cm. (239), varias veces en la presión parcial de dióxido de carbono: pCO<sub>2</sub> 34.0 mmHg; pO<sub>2</sub> 57.0 mmHg (181).
- Lo opuesto es válido para números menores a la unidad. Siempre se coloca un cero antes de un decimal (0.5 mL es correcto para .5 es incorrecto).

Por norma, los símbolos de unidades de medida se escriben con minúscula (*cm* ‘centímetro’), excepto los que van después de punto o los que proceden de un nombre propio: F. ‘French’; T ‘el tesla’ (procedente de nombre propio) se diferencia de la t ‘tonelada’. Sin embargo, en uno de nuestros informes hallamos CM ‘centímetro’.

Otros símbolos, sin embargo, admiten igualmente una escritura con mayúscula o minúscula, como el símbolo del litro, para el que resultan correctas las representaciones de *L* y *l*. Al revisar los informes, en cambio, comprobamos que se altera la norma en numerosos casos; así, obtenemos Kg, Mg, Jul en nuestros informes y, para la doble grafía del litro, se escribe para un compuesto como es el femtolitro fl y fL.

No abreviar microgramos como “mg”, el uso de “mcg” aumenta la posibilidad de interpretación incorrecta, por ello es mejor anotarlo como microgramos. Así en nuestros documentos encontramos µg/d y microgr. Los símbolos de los prefijos de las unidades de medida, que no se usan nunca aislados, se transcriben seguidos de un guión.

Respecto al número, con valores numéricos y abreviaturas se usa la misma forma para el singular y el plural: 4 mg.

Los prefijos que expresan los múltiplos y submúltiplos se distinguen porque los que indican cantidades mayores se escriben con mayúscula y los que indican cantidades menores con minúscula. En concreto, desde *kilo-* hacia abajo todos los prefijos se escriben con minúscula, mientras que los superiores emplean la mayúscula. De esta forma, cuando medidas diferentes se representan con la misma secuencia de letras, el empleo de la mayúscula o de la minúscula deshace la ambigüedad: *mF* ‘milifaradio’ /*MF* ‘megafaradio’.

Características destacadas en cada unidad de medida:

#### 1.1. UNIDADES DE LONGITUD:

##### 1.1.1. METROS

En los escasos documentos en que aparece hace referencia a la deambulaci3n:

“La paciente es capaz de deambular menos de 50 metros con ayuda de otra persona”: (9)

[Evoluci3n]

“DEBERÁ CAMINAR EN TERRENO LLANO Y A SU PASO, UNA HORA POR LA MAÑANA Y OTRA POR LA TARDE, REGISTRANDO LA DISTANCIA EN METROS LIBRE DE DOLOR”: (162) [régimen de vida]

Además, se recoge como medida de la velocidad la forma metros por segundo:

“FLUJO PUMONAR CON CFELOCIDAD LIGERAMENTE AUMENTADA (1,45 M/SEG)”:

(161) [Pruebas complementarias, ecocardiograma]



### 1.1.2. CENTÍMETROS:

Las unidades del sistema métrico decimal no deben abreviarse con punto; no obstante, en aproximadamente el 80% de los casos se utiliza la abreviatura incorrecta con punto en nuestros informes. Además, muestra de la escasa rigurosidad a la hora de abreviar estas unidades es la presencia de ambas formas en un mismo documento, situación presente en veintidós informes analizados: Paliativos: 1, 15, 16, 31; Oncología: 42, 83, 126, 200, 268, 326, 390, 391, 392; Digestivo: 76, 86; Cirugía: 85, 165; Medicina Interna: 94; Ginecología: 206; Neumología: 298; Hematología: 359

“Tumoración en cuerpo de páncreas 1 cm.”/“La masa en páncreas (4 cm)” (15, 16)

“Colonoscopia: hasta 20 cm.”/“adenocarcinoma...de 3 x 3 cm/hepatomegalia a 12 cm de apéndice xifoides” (42)

“Una prótesis de 10 cms”/“Otra prótesis solapada de 6 cms.” (76)

“Nódulo en cabeza de páncreas de 1 cm. de diámetro”/“nódulo adrenal izdo. de 1.5 cm” (83) “lesión hipoecoica en cabeza de 2 cms.”/“imagen sospechosa de neoplasia de 1 cm en cabeza” (85)

“Masa abdominal de 4 cm.”/“imagen hipodensa que mide aproximadamente unos 4 cm de diámetro” (94)

“adenopatías... de gran tamaño ilíacas izquierdas 5 cm e inguinal izda 3 cm”/ “2 lesiones quísticas de 5 cm. cada una” (206)

“Adenopatías en ventana aortopulmonar (dos de 1 cm. aprox.)”/“Lesión redondeada de 2 cm.”/“Dudosa lesión focal periférica subcapsular en segmento VIII, mal definida, hipodensa, de unos 2 cm.”/“Lesión sólida redondeada de unos 2,8 cm de diámetro” (298)

“Un quiste de Baker con colección asociada de 10 cm de eje longitudinal”/“Mide 11cm. De extensión craneocaudal por 4X2.5cm. de diámetro anteroposterior y transversal máximos”/“en un área de 2X1cm.” (359)

Esta falta de rigidez se observa incluso cuando los términos están en la misma frase: “diámetro trasversal máximo de 8 cm en la derecha y 8.5 cm. en la izquierda” (238, Medicina Interna), “Adenopatía de retrocarinal de 1.5cm y otra retroaortica de 1.5cm.” (306, 307, Oncología).

Por otro lado, no tiene trascendencia la única forma en mayúscula que obtenemos ya que está inserta en una oración que va completamente escrita en mayúsculas porque forma parte del apartado Diagnósticos: “PRÓTESIS METÁLICA DE 8 CM” (45).

La norma indica que entre el número y la forma abreviada debe haber un espacio de separación y, como vemos, no siempre se cumple en los documentos analizados: Oncología: 19, 20, 116, 126, 246, 306, 307, 385, 396; Digestivo: 18, 45; Neurología: 60; Cirugía: 108, 393; Hematología: 359.

“Lesión en cuerpo-cola, de 1.8 X 2.5cm” (18, 19), “Depósito pretraqueal derecho .... de 1 ó 2,5cm de diámetro máximo” (20), “prótesis metálica de 8cm” (45), “Otra imagen aparentemente nodular de 1cm. de diámetro” (60), “3 pequeños pólipos a 70cm” (108), “Mide 11cm. De extensión craneocaudal por 4X2.5cm.”/ “en un área de 2X1cm.” (359).

Respecto a la forma sin abreviar, la localizamos exclusivamente en cinco documentos: tres en singular y dos en plural: “imagen hipodensa... con un diámetro próximo al centímetro” (192, 193), “Quiste hepático de un centímetro” (181), “de 6,2 centímetros” (123), “tumoración.... de 2 centímetros” (205)-. Además y de manera anómala, se evidencia en dos documentos la coexistencia en una misma oración de la forma plena de una medida y la abreviada de otra: “desde pocos milímetros hasta 5 cm de tamaño” (18, 19); “Dos lesiones focales intraaxilares redondeadas, una de 1. 6 cm ... y otro nódulo de un centímetro localizado en 8hemisferio cerebeloso izquierdo” (396). No obstante, resulta curioso comprobar cómo en dos casos dentro del mismo documento (268) se emplea la forma abreviada incluso sin que aparezca la cifra, situación que supone, en el primer ejemplo, un posible error de imprenta habiéndose olvidado añadirla y la segunda un error normativo debido a que en ese contexto se debiera escribir la forma plena; así ocurre en: “imagen nodular de cm”, “imagen nodular de cm, no alcanza el cm” (268).

De la voz centímetro localizamos formas derivadas con prefijo en los documentos 287, 390, 391 y 392: “Pequeña imagen hipodensa subcentimétrica inespecífica” (287), “pequeña lesión nodular subcentimétrica anterior”.

Por norma, el número plural no se debe marcar en las medidas; sin embargo, observamos que a pesar de que lo habitual es la norma en algunos documentos se añade una – s: Digestivo 76, 194, Cirugía 85, 165, 349, Neumología 141, Ginecología 175, Oncología 200, 274, Medicina Interna 219 “Una prótesis de 10 cms, Otra prótesis solapada de 6 cms.” (76), “lesión hipocócica en cabeza de 2 cms.” (85), “(hasta 1x1 cms)” (141), “lesión ulcerada de 3 cms. en 1/3 superior de labio mayor” (175), “tumoración única... de unos 5 cms.” (200), “a unos 35 cms de arcada dentaria” (219). En contraste, de las tres formas sin abreviar que obtenemos, dos de ellas están en plural: “de 6,2 centímetros” (123), “tumoración.... de 2 centímetros” (205).

Las formas abreviadas que hemos obtenido son las siguientes entre las que destacan como especiales los casos de cmx” y cm<sup>3</sup>: cm. en 64 ocasiones, cm en 52 casos, cms en 8, cms. en 5, CM en otra ocasión y las formas plenas que ya hemos citado. Para el centímetro cúbico se utiliza cm<sup>3</sup> una vez y en el mismo documento cm<sup>3</sup>, cc en 21 casos, cc. una vez y c.c. en dos casos; en otra ocasión se alude al centímetro cuadrado con cm<sup>2</sup> y por último en un caso más se usa centímetros por segundo.

Respecto al contexto en que está inserto el símbolo, comprobamos que en unos casos se refiere a la medida de un objeto, en otras al área, al centímetro cúbico, en otras a la distancia y al flujo de la sangre:

A- Las construcciones más numerosas corresponden al primer contexto y están formadas, en primer lugar, por una estructura reiterada en numerosas ocasiones y equivalente a Sintagma Nominal (SN) + de + la medida. El núcleo de ese sintagma se limita a términos medidos en dos dimensiones como ‘nódulo’, ‘tumoración’, ‘masa’, ‘lesión’, ‘imagen’, ‘hepatomegalia’, ‘pólipo’, ‘hematoma’, ‘carcinoma’, ‘adenocarcinoma’, ‘adenopatía’, ‘metástasis’, ‘quiste’, ‘prótesis’, ‘aneurisma’, ‘depósito’, ‘foco’...

A. 1. La medida de la que se deja constancia en los documentos corresponde en unos casos a la longitud mayor del objeto medido por lo que aparece una única cifra:

“nódulo de 1’5 cm., nódulo de 1.5 cm, nódulo de 3 cm., nódulo de 3 cm., nódulo de 2 cm, nódulo pulmonar de 2 cm., nódulo pulmonar en LSI de 2 cm, nódulo adrenal izdo. de 1.5 cm, Nódulo adrenal izquierdo de 1,5 cm., tumoración... de 2 centímetros, Tumoración hiliar izquierda de 6,2 centímetros, masa abdominal de 4 cm., Tumoración submentoniana de 2 cm., masa hiliar izda. de 5 cm., Gran tumoración en muslo derecho (extremidad con amputación supracondilea) de 8 cm, Lesión (...), otra de 2 cm (en el mismo documento aparecen dos magnitudes), lesión hipocóica en cabeza de 2 cms., una lesión hipocóica de 2 cm., lesión ulcerada de 3 cms. en 1/3 superior de labio mayor, Lesión redondeada de 2 cm., Lesión única hipodensa en LHD de 4.5 cm., lesión ocupante de espacio de 4,5 cm, 2 lesiones quísticas de 5 cm. cada una, Imagen de 3 cm, Imagen de lesión ocupante de espacio hipercaptante, de 2’6 cm, lesión de 0,5 cm., imagen sospechosa de neoplasia de 1 cm en cabeza, Hepatomegalia de 11 cm, Pólipo pediculado de 1 cm, A 30 cm. pólipo de 1 cm., otro de 2 cm. a 15 cm., Hematoma cortical de 3 cm., Carcinoma epidermoide indiferenciado de la mejilla de 3 cm., Adenopatía de 2 cm., Adenopatía de retrocarinal de 1.5cm y otra retroaortica de 1.5cm., Adenopatía laterocervical izda. de 2 cm., Metástasis cerebrales múltiples de 4 cm., Segundo depósito patológico en pericardio porción posterolateral izda de 4,8 cm, Riñones en el lado izdo de 4,4 cm, Poliposenil de 0.5cm, quiste en polo superior de riñón derecho también de 4 cm de tamaño, Colestasis extrahepática hasta páncreas con colédoco de 1,8 cm.”

En este último caso se crea una cierta ambigüedad, muy común en los documentos analizados, ya que no queda claro a quién corresponde la medida de 1,8 cm, si a la colestasis o al colédoco. Asimismo resulta ambiguo el significado que se trasmite en el siguiente ejemplo aunque esta vez está creada la ambigüedad por la posición de la coma en los decimales: “Higado con 4 lesiones 1 en lóbulo hepático izquierdo de 3cm y 3 de 1,3,5 y 2,5cm en lóbulo hepático derecho”.

Por otro lado es muy frecuente no aportar la cifra exacta sino por aproximación para lo que se emplean distintos recursos:

-artículo indefinido “unos”: “tumoración única... de unos 5 cms., tumoración central de unos 8 cm., Masa de unos 6 cm, Dudosa lesión focal periférica subcapsular en segmento VIII, mal definida, hipodensa, de unos 2 cm., Hepatomegalia de unos 5 cm, Adenopatías mediastínicas en... de unos 3 cm., Metástasis en lóbulo hepático dcho. de unos 5 cm. de tamaño, área cutánea inflamada de unos 10-12 cm de tamaño, lesión violácea de unos 3 cm. dura y fija a esternón, Tumoración en axila izquierda de unos 5cm”

- adverbio “aproximadamente” o su forma abreviada: “recidiva con implantes cutáneos a nivel de la pared costal derecha de aproximadamente 2 cms., Tumoración de aproximadamente de 8 cm. –CON UN error por reduplicación de la preposición-, tumoración paraexternal derecha de aproximadamente 3 cm., Tumoración esternal alta, ... de aproximadamente 3 cm., Masa supraumbilical de aproximadamente 4 cm., lesión mamelonada de aproximadamente 1 cm, Adenopatías en ventana aortopulmonar (dos de 1 cm. aprox.), Lesión ocupante de espacio intra-parenquimatoso, en segmentos IV – VIII, adyacente a la bifurcación portal intra-hepática de aproximadamente 3.5 cm. de densidad homogénea” –en esta última frase volvemos a apreciar la ambigüedad de contenido ya que el núcleo del Sintagma Nominal y la medida se encuentran muy alejados-

- Intervalo de cifras: “Úlcera sacra necrosada de 6-7 cm, una masa de 8 a 9 cm., Masa preesternal de 3-2 cm”

- Mayor o menor de: “Nódulos .... menores de 1cm”, “Gran masa mediastínica mayor de 8 cm” (frase que hallamos en el documento 1 donde curiosamente un poco antes aparece la misma frase pero con el número exacto lo que demuestra, una vez más la enorme vacilación de estos documentos), “Hepatomegalia dolorosa mayor de 10 cm”, “Adenopatías menores de 1 cm. Laterocervicales”.

En algunos documentos se refleja la forma de expresar la medida de estos objetos ya que, como hemos indicado, se mide el ancho y el alto del objeto y se cita la medida mayor; así consta en “quiste seroso simple, el de menor tamaño de 4 cm en polo superior; carcinoma de células renales de células claras de 1.5 cm de eje máximo; Adenopatías.... de hasta 1 cm e iliares derechas de 2 cm de eje corto”. Sin embargo, lo más común es citar la medida indicando que es “de diámetro” como vemos en los siguientes ejemplos:

“Nódulo en cabeza de páncreas de 1 cm. de diámetro, Ha desaparecido la masa subdigástrica izda. que previamente presentaba y que era de 5.5 cm. de diámetro (en el documento 330 aunque en los documentos 331, 332, que son copia del primero, desaparece la medida: Ha desaparecido la adenopatía subdigástrica izda.), dos lesiones hiperdensas nodulares localizadas en región parietal posterior izquierda corticales de 1 cm y de 4 mm de diámetro, Otra imagen aparentemente nodular de 1cm. de diámetro, imagen dudosa redondeada, localizada en cabeza de páncreas de 1 cm. de diámetro, Hematoma cortical de 3 cm. de diámetro, 2 cm. de diámetro”.

En estas construcciones, en ocasiones, se cita también la cifra como cantidad indefinida empleando los recursos anteriormente citados:

-artículo indefinido “unos”: “Gran tumoración de unos 4cm de diámetro, Pequeña tumoración de unos 3 cm de diámetro, Lesión sólida redondeada de unos 2,8 cm de diámetro”

- adverbio “aproximadamente” o su forma abreviada: “Adenopatía subdigástrica izda. mal delimitada, adherida en profundidad de aproximadamente 2 cm. de diámetro; Nódulo suprahiliar dcho. de aproximadamente 2 cm. de diámetro (como contraste de las anteriores: imagen hipodensa... con un diámetro próximo al centímetro” (192, 193). Se especifica en alguna ocasión que la medida escogida es el diámetro mayor o máximo: “La lesión mide en conjunto aproximadamente 3 cm. de diámetro mayor; Depósito pretraqueal derecho .... de 1 ó 2,5cm de diámetro máximo; Aneurisma de ambas arterias iliacas comunes con un diámetro transversal máximo de 8 cm en la derecha y 8.5 cm. en la izquierda”

- Intervalo: “imágenes hipodensas de hasta 4 cm de diámetro”

Por último, encontramos un ejemplo en el que se cita la medida mayor de varios cuerpos: “Metástasis múltiples, la mayor de ellas de 4 cm de diámetro y el eje medido: de 10 cm de eje longitudinal”.

A.2. Un segundo grupo de construcciones aporta dos cifras en la medida obteniendo incluso un ejemplo en el que se prescinde del símbolo de la medida:

“imagen hipoecoica en lóbulo hepático izdo. de 2.7 x 2.3.; tumoración en lóbulo pulmonar inferior izquierdo de 5x2 cm.; La tumoración descrita es sólida de 3,5 x2,5 cm de tamaño; Lesión en cuerpo-cola, de 1.8 X 2.5cm; y una tercera parietal izquierda de 4 x 3 cm; adenocarcinoma....de 3 x 3 cm; Voluminoso conglomerado adenopático que ocupa espacio carotídeo y latero-cervical izquierdo de 4 x 3.5 cm; Tumoración ovoide de contorno ligeramente irregular y con captación periférica de contraste de dimensiones similares a exploración previa, de 3,5 x 2,5cm (frase una vez más ambigua por la lejanía entre el objeto y su medida); Lesión ...que en la actualidad muestra unas dimensiones de 5 x 4,3 cm (cuya forma constructiva rompe la ambigüedad); Masa de 6 x 4.5 cm (en este mismo documento dice: imagen hipoecoica de 3.5 x 2.3 sin el símbolo de los centímetros); Lesión infiltrante en paladar duro derecho de 4 x 3 cm., Lesión expansiva renal de 6,5 x 4 cm, Lesión en pared torácica anterior 3.3 x 2.6 cm. En algún caso, se le añade el complemento “de diámetro”, como hemos visto anteriormente: nódulo palpable en mama derecha de 8 x 5 cm. de diámetro; masa con captación irregular y periférica, de 9,5x6,5 cm de diámetro; Lesión sólida de 3.5 x 2.5 cm. de diámetro; Masa axilar izquierda de 6 x 7cm de diámetro”.

A.3. Menos numeroso resulta el tercer grupo de construcciones que corresponde con la medida tridimensional:

“masa de 9x7x5 cm; masa pulmonar en LSI de 8 x 8 x 11 cm; Gran masa heterogénea en riñón izquierdo de 17 x 12 x 9.5 cm.; Lesión polipoide vesical en pared posterior lateral izquierda de 2 x 1.5 x 1.9 cm.; Glándula prostática aumentada de tamaño de 5 x 4,8 x 5 cm, de unos 65 g.; A nivel de piel, submandibular 2 quistes, uno en el lado izquierdo de 2 x 1 x 2 cm.; Y otro en el derecho de 0,5 x 0,5 x 1 cm.; Masa de 4 x 4 x 4 cm.; La de mayor tamaño con centro necrótico de 3 x 2 x 1 cm.; En polo superior de riñón derecho introduciéndose en seno imagen de masa de 4,5 x 5 x 7cm.”

Una muestra clara de la vacilación a la hora de elegir el tipo de medida lo ofrecen los documentos 390, 391 y 392 donde la masa se mide en tres dimensiones pero los nódulos aportan una y dos medidas: “masa de 5 x 3 x 5 cm. en la parte superior. Nódulo pulmonar de 0.7 cm. en lóbulo inf. dcho y nódulo pleural de 1 cm. Hígado con un nódulo de 1 x 2 cm. en lóbulo hepático dcho.”

Como variantes de este primer grupo formado por Sintagma Nominal + de + la medida, localizamos alguna forma que elimina la preposición: “Tumoración en cuerpo de páncreas 1 cm.; Imagen quística 1,8 cm; adenopatías... de gran tamaño ilíacas izquierdas 5 cm e inguinal izda 3 cm; masa en lóbulo hepático derecho 11 x 12 cm; Hepatomegalia 8 cm.; Lesión en pared torácica anterior 3.3 x 2.6 cm.” En algunos casos se facilita su lectura anotando la cifra entre paréntesis: “La masa en páncreas (4 cm); Formaciones verrugosas, algunas de gran tamaño (hasta 1x1 cms); (tamaño tumoral: 0.6 cm....)”.

Existe otra variante en la que el sintagma preposicional encabezado por la preposición “de” no depende del núcleo del sintagma nominal sino de la voz “tamaño” por lo que sería el único caso en el que se deja constancia de la estructura profunda de la frase, sin sufrir elisión: “La lesión que presenta un tamaño aproximado de 10x8x8 cm.” Similar a esta frase aunque sin especificar la cantidad exacta obtenemos: “imagen con masa en mama dcha., compatible con carcinoma con probable ulceración extendiéndose hacia la propia piel y alcanzando un tamaño no inferior a 6 x 4 cm.”

Por último, destaca la construcción formada por Sintagma Nominal + oración subordinada dentro de la cual se cita la medida; así, “múltiples fragmentos que en conjunto miden 0,5 x 0,4 cms.; imagen hipodensa que mide aproximadamente unos 4 cm de diámetro (en esta última se detecta un fenómeno redundante por la elección de dos recursos enumerados anteriormente: aproximadamente unos); Colección fusiforme..... Mide 11cm. de extensión craneocaudal por 4X2.5cm. de diámetro anteroposterior y transversal máximos”.

Hemos podido constatar que en los ejemplos anteriores se alude a la medida de un cuerpo sospechoso de producir una enfermedad: ‘nódulo’, ‘tumor’, ‘imagen’, ‘lesión’, ‘masa’, ‘pólipo’, ‘carcinoma’, ‘hematoma’, ‘metástasis’, ‘adenopatía’, ‘quiste’; sin embargo, en los documentos analizados se hace referencia a otro tipo de objetos medidos como pueden ser:

un órgano – “riñones en el lado izdo de 4,4 cm”- o un ventrículo –“hipertrofia ventricular izquierda ligera (espesor de paredes 1.18 cm)”-; o un colédoco –“Colestasis extrahepática hasta páncreas con colédoco de 1,8 cm”-;

una enfermedad propiamente –“hepatomegalia, aneurisma, úlcera, dilatación de las vías biliares intrahepáticas y del hepatocolédoco de 2 cm.”-;

una intervención como la gastrostomía donde lo que se mide es el tubo – “El día 6 se realiza recambio de la gastrostomía, colocando un sistema similar al que llevaba de 20 F. y 1,7 cm. de longitud; Recambio de la sonda de gastrostomía de 20 F a 4 cm” -, una prótesis –“prótesis metálica de 8cm, Una prótesis de 10 cms, Otra prótesis solapada de 6 cms., Prótesis biliar plástica de 9 cm de larga y 10 F., Prótesis plástica de 5 cm.- o la hiperdensidad en una tomografía”.

B- Como indicamos al principio, hay un segundo grupo en el que el símbolo se refiere al área y, por tanto, es una cifra elevada al cuadrado aunque recojamos algún caso sin ese cuadrado: “Válvula aórtica severamente calcificada con apertura restringida con área de 0,5 cm<sup>2</sup>, área cutánea inflamada de unos 10-12 cm de tamaño, en un área de 2X1cm.”

C- En tercer lugar, se halla el cm<sup>3</sup>, medida referida a los concentrados de hematíes y que encontramos en el documento 83 con el índice no sobrescrito sino con igual tamaño el símbolo y la cifra: “hemotransfusión de 800cm<sup>3</sup> de concentrados de hematíes”. No obstante, la forma habitual y más empleada para abreviar los centímetros cuadrados en nuestros documentos se escribe cc o cc. c.c. como vemos en la relación de las abreviaturas.

D- Un cuarto grupo corresponde al referido a la distancia desde un punto a un objeto: “hepatomegalia a 12 cm de apéndice xifoides; A 30 cm. pólipo de 1 cm.; otro de 2 cm. a 15 cm.; 3 pequeños pólipos a 70cm; neoplasia de sigma a 20 cm.” Muy habitual es citar la distancia en la colonoscopia que parte casi siempre del margen anal: “hasta 90 cm, hasta 20 cm., A 20 cm lesión, neoplasia a 10 cms de margen anal, A 30 cm del margen anal, A 35 cm del margen anal, A 97 cm de margen anal correspondiendo con transversal, A unos 3 cm de margen anal tumoración dura (con cantidad indefinida)“. Excepción es el documento 194: “Desde unión recto sigma hasta 50 cms.”

Por otro lado, en la gastroscopia, el límite se halla en la arcada dentaria: “tumoración irregular ulcerada desde tercio distal de esófago, a unos 35 cms de arcada dentaria; ... estenosis a 23 cm. de arcada dentaria; a 20 cm de la arcada dentaria y 4 del cricofaríngeo, compresión extrínseca”.

E- Finalmente encontramos alusiones a una última medida: la del flujo de la sangre que se mide en centímetros por segundo. “La velocidad picosistólica... es de 47.7 cmx’’ y la de carótida común derecha es de 69 cmx’’; la velocidad picosistólica...es de 80.7 cmx’’ y la de la carótida común izquierda es de 78.5 cmx’’; velocidad picosistólica de 38.2 cmx’’”

Desde el punto de vista pragmático, los apartados en los que encontramos el término centímetro son los siguientes (vid. anexo 7):

- 60 ejemplos en Pruebas complementarias: 9 sin especificar apartado, 21 en TAC, 9 en ecografía Doppler, 7 en colonoscopia, 1 en PET, 9 en resonancia, 2 en CPRE, 1 en endoscopia, 1 en ecocardiograma
- 34 casos en TAC
- 25 casos en Exploración física
- 17 casos en Historia oncológica: 11 sin apartado, 2 en resonancia, 3 en TAC, 1 en gastroscopia
- 9 casos en Ecografía
- 4 casos en Antecedentes personales: 2 sin apartado, 1 en ecocardiograma, 1 en colonoscopia
- 11 casos en PET, colonoscopia, resonancia
- 2 casos en Diagnóstico, Anatomía patológica: 1 sin apartado, 1 en colonoscopia
- 1 caso en cada uno de estos apartados: Pleuroscopia, gastroscopia, evolución, rayos, endoscopia, fibroscopia, broncoscopia

En resumen, es evidente que la medida de los centímetros aparece habitualmente en el apartado de Pruebas complementarias (41% de los casos). Si tenemos en cuenta que un gran número de apartados van encabezados por Pruebas complementarias, como TAC, PET, resonancia, colonoscopia, etc. el número se incrementa por lo que en un 75% de los casos los centímetros aparecen en las pruebas complementarias.



### 1.1.3. MILÍMETROS

En el caso de los milímetros la norma de que las abreviaturas de medida no deben llevar punto se infringe en 20 abreviaturas, un poco menos de la mitad de las existentes en los informes revisados y, una vez más, falta coherencia cuando se decide el símbolo que se va a utilizar; así, en numerosos documentos se emplean los símbolos con y sin punto: Cardiología: 161, Nefrología: 179, Oncología: 200, 287, 288

“AI DISCRETAMENTE DILATADA (43 MM.)/DILATACIÓN DE RAIZ AO (43 MM) Y AO ASCENDENTE (46 MM)/VI DE TAMAÑO LIMITE (57-58 MM DTD) CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DISCRETA (12 MM SEPTO Y PP): (161) [ecocardiograma]; carótida común derecha de 7.6 mm. de diámetro/imagen de aspecto ateromatoso al nivel de la misma que mide 2.8 x 1.1 mm./placa de ateroma de aspecto calcificado, que deja sombra posterior y que mide 5.8 x 3.6 mm: (179); dos lesiones hiperdensas nodulares localizadas en región parietal posterior izquierda corticales de 1 cm y de 4 mm de diámetro/lesión hiperecogénica milimétrica por debajo de 5 mm./lesión nodular lobar dcha de unos 62 mm de eje transversal máximo: (200); Adenopatías paratraqueales derechas de 65 mm/Derrame pericárdico de unos 15 mm. de grosor/...dilatación de radicales biliares intrahepáticos y de la vía biliar principal que mide 15 mm. (ambigüedad)/Masa quística tabicada en cuerpo pancreático de 50 x 50 x 45 mm: (287, 288)”.

La variabilidad de elección se incrementa cuando en un mismo documento varían incluso dos símbolos como centímetro y milímetro como en los ejemplos: Paliativos: 32, Medicina Interna: 33, 238, Oncología: 42, 200, 246, Cirugía: 85, 165, Digestivo: 86, 272

“Hematoma cortical de 3 cm. de diámetro/Imagen de lesión ocupante de espacio hipercaptante de 26 mm de diámetro (32); Aneurisma de ambas arterias iliacas comunes con un diámetro trasversal máximo de 8 cm en la derecha y 8.5 cm. en la izquierda/tumoración sólida de 38 mm (238); Lesión ocupante de espacio intra-parenquimatoso, en segmentos IV – VIII, adyacente a la bifurcación portal intra-hepática de aproximadamente 3.5 cm. de densidad homogénea/Lesión ..... que en la actualidad muestra unas dimensiones de 5 x 4,3 cm/tumoración única... de unos 5 cms./dos lesiones hiperdensas nodulares localizadas en región parietal posterior izquierda corticales de 1 cm y de 4 mm de diámetro/dos lesiones hiperdensas nodulares localizadas en región parietal posterior izquierda corticales de 1 cm y de 4 mm de diámetro/lesión hiperecogénica milimétrica por debajo de 5 mm./lesión nodular lobar dcha de unos 62 mm de eje transversal máximo (200); lesión hipoeoica en cabeza de 2 cms./imagen sospechosa de neoplasia de 1 cm en cabeza/Atrofia de cuerpo y cola de páncreas con calcificaciones con cabeza engrosada y heterogénea de 16 mm/Adenoma de suprarrenal izda de 21 mm (85); La lesión que presenta un tamaño aproximado de 10x8x8 cm./imágenes nodulares de un tamaño que oscilan entre los 5 mm y 24 mm (272)”.

Respecto a la falta de separación entre el número y la forma abreviada, se vulnera la norma en pocos ejemplos:

“Nódulo de contorno irregular inespecífico de 21 x 19mm (6, Neumología);

Tumoración pélvica..., de 100 por 66mm (62, Ginecología),

Vejiga con lesión en base hacia parte derecha de 31x26mm/ Dilatación de radicales intrahepáticos con colédoco de hasta 12mm (393, Cirugía),

Adenopatías axilar izquierda la mayor de 24mm/Colección de densitometría líquida de unos 50 x 40 x30mm/Adenopatías hiliares izquierdas y mediastínicas, en espacios paratraqueal derecho e izquierdo ventana aortopulmonar, espacio prevascular, retrocava pretraqueal preysubarinal de hasta 27mm/Lesión nodular de 30 x 25mm (396, Oncología) y, con vacilación, en Próstata de 47 x 43 x 41 mm/pequeño quiste simple, de 5 mm/pólipo en transversal de 2mm con pinza/pequeña lesión nodular...de unos 25 mm de diámetro (127, Infecciosas) y el eje mayor de tamaño 50mm/metástasis las mayores de ellas de 2 cm en LI y 24 mm en la cúpula hepática de LD (169, HAD)”.

Un derivado sin abreviar se emplea en el documento 382: “Pequeño nódulo milimétrico en LSI”

El documento 161 incluye varios símbolos en mayúsculas pero resulta razonablemente lógico ya que todo el párrafo con los resultados del ecocardiograma va en mayúsculas.

A diferencia de los centímetros, no hemos obtenido ningún resultado en número plural con -s que, como se indica arriba, rompe lo normativo.

Las variantes obtenidas al revisar los informes son: 44 casos de mm, 29 más con punto, en el mismo documento MM y MM., milímetros en el informe 19 y, como palabra derivada, se cita en el documento 173 la palabra milimétricas.

Según la estructura sintagmática y el significado se diferencian los siguientes grupos:

A. Medida de un nódulo o sinónimos: el núcleo del sintagma nominal es la palabra ‘nódulo’ o cualquier sinónimo de éste. Así, ‘lesión’ e ‘imagen’ aparecen 13 y 11 veces tanto en singular como en plural, por lo que son las más habituales; les sigue ‘masa’ (8 veces), ‘nódulo’ y su forma en plural (7 veces), ‘adenopatía’ o ‘adenopatías’ (6 veces), ‘tumoración’, ‘adenoma’ (3 veces), ‘quiste’ (3 veces) y, por último, ‘bocio’, ‘neoformación’, ‘pólipo’, ‘placa’, ‘metástasis’, ‘formación ganglionar’.

Los sintagmas de los que forman parte se ciñen a las siguientes estructuras:

A. 1. SN + de

Como ya hemos indicado, para expresar el símbolo se mide el ancho y el alto del objeto y se cita la medida mayor en la mayoría de los casos:

“una paraórtica derecha de 12 mm. y otras dos más pequeñas... de 6 mm. y otra..... de 8 mm. (42), Dos imágenes nodulares 1 de 15 mm. (311), de 24 mm (229), de 40 mm (287, 288), de 35 mm (159), de 50 mm (301), de 70 mm. (274, 275), de 38 mm (238), de 21 mm (85, 86), de 5 mm (127), de 2mm (127), Zona más heterogénea en su vertiente posterior de 41 x 22 x 30 mm (27), Dos imágenes nodulares de 11 y 15 mm (398), Su prarrenal izquierda de 28 mm (398) y con cifras aproximadas: de unos 13 mm (173), de unos 15 mm (311)”.

A veces se alude al tamaño o a la posición de los objetos medidos: “la de mayor tamaño...de 72 mm (42), El de mayor tamaño...de 23 mm de diámetro (165), La más anterior...de 16 mm de diámetro (33), La más posterior... de 22 mm de diámetro (33), las mayores de ellas de 2 cm en LI y 24 mm en la cúpula hepática de LD (169), por debajo de 5 mm (200), la mayor de 24mm (396), de hasta 27mm (396)”. Solo en un documento no se prescinde de citar el término “tamaño”: “de tamaño de 23 mm” (204). Asimismo, se comprueba que en algún documento se especifica que la medida corresponde al diámetro o al eje: “de 26 mm de diámetro (32), de unos 25 mm de diámetro (127), de 1 cm y de 4 mm de diámetro (200), de 40 mm. de diámetro (338), de unos 20 mm. de diámetro mayor (380, 381, 382), de 10 mm de diámetro (158)/de unos 62 mm de eje transverso máximo (200), que no superan los 13 mm. de eje transverso” (382).

Como una variante de esta estructura localizamos un ejemplo en el que en vez de dar la medida exacta se aporta el intervalo: “múltiples metástasis de localización cortico-subcortical frontoparietal de entre 5 y 15 mm” (246) y las variantes similares halladas en los documentos 272, 380, 381, 382: “imágenes nodulares de un tamaño que oscilan entre los 5 mm y 24 mm”, “Varias adenopatías con diámetros máximos entre 7 y 15 mm.”

Otras construcciones están formadas por el mismo grupo sintagmático pero con dos cifras en la medida correspondientes al ancho y al alto:

“Nódulo de contorno irregular inespecífico de 21 x 19mm (6), Masa hipoecoica de 42x30 mm (18, 19), Bocio multinodular de un tamaño de 98x54 mm (58), Tumoración pélvica en zona anexial ... de 100 por 66mm (62), quiste en riñón izquierdo de 122 x 99 mm (219), Nódulo bien delimitado ... de 22x22 mm (246), Dos imágenes nodulares 1 de 15 mm. a la dcha. del tronco celiaco y otra de unos 20 x 30 mm. (311), 2 lesiones ocupantes de espacio de 10 y 18 mm. (311), Masa submandibular izquierda de 40x25 mm (327), Masa submandibular izda. de 40 x 25 mm. (328), Lesión nodular de 30 x 25mm (396)” y alternando con la forma sin abreviatura en el documento 393: “Vejiga con lesión en base hacia parte derecha de 31x26mm/ Posible lesión pancreática hipodensa en cabeza de 24x24/ Proceso uncinado de 26x27”.

La prueba de la vacilación a la hora de escribir informes la trae el documento 360 donde alternan la medida de una cifra con la de dos: “Quistes de 25x20 mm en segmento VII y de 10 mm en segmento VI”.

Por último y con el mismo significado, aparecen medidas tridimensionales, expresadas con tres cifras; así, “dos lesiones intraaxiales ..., con un tamaño aproximado de 23 x 17 x 26 mm la situada más posterior, y 21 x 18 x 20 mm... la situada más anterior e superior (33), lesión, que presenta un tamaño de 81 x 98 x 149 mm (240), Nódulo pulmonar de 25 x 20 x 18 mm en LSD (246), Masa quística tabicada en cuerpo pancreático de 50 x 50 x 45 mm (287, 288), Colección de densitometría líquida de unos 50 x 40 x 30mm (396)”.

A.2. Gerundio + tamaño + de: “Masa ...que contacta con estructuras mediastínicas vasculares, siendo su tamaño de 60 x 47 mm” (14), “imágenes nodulares tenuemente captantes de contraste compatible con afectación metastásica hepática, presentando un tamaño de lesión localizada en segmento 4 de 51x40 mm” (204) Estas construcciones, además de incorrectas, conducen a una ambigüedad que da lugar a errores porque ¿Qué mide 60 x 47 mm la masa o las estructuras mediastínicas? ¿quién presenta un tamaño de 51 x 40 mm las imágenes nodulares o la afectación metastásica? La solución aclaratoria se basa en emplear la estructura que citamos seguidamente.

A.3. SN + oración subordinada: “imagen de aspecto ateromatoso al nivel de la misma que mide 2.8 x 1.1 mm.” (179), “placa de ateroma de aspecto calcificado, que deja sombra posterior y que mide 5.8 x 3.6 mm” (179)

A.4. Oración Simple: “Masa hilar que oblitera el bronquio del lóbulo superior y engloba a la arteria pulmonar derecha. El tamaño es de 80 x 60 mm” (287, 288). “Microcalcificaciones localizadas de mama derecha amorfas y con distimución segmentaria. Ocupa una superficie con el eje mayor de tamaño 50mm” (168, 169)

B. Órganos y partes del cuerpo: el núcleo del Sintagma Nominal hace referencia a una parte del cuerpo humano. Las estructuras de que se componen son las siguientes:

B.1. SN + de: “... y del colédoco. Éste de 16 mm (45), Próstata de 47 x 43 x 41 mm (127), Proceso uncinado de 26x27 (393), Su prarrenal izquierda de 28 mm (398), carótida común derecha de 7.6 mm. de diámetro/ carótida común izquierda de diámetro normal” (179), expresiones estas últimas que conducen al lector a la duda de qué se considera diámetro normal

B.2. SN + oración subordinada: “Mediastino aumentado de tamaño por aorta ascendente y torácica dilatada, que alcanza un diámetro de 46 mm” (124), oración que, una vez más, arrastra a confusión porque surge la indecisión de que si el mediastino aumenta de tamaño y la aorta está dilatada ¿Cuál de ellos alcanza un diámetro de 46 mm?

C. Dilatación o atrofia de un órgano: Atrofia como disminución del tamaño de un órgano por pérdida de masa y dilatación como aumento del calibre de un conducto, de un orificio o de una cavidad.

C.1. SN + de: “Atrofia de cuerpo y cola de páncreas con calcificaciones con cabeza engrosada y heterogénea de 16 mm” (85). En el documento 86 se incluye una oración con el mismo significado aunque, gracias a su estructura sintáctica, se aclara la ambigüedad presente en la anterior oración, en la que no sabemos qué mide 16 mm –el cuerpo y cola de páncreas o la cabeza-: “Atrofia de cuerpo y cola pancreática con algunas calcificaciones, la cabeza aparece ligeramente engrosada con una zona de aspecto hipodenso y heterogénea de 16 mm (86), hipertrofia prostática (53 x 44 x 47 mm) (183), Derrame pericárdico de unos 15 mm. de grosor (287, 288); Dilatación de radicales intrahepáticos con colédoco de hasta 12mm (393); ...dilatación de radicales biliares intrahepáticos y de la vía biliar principal que mide 15 mm.: (287, 288); Dilatación de vías excretoras de riñón izquierdo con contenido de alta densidad sugestivo de ser hemático y defecto de replección de contornos irregulares hipodenso en la pelvis renal de 30 x 35 mm.” (301), construcciones las dos últimas ambiguas ya que, en la primera no se sabe qué órgano mide 15 mm –los radicales biliares o la vía biliar- y en el segundo caso tampoco se percibe a quién corresponde la medida.

C.2. SN + medida: Curiosamente son varios los sintagmas que emplean esta estructura y en todos ellos además la medida va incluida entre paréntesis: “(apertura de sigmoideas 12 mm)” (151, entre paréntesis y sin destacar siquiera los dos puntos entre el Sintagma Nominal y la medida, forma que sería la correcta). En el ecocardiograma del documento 161 los ejemplos están escritos en mayúsculas tal vez por error ya que todo el apartado correspondiente al ecocardiograma está escrito en mayúscula: “AI DISCRETAMENTE DILATADA (43 MM.)/DILATACIÓN DE RAIZ AO (43 MM) Y AO ASCENDENTE (46 MM)/VI DE TAMAÑO LIMITE (57-58 MM DTD) CON HIPERTROFIA CONCÉNTRICA DISCRETA (12 MM SEPTO Y PP)” (161).

D. Pruebas médicas: “Eje ecográfico 24 mm (230), Eje mayor ecográfico 40 mm. Mamográfico 60 mm” (371).

La prueba de la tuberculina es una forma sencilla de saber si tenemos tuberculosis; la medición ha de hacerse en milímetros y si no se palpa nada se indicará 0 mm. El test consiste en inyectar antígenos a un organismo para comprobar si se ha producido contacto con la bacteria *Mycobacterium* o con la vacuna BCG pero sin dejar huella. La prueba será positiva según los siguientes parámetros: Pápula de más de 5 mm (pacientes infectados por VIH, contacto cercano con personas infectada por tuberculosis, radiografía de tórax que demuestre infección por tuberculosis, ingesta de esteroides y receptores de trasplante de órganos); Pápula de más de 10 mm (trabajadores del sector salud, habitantes de asilos, prisioneros, consumidores de drogas parenterales, pacientes con enfermedades que comprometen el sistema inmunológico); Pápula de más de 15 mm (todos aquellos pacientes que no están incluidos en los dos ítems anteriores): “PRUEBA DE LA TUBERCULINA: 23 mm” (244).

La velocidad de sedimentación globular (VSG) o eritrosedimentación es una prueba diagnóstica de laboratorio utilizada frecuentemente en medicina que consiste en medir la velocidad con la que sedimentan los glóbulos rojos o eritrocitos de la sangre, provenientes de una muestra de plasma sanguíneo (tratado con solución de citrato o con ácido etildiaminotetraacético (EDTA), en un periodo determinado de tiempo, habitualmente una hora: “VSG 6 mm/ en 1ª hora (3); VSG 1 mm en 1ª hora (6); VSG: 111 mm en la primera hora: (319) (a veces no se aporta la medida: VSG 100: 4)”

Por último, pragmáticamente se comprueba que en la mayor parte de los casos localizamos esta medida en el TAC, bien encabezado con la propia voz TAC, dentro del apartado Pruebas complementarias o en Historia oncológica. Seis frases con esta medida localizamos en nuestros informes en el apartado resonancia; otras pruebas que incluyen esta medida son la colonoscopia, la mamografía y la prueba de la tuberculina; los demás ejemplos se ubican en los apartados rayos, ecografía, ecocardiografía, ecocardiograma, ecografía Doppler. Finalmente, como casos esporádicos y únicos consta una vez en Hª oncológica, en motivo de ingreso y, quizá por error, en hemograma (vid. anexo 8).

#### 1.1.4. MILÍMETROS DE MERCURIO

Como ya hemos indicado, existe un organismo de normalización que se encarga de determinar cuál será la expresión gráfica de un símbolo y hacer que permanezca inalterable. En el caso que nos ocupa, la única escritura correcta para un símbolo compuesto como el de los milímetros de mercurio es mmHg, y no se permite su representación mediante la separación por un espacio en blanco de ambos componentes (\*mm Hg), la inclusión de una preposición entre ellos (\*mm de Hg) ni, lógicamente, la escritura del símbolo del mercurio con minúscula (\*mmhg). Sin embargo, comprobamos que solo en seis informes se emplea la forma correcta: “Registros de tensión arterial 120/40 mmHg (151), TA: 110/70 mmHg (66), TA: 117/61 mmHg (115), T.A. 120/60 mmHg (145), Registros de tensión arterial 120/40 mmHg (151), TA: 140/70 mmHg (240), TA: 110/80 mmHg (319)”.

El resto ofrece variantes como la forma separada con un espacio en blanco -mm Hg- que es la forma más común: “Escape tricuspideo de 24 mm Hg (6), Presión en arteria pulmonar: 34 mm Hg (6) T.A.s. 120 mm Hg; T.A.d 65 mm Hg; pCO<sub>2</sub> 34.0 mmHg; pO<sub>2</sub> 57.0 mmHg (181), escape tricuspideo de 30 mm Hg, presión en arteria pulmonar sistólica a 30-40 mm Hg (213), T.A.s. 100 mm Hg; T.A.d. 60 mm Hg (375), T.A.s. 166 mm Hg; T.A.d. 65 mm Hg (379), T.A.s. 132 mm Hg; T.A.d. 71 mm Hg (383), T.A.s. 136 mm Hg; T.A.d. 78 mm Hg (389), T.A.s. 114 mm Hg; T.A.d. 65 mm Hg” (395). Asimismo localizamos otras formas como aquella que termina en punto -mm Hg. presente en el documento 213-, con todas las letras mayúsculas MM HG-: “IT LIGERA CON GRADIENTE VD-AD DE 30 MM HG” (161), con el símbolo del mercurio en minúscula – mmhg-: “PSAP 45 mmhg” (7), o con una barra separadora -mm/Hg, mm./Hg-: “insuficiencia tricuspidea 2/4 con gradiente 36 mm/Hg (136), TA 90/60 mm/Hg (137), IT ligera con PPs de 30 mm./Hg” (148).

Una vez más la falta de rigor en la elección del símbolo demuestra que en un mismo informe podemos encontrar formas diferentes; así en el documento 181: en la introducción se escribe mm Hg “T.A.s. 120 mm Hg; T.A.d 65 mm Hg” mientras que en el apartado analítica hallamos la forma normativa: “pCO<sub>2</sub> 34.0 mmHg; pO<sub>2</sub> 57.0 mmHg.”

Finalmente, detectamos un error en la escritura del símbolo: “Mantiene cifras de tensión adecuadas (120-110/60-70 mlHg)” (179)

Pragmáticamente diferenciamos los siguientes usos:

- Para medir la tensión arterial: “TA 90/60 mm/Hg (137), T.A.s. 120 mm Hg; T.A.d 65 mm Hg (181), Registros de tensión arterial 120/40 mmHg (151), T.A.s. 100 mm Hg; T.A.d. 60 mm Hg (375), T.A.s. 166 mm Hg; T.A.d. 65 mm Hg (379), T.A.s. 132 mm Hg; T.A.d. 71 mm Hg (383), T.A.s. 136 mm Hg; T.A.d. 78 mm Hg (389), T.A.s. 114 mm Hg; T.A.d. 65 mm Hg (395), TA: 110/70 mmHg (66), TA: 117/61 mmHg (115), T.A. 120/60 mmHg (145), TA: 140/70 mmHg (240), TA: 110/80 mmHg (319)”.

- Para medir la insuficiencia tricuspídea: “insuficiencia tricuspídea 2/4 con gradiente 36 mm/Hg (136), gradiente de 40 mmHg (151), IT ligera con PPs de 30 mm./Hg (148), Escape tricuspídeo de 24 mm Hg (6), IT LIGERA CON GRADIENTE VD-AD DE 30 MM HG (161), escape tricuspídeo de 30 mm Hg” (213)

- Para medir la presión en arteria pulmonar: “Presión en arteria pulmonar: 34 mm Hg (6), PSAP 45 mmhg (7), presión en arteria pulmonar sistólica a 30-40 mm Hg (213), pCO<sub>2</sub> 34.0 mmHg; pO<sub>2</sub> 57.0 mmHg” (181). En cambio, en el documento 124 se omite el símbolo de la medida: “presión de arteria pulmonar de 22”

Dentro de los informes, este símbolo referido a la medida de tensión arterial se encuentra principalmente en el apartado Exploración física, casi siempre como primer ítem que se caracteriza y en otros informes lo localizamos en el encabezado previo al propio informe (debajo de los datos personales) diferenciando la tensión sistólica y la diastólica por lo que presentan una única cifra frente al caso de los que se enumeran en la Exploración física que son dos cifras separadas por una barra; por ejemplo “T.A.s. 136 mm Hg; T.A.d. 78 mm Hg” / “TA: 110/70 mmHg”. Por el contrario, cuando el símbolo alude a la insuficiencia tricuspídea lo hallamos en el apartado ecocardiograma (vid. anexo 9).

## 1.2. UNIDADES DE MASA:

### 1.2.1. MILÍGRAMOS

Una vez más, la norma de que las abreviaturas de medida no deben llevar punto se infringe en varios casos (vid. anexo 10): “DEXAMETASONA 4 mg.”: (33). Y, una vez más, falta coherencia cuando se decide el símbolo que se va a utilizar ya que en un mismo documento se eligen las dos formas (vid. anexo 10): “Maygace 160 mg./ Dacortin 30mg”:(20)

La misma fluctuación observamos con otros símbolos similares como mg. y mg/m<sup>2</sup> o mg. y miligramos o incluso mg., mg y mgs.:

“TEICOPLANINA 400 mg./ Taxol 175 mg/m<sup>2</sup> y Epirubicina 60 mg/m<sup>2</sup>”: (192)

“Augmentine 500 mg.; Amaryl 2 mg.; Norvas 10 mg.; Plavix 75 mg./ Seguril 40 miligramos.; Omeprazol 20 miligramos”:(151)

“Noctamid 1 mg., sertralina 50 mg./ Levofloxacino 400 miligrmos oral cada 24 h.”: (257)

“Sutent 50 mg.; CARDYL 10 mg./Sutent a dosis de 50 mg/día; DACORTIN 30 mg/ Sutent un comprimido de 50 mgs.”: (126)



La forma de la abreviatura en mayúsculas se presenta en los siguientes documentos: “FORTECORTIN 1 MG”: 110, “IBUPROFENO, 600MG/8H”: (153), “SEVREDOL 10 MG; SEGURIL COMP 40MG; ALPRAZOLAM 0, 5MG; DEXAMETASONA 4MG; DROAL COMP 10MG; OMEPRAZOL 20 MG; DOGMATIL 50MG”: (169), “ACFOL COMP, 5MG; SEPTRIN FORTE COMP800/160MG”: (318), “SEVREDOL 10 MG”: (386).

Nuevamente se presentan inseguridades respecto a mayúsculas y minúsculas: “Amiodipino 10 mg; Citalopram 20 mg/ ENALAPRIL 5 MG; OMEPRAZOL 20 MG; SEGURIL 40 MG”: (7, también vacilación entre mg y MG), “FEBRECTAL COMP. 650 MG.”: (45) y en el documento 22 con vacilación de las grafías mg y MG: “MASTICAL 1260 mg; CARDURAN NEO com 4 mg; ASTUDAL 5 mg; OMEPRAZOL 40mg; FUROSEMIDA 40 mg/2 ml/ FLUMIL sobres 200 MG; TARDYFERON 270 MG”

Por último, en el documento 181 obtenemos la grafía Mg que alterna en el mismo documento con mg: “Trinipatch 10 mg, Pentoxifilina 400 mg, Seguril 40 Mg, Norvas 5mg, Durogesic 25 mg/ NOCTAMID 1 mg”.

En dos documentos se emplea una grafía antinormativa como es mgr que en el número 58 vacila con otras grafías y se presenta con punto: “Lexatin 1.5 mg./Dilutol 5 mg/Omeprazol 20 mgr.”: (58); “Tranxilium 5 mgr; Plavix 75 mgr; Prevencor 20 mgr”: (161).

En nuestros informes se usa mayoritariamente la forma normativa, destinada tanto a formas singulares como plurales como vemos en:

“TRAMADOL 50 mg; ANAGASTRA 20 mg; DIAZEPAM 5 mg; DOLPAR 100 mg; FORTECORTIN 1 mg; NOCTAMID 1 mg: (1)

Atacand 16 mg; ATACANT 16 mg; NOCTAMID 1 mg: (14)

ATARAX -25 mg; LORACEPAN 1 mg; ACETIL CISTEINA 200 mg; HEMOVAS -400 mg; ADIRO -100 mg; OMEPRAZOL -20 mg; AVIDART -0,5 mg: (185)

Noctamid 1 mg; CIPROFLOXACINO 500 mg: (261)

Fortecortin 1 mg; Adolonta 50 mg; Noctamid 2 mg; Tegretol 200 mg: (316)

Loracepan 1 mg. a las 23 h. Loracepan hasta 4 mg.”: (370)

A pesar de ello, el antinormativo número plural con –s lo localizamos en algún documento tanto añadido a mg como al incorrecto mgr; así, del primer caso obtenemos en el documento 274 “tamoxifeno 20 mgs.” y en el documento 126 con grandes vacilaciones tanto en los puntos como en los plurales: “CARDYL 10 mg./ Sutent un comprimido de 50 mgs./DACORTIN 30 mg”. Respecto al segundo caso, en el documento 141 dice: “SINTROM “4” mgrs.”

En algunas ocasiones obtenemos la forma completa de la medida, sin abreviar, casi siempre sin acento: “tratamiento con Fluconazol 100 miligramos cada 24 horas”: (46) pero “Morfina 5 miligramos; MST 10 miligramos”: (50)/ “Rubifen 10 miligramos”: (52)/ “Tramadol 50 miligramos”: (139)/ “Seguril 40 miligramos; Omeprazol 20 miligramos”: (151, alternando con la forma abreviada) y con errata en 257 “Levofloxacino 400 miligmos oral”.

El resto de resultados referidos a la medida de la medicación son totalmente normativos, entre los que destaca el documento 16 en que se ofrece el equivalente en centímetros cúbicos: “630 mg cloruro mórfico + 35 mg Haloperidol; 10 mg de cloruro mórfico; Clexane 40 mg; Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) y si no cede 5 mg (1 cc) de midazolam subcutáneo; Atacand 16 mg; Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc)”.

Destacamos asimismo que, en ocasiones, la cifra de medida y el símbolo no tienen espacio de separación y, en todos los casos, fluctúan las formas con separación y las que no tienen como comprobamos en los siguientes ejemplos:

“Cardurán neo 4 mg; BICARBONTATO SODIO comp 500 mg; MASTICAL 1260mg; LEXATIN 1.5 mg; CASODEX 50 mg; TARDYFERON 270 mg: (4)

PREDNISONA 10 mg, posteriormente 5mg; CARBAMACEPINA 300 mg; SUTRIL NEO 10 mg; PARAPRES 16 mg: (142)

Omeprazol 20 mg, Diafusor 10 mg, Cozaar 50 mg, Acetilcisteína 200 mg, Amaryl 2 mg, Dacortin 30 mg; Amaryl 2 mg; Diacepam 5mg 1c/ Sevredol 10 mg 1 c: (150)

moxon 0.2 mg, Fortecortin de 1mg: (177)

HEMOVÁS 400mg; DIAFUSOR 10mg; ADIRO 100 mg; REXER 30mg; OMEPRAZOL 20 mg; COLCHIMAX 0,5 mg”: (182)

Resalta el documento 20 en el que la forma con punto lleva separación y la forma normativa va unida: “Maygace 160 mg.”/ “Dacortin 30mg” y esta alternancia destaca en el documento 181 donde de nuevo la forma que va unida no lleva punto: “Trinipatch 10 mg, Pentoxifilina 400 mg, Seguril 40 Mg, Norvas 5mg, Durogesic 25 mg”/ NOCTAMID 1 mg.”

También es muy habitual la falta de separación cuando la abreviatura va en mayúsculas: “IBUPROFENO, 600MG/8H”: 153/ “SEVREDOL 10 MG; SEGURIL COMP 40MG; ALPRAZOLAM 0, 5MG; DEXAMETASONA 4MG; DROAL COMP 10MG; OMEPRAZOL 20 MG; DOGMATIL 50MG”: 169/ “ACFOL COMP, 5MG; SEPTRIN FORTE COMP800”/”160MG”: (318).

Como veremos más adelante, resulta habitual indicar además de la medida de la medicación la frecuencia de la toma; así “heparina de bajo peso molecular a 60 mg/12 horas”: 23; “Dexametasona 5 mg/12 h” (28); “Dexametasona 4 mg/8 horas; Depakine 500 mg/8 horas; Neosidantoína 150 mg/ 8 horas; Omeprazol 20 mg/24h” (284) y, como viene siendo muy común, alternar diversas formas en un mismo documento –en este caso aquellas que indican la frecuencia de toma con las que no lo hacen-. Esta diversidad no viene motivada por el apartado en el que van insertas dichas medidas ya que se da el caso de encontrar vacilaciones en un mismo fragmento del documento como sucede en: 187, 106, 207, 238, 244, 252:

“Trinipatch 10 mg, Orfidal 1 mg/24 h.” (187), “Manidon Retard 180 mg 1/24h; Enoxaparina 20 mg” (106), “a base de 1mg/24h de Risperidona; Risperdal 3 mg; Tranxilium 15 mg” (207), “Isodiur 5 mg, Hemovas 600 mg; Hemovas 600 mg; Isodiur 5 mg; Clexane 40 mg/24 h sc” (238), “Omeprazol 20 mg/ 1 comp/día; OMEPRAZOL 20 mg” (244) y “TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h); Seroxat 20 mg/día; Fortecortin 1 mg” (252).

A veces se indica que la toma es diaria: “Proteinuria 950 mg/día”: (4); “Omeprazol 20 mg/día”: (32); “Sutent a dosis de 50 mg/día”: (126); “Seroxat 20 mg/día”: (252).

Para otras formas correctas de miligramos vid. anexo 10.

Contextualmente se comprueba que todas las medidas van referidas a la medicación excepto algún caso que mide la proteinuria: “proteinuria 950 mg/día” (4), “proteína en orina de 24 horas: 336 mg” (7). Por tanto, a nivel pragmático observamos que esta medida se localiza en dos apartados: al finalizar los Antecedentes personales y en Tratamiento. Además, la aparición en este último apartado conlleva que, en ocasiones, aparezca en negrita “**Tamoxifeno 20 mg**”: (272), entrecorinado “**LORMETAZEPAN “1 mg**”: 183, subrayado “SEVREDOL 10 MG; SEGURIL COMP 40MG”: 169 o en mayúsculas “SEPTRIN FORTE COMP800/160MG”: (318).

Las formas resultantes que se han recogido son: mg tanto para singular como plural, en 89 informes, con punto en 55 casos más; otras formas abreviadas son: Mg, mgr., mgr, mgrs., mgs., MG, MG. Por el contrario, en un documento se recoge la forma plena con acento ‘miligramos’ y en cinco sin acento, además del error del que ya hemos hablado: miligrmos.

Con alusiones a la frecuencia recogemos las formas: mg/día, mg 1/ 24h., mg/24 h., 1 mg/ 24 h, mg. Subcutáneos cada 24 h., 10 mg cada 24, 4 mg/12 h., mg/12 h., MG/ 12 H, mg/ml: 22

Finalmente, para miligramos por metro cuadrado se atestigua: mg/m<sup>2</sup> en dos informes y mg/m<sup>2</sup> en cinco informes: “Cisplatino 100 mg/m<sup>2</sup> día 1 + 5 Fluorouracilo 1000 mg/m<sup>2</sup>”.

### 1.2.2. MILÍGRAMOS POR DECILITRO

La mayoría de las veces lo encontramos en las Pruebas complementarias aunque, lo más común, es que no se cite la medida dejando solo la cifra.

Las abreviaturas que se constatan de esta forma acompañan a parámetros de la analítica, en bastantes casos con las dos posibilidades más habituales: mg/dl y mg/dL (creatinina, urea, ácido úrico, bilirrubina, proteínas, IgG)

“Cr al alta 4,2 mg/dl; Cr 4,66 mg/dl; Cr 6.7 mg/dl; creatinina 10.25 mg/dl; creatinina de 8.5 mg/dl; creatinina 8.5 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias] / “Creatinina 1.79 mg/Dl” (73) [pruebas complementarias, analítica]

“urea 172 mg/dl; urea 311 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias]/ “Urea 67 mg/dL” (73) [pruebas complementarias, analítica]

“ácido úrico 8.2 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias]/ “A. Úrico 1.8 mg/dL” (137) [exploraciones complementarias]

“bilirrubina 0.6 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias]/ “Bilirrubina total 2.3 mg/dL; Bilirrubina directa 1.4 mg/dL” (73) [pruebas complementarias, analítica]

“Proteínas 30 mg/dl” (6) [pruebas complementarias]/ “Proteínas 30 mg/dL” (261) [analítica, orina]

“IgA 516 mg/dl” (179) [analítica y pruebas complementarias]/ “Tipo IgG cuantificada en 2200 mg/dL; cadenas ligeras tipo lambda (143mg/dL)” (7) [antecedentes personales y pruebas complementarias]

No obstante, resulta muy común también la presencia únicamente de la forma mg/dl como ocurre en los parámetros de glucosa, triglicéridos, colesterol, calcio, fósforo, albúmina, transferrina, fibrinógeno, hemoglobina, sodio, potasio: “Glucosa 105 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias], “triglicéridos 82 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias], “colesterol 75 mg/dl” (298) [analítica], “calcio 7.7 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias], “fósforo 6.6 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias], “albúmina 3.3 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias], “transferrina 123 mg/dl” (4) [antecedentes personales y pruebas complementarias], “Fibrinógeno 455 mg/dl” (6) [pruebas complementarias], “Hb al alta 10 mg/dl” (12) [pruebas complementarias], “Sodio 134 mg/dl” (143) [pruebas complementarias, laboratorio], “Potasio 4.9 mg/dl” (143) [pruebas complementarias, laboratorio].

En ocasiones, la medida se escribe entre paréntesis: “creatinina 3.03 (mg/dl)” (47) [analítica]; “Proteinuria (50mg/dl)” (141) [analítica]; “Proteinuria 10 (mg/dl)” (183) [pruebas complementarias, analítica],

La fosfatasa alcalina lleva como unidad de medida mg/dL: “F. Alcalina 342 mg/dL” [pruebas complementarias, analítica] y el hierro solo Mg/dl: “Hierro 19 Mg/dl” (6) [pruebas complementarias] mientras que la prednisona rige mg/d que podríamos pensar que es sinónimo de los anteriores pero realmente significa miligramos al día: “prednisona 10 mg/d” (249) [antecedentes personales] “prednisona 10 mg/d (?)” (250) [antecedentes personales: es miligramos al día, pero conduce a error; aquí incluso con la duda de la interrogación].

Las vacilaciones en el uso de esta medida se comprueban claramente en el documento 179 en que para el parámetro Creatinina se usan distintas abreviaturas de la unidad de medida que estamos mencionando: “creatinina entre 1.5-1.7 mg/dl; creatinina 1.5 mgr/dl; cifras de creatinina de 1.8 mg/dl” [analítica y pruebas complementarias]; asimismo, el parámetro BMT ofrece distintos resultados de símbolos de medida -MG/DL, mg/dl y miligramos por decilitro-: “BMTTest 180 mg/dl” (383) [pruebas complementarias], “BMT: 111 MG/DL” (48) [exploración] y la forma plena “BMTS: 226 miligramos por decilitro” (233) [exploración por aparatos].

La medida de la proteína C reactiva se escribe mg/l o mg/L, presente en tres de nuestros documentos: “Proteína C Reactiva 312.0 mg/L” (181) [analítica], “proteína C reactiva: 6 mg/l” (319) [pruebas complementarias], “Proteína C Reactiva 78.0 mg/L (0.0 – 10.0)” (395) [pruebas complementarias]. Finalmente, se emplea esta última forma también para la urea y la IgG: “Urea 85 mg/L” (137) [exploraciones complementarias], “Beta-2-microglobulina (suero) 4.0\* [1.42-3.21] mg/L” (122) [más adelante sin los símbolos de medida] [pruebas complementarias].

### 1.2.3. MICROGRAMO

El microgramo es una unidad de masa del SI que equivale a la milmillonésima parte de un kilogramo ( $10^{-9}$  kg) o a la millonésima parte de un gramo ( $10^{-6}$  g). Se abrevia habitualmente como  $\mu\text{g}$ , aunque organizaciones como Joint Commission recomiendan la utilización de la abreviatura mcg en vez de la anterior, por el riesgo de confusión de la letra griega con una m, resultando en una dosis mil veces mayor. Esta unidad de medida anteriormente también era llamada gamma (símbolo  $\gamma$ ), nombre y abreviatura actualmente obsoleta; la cual era usada como sinónimo de microgramo, pero que aún es utilizada en algunas ocasiones por la industria farmacéutica y en la medicina.

El microgramo se emplea en los análisis químicos cuantitativos para medir la pequeñísima cantidad de componentes que tiene una pequeña muestra. El aparato encargado de medir los microgramos es una balanza analítica diseñada para ello, e igualmente dependiendo del tipo de muestra, se utiliza un equipo espectrofotómetro.

El microgramo en ocasiones se abrevia como micra, aunque el diccionario de la RAE solo recoge el significado de micrómetro

Hay que llevar cuidado en la utilización de este símbolo ya que, en ocasiones, se puede confundir con mg como sucede en nuestros informes: “parche Fentanilo 50 mg”: 29 (lo correcto sería: “parche Fentanilo 50 microgramos”).

Los resultados obtenidos se ciñen a mcg, mcg/ml, mcg/72 h., µg/d y microgr.: “ROCALTROL caps. 0,25 mcg” (4) [tratamiento], “Niveles de Fenitoína 20,1 mcg/ml y de Valproato 64 mcg/ml” (32) [pruebas complementarias], “Fentanilo 100 mcg/72 h.” (16), “hierro 47 µg/d” (4) [análisis clínicos y pruebas complementarias] y “Tratado en el momento actual con Transtec de 70 microgr.” (248) (luego sin la medida) [enfermedad actual].

Microgramos abreviado como ug se utiliza cuando la concentración o la cantidad de analito es muy pequeña; así, la equivalencia entre estos es la misma... 1ug=0.00001g =1mcg: “Hierro 42 ug/dl”: 181.

#### 1.2.4. NANOGRAMOS POR DECILITRO o POR MILILITRO

Nanogramos por decilitro responde a las formas ng/dL, ng/dl: “T4 libre 1.21 ng/dl” (4), “T4 Libre 1.86 ng/dL” (137) y por mililitro lo encontramos con tres formatos: ng/mL, ng/ml y ηg/ml: “Ferritina 623 ηg/ml” (4), “Ácido fólico 5.8 ng/ml” (4), “Nivel de Ferritina 126 ng/mL” (158), “Troponina T 0.12 ng/mL” (181), “CEA 65.1 ng/ml” (18, 19), “Alfa fetoproteína 4.2 ng/ml” (18, 19).

#### 1.2.5. PICOGRAMO POR MILILITRO O POR DECILITRO

La abreviatura de picogramo en nuestros informes es pg y la localizamos en tres documentos: “HCM 28.5 pg” (181), “HCM 27.7 pg (27.0-34.0)” (363), “HCM 29.4 pg (27.0-34.0)” (389). Sin embargo, se encuentra también en las formas compuestas con por mililitro: pg/mL, pg/ml: “proBNP 4443.0 pg/mL” (181), “307 pg/ml; 2000 pg/ml”, “PTH 307 pg/ml”, “Vitamina B12 2000 pg/ml” (4) y por decilitro: pg/dL: “Hierro 13 pg/dL” (137), “Hierro 23 pg/dL” (158).

#### 1.2.6. GRAMOS

Aparte de la forma plena, localizada en dos ocasiones –“PARACETAMOL 1 gramo” (182) [tratamiento], “AUGMENTINE 1 gramo” (240) [tratamiento]-, una vez más la abreviación normativa se incumple ya que lo correcto es el símbolo ‘g’ localizado solo siete veces en nuestros informes: “Dieta de 40 g proteínas” (22) [tratamiento]. Por el contrario, atestiguamos otras formas incorrectas como ‘gr’ “EFFERALGAN 1 gr cada 8 h” (9) [tratamiento], ‘gr.’ “Paracetamol 1 gr.” (20) [tratamiento], ‘GR’ “PARACETAMOL 1 GR. SI DOLOR” (7) [tratamiento], ‘g.’ “Enolismo de unos 40 g. de alcohol al día” (49) [antecedentes personales], G “PERFALGAN 1 G oral” (22) [tratamiento] y el plural grs, empleado correctamente en el documento 127: “con un peso de 43 grs” [ecografía] pero incorrecto en 136: “PARACETAMOL 1 grs” [recomendaciones terapéuticas].

En bastantes documentos se comprueba que alterna formas distintas; así vemos las variaciones en los siguientes documentos:

“Urea 11 gr/24h” [análisis clínicos y pruebas complementarias]; “Dieta de 40 gr proteínas sin sal” [tratamiento]; “EFFERALGAN 1 g. si dolor” [tratamiento]; “hemoglobina 8.9 g/dl; HDL colesterol 55 g/dl; proteínas totales 6 g/dl” (4, análisis clínicos y pruebas complementarias)

“Tazocel 4 g ev/8h” [evolución]; “Perfalgan 1 g EV/8; Vancomicina 1g EV /12 h.; Tazocel 4g EV /8h” [tratamiento]; “Hb 6,4 g/dl” (121, exploraciones complementarias)

“Hb 8’9 g/dl” [analítica]; “Hb 9.6 g/dL; CHCM 32.3 g/dL” [analítica]; “Proteínas totales 5.7 gr/dl; Albúmina 2’9 gr/dl; CHCM 32’2 gr/dl” [analítica]; “cifra de albúmina en sangre de 2’9 gr/dl” (181, comentarios)

“Bebedor moderado 20 gr/día” [antecedentes personales]; “Proteínas totales 6.5 gr/dl” (298, analítica)

“Tazocel 4 g I V cada 8 horas” [tratamiento]; “Hemoglobina 12.9 g/dL (13.5 – 17.5); CHCM 33.9 g/dL (32.0 – 36.0)” (363, pruebas complementarias, analítica)

Los contextos en los que se inscriben se ciñen al apartado Tratamiento cuando va referido a fármacos “Omeprazol 20 gr” (161), “NUTRILIS NUTRICIA 225 GR.” (283), “PARACETAMOL (D.O.E.) – 1 g – VO” (169); en los Antecedentes personales si alude al alcohol consumido o al peso “con un peso aproximado de unos 60 gr” (183), “Bebedor de 40 gr. de etanol al día” (54) [antecedentes personales]; en la Analítica cuando alude a cualquier parámetro de esta prueba como son la urea, la albúmina, las proteínas, la gammaglobulina y la hemoglobina. Respecto a esta última, vemos cómo alternan formas diferentes: “hemoglobina glicosilada 8.7 gr%” (179), “una Hb de 10.5 gr/dL” (262), “hematíes con gr. de hemoglobina” (103), “Hb 13,2 g.” (242), “hemoglobina 10.2 g/dl” (22), “Hb 8.4 g/dL” (359), “Hemoglobina 11,5 gr/dl” (278).

### 1.2.7. KILOGRAMO

Siempre con el mismo significado y localizado, sobre todo, en los apartados Enfermedad actual o dentro de la Exploración como un dato más junto a la TA, obtenemos como variantes gráficas: kg., kg, Kg, Kg. y el plural kgs.: “perdida de peso de aproximada mente 10 kg en los últimos 4 meses” (18) [enfermedad actual], “perdida de peso de 8 kg.” (7) [enfermedad actual] y “Peso: 73.3 kg” [exploración física] en el mismo documento, “peso: 55 Kg.” (319) [exploración física], “ha perdido 3-4 Kg de peso” (14) [antecedentes personales] y en plural “con pérdida de 2 ó 3 Kgs. de peso” (158) [enfermedad actual]

### 1.3. UNIDAD DE VOLUMEN:

#### 1.3.1. LITRO

Para evitar confusiones con el número 1 se puede escribir en mayúsculas el litro L. El uso de una letra ele minúscula ovoide en la parte superior y abierta en la porción inferior; así: "ℓ", no está reconocido por el Comité Internacional de Pesos y Medidas que, en todo caso, recomienda que los resultados de mediciones precisas de volumen se expresen en unidades del Sistema Internacional y no en litros.

Se registran dos formas abreviadas –l y lt- y, a pesar de que la norma lo permite, no se escriben en ningún caso con mayúsculas. Contextualmente, se refieren a los litros de oxígeno y, en el primer caso, a los de alcohol también; asimismo, de la primera abreviatura obtenemos grafías con y sin punto: “bebedor de 1 l de vino más 1 copa al día” (34), “Posteriores controles en gafas nasales a 2 l.” (66) y en el mismo documento sin punto “Gafas nasales a 2-3 l”; “O2 domiciliario a 2lt” (116). Por otro lado, resulta más común la presencia de la forma plena, tanto en singular como en plural, referida a los mismos contextos: “Bebedor de medio litro de vino al día” (83) [antecedentes personales], “Exbebedor de 1 a 1 y ½ litros de vino al día” (279) [antecedentes personales], “SaO2 89% con oxígeno a 4 litros” (9) [exploración].

En el caso de la medida del oxígeno se puede decir que se produce una elipsis ya que los ejemplos encontrados se consideran sinónimos de las formas referidas a litros por minuto. A este respecto, se aprecia una enorme diversidad en los resultados obtenidos:

- ✓ litros por minuto: “Saturación de O2 90% con O2 a 1,5 litros por minuto” (135), y en singular con error en el plural de ‘minutos’: “gafas nasales a 1 litro por minutos” (134)
- ✓ litros/ minuto: “Oxigenoterapia Domiciliaria a un flujo de 2 litros/minuto” (80) [tratamiento]
- ✓ litros x’: “Saturación de oxígeno 96% a 2 litros x” (39) [exploración física, pero Auscultación Cardíaca: tonos rítmicos a 96x’ y ritmo sinusal a 100x’]

Existe un grupo de abreviaturas que conducen a error de interpretación ya que pueden significar lo mismo ‘litros por minuto’ que ‘latidos por minuto’:

- ✓ L/m: “gafas nasales a 2 L/m durante unas 18 horas/día” (141), “O2 2 L/m” (183)
- ✓ LXM: “O2 SONDA NASAL A 2 LXM DURANTE 24H” (14)
- ✓ l/ min.: en nuestros informes se localiza siempre con el significado de litros por minuto: “Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min” (181) [tratamiento], “gafas nasales a 1,5-2 l/min durante unas 16-18 horas/día” (66), “O2 a 2 l/min.” (150) [antecedentes personales-tratamiento]



- ✓ lpm: “Oxígeno domiciliario a un flujo de 2 lpm” (6) pero “FC: 86 lpm” (4) (latidos por minuto, exploración); “ritmo sinusal a 80 lpm” (4) (latidos por minuto, electrocardiograma); “Sat basal a 91% (98% con O2 a 2 lpm)” (litros por minuto, exploración), “FC: 86 lpm” (22) (latidos por minuto, exploración seguido del anterior); “FC 80lpm” (latidos por minuto, exploración), “SatO2 a 2lpm” (litros por minuto, exploración), “Oxigenoterapia domiciliaria a 2lpm” (182) (litros por minuto, tratamiento)
- ✓ l.p.m.: “Oxígeno a 2 l.p.m.” (5) [antecedentes personales-tratamiento]; el resto de los casos significa siempre ‘latidos por minuto’: “Tonos rítmicos 80 lpm” (2), “Ritmo sinusal a 69 l.p.m.” (6) [ECG] (en el mismo texto RsCsRs 80 p.m.)
- ✓ lmp: forma errónea en la que se conmutan dos letras: “OXÍGENO EN GAFAS NASALES a 2 lmp” (311) (error, litros por minuto, tratamiento)
- ✓ lx': solo con el significado de ‘latidos por minuto’: “FC: 118 lx” (287) [exploración]

### 1.3.2. MILILITROS

Las formas más comunes son la normativa ml tanto referida al singular como al plural y su correspondiente con punto –más habitual incluso que la normativa–: “Micefrono 1 ml cada 8 h” (187) [antecedentes personales-tratamiento], “FVC 2.980 ml (88%), FEV-1 1.620 ml (65%), FEV-1/FVC 54%. FVC 3.000 ml (90%)” (6) [espirometría], “FORTICARE 30 briks de 125 ml.” (147) [tratamiento]. Otras abreviaturas son: ML “FEV-1 1.450 ML (58%)” (6) [espirometría], mL “Aumento de la Leucocitosis (hasta 90.000/mL)” (359) y mml “Risperidona 2 mml” (370) (tratamiento).

Finalmente, en el mismo documento se atestiguan dos errores en el empleo de la medida ya que son elementos sólidos: “Dicha masa presenta un tamaño de 62 x 38 ml” (124) [TAC] y “Hipertrofia lipomatosa del septo interauricular que respeta el foramen oval de 19 ml de espesor” (124) [ecocardiograma].

Pragmáticamente, se localizan estos símbolos en espirometrías (FEV, FVC), para leucocitosis, para la medida de una masa “Dicha masa presenta un tamaño de 62 x 38 ml” (124) [TAC], para líquidos como la orina, el originado en un derrame pericárdico, el líquido ascítico “Derrame pericárdico posterior de escasa cantidad localizado (4 ml)” (124) [ecocardiograma], “Emite 1.600 ml de orina” (379) [evolución], “paracentesis evacuadora de 4500 ml. De líquido ascítico” (214, 223) [evolución] y, lo más común, para los fármacos junto con las formas ml/hora (y sus variantes ml/24h, ml/h): “Mycostatin 5 ml/24h” (150) [tratamiento], “Clinutren diabetes 220 ml/24h” (150) [tratamiento], “INFUSOR DE 7 DÍAS SC (2 ml/h)” (16) [tratamiento].

Para el aclaramiento de creatinina, se emplea ml/minuto (o ml/min.): “Aclaramiento de creatinina 4 ml/min.” (4) [pruebas complementarias, orina], “Aclaramiento de creatinina 50 ml/min.” (122), “Aclaramiento de creatinina 57 ml/minuto” (58) [pruebas complementarias].

Una de las tres técnicas comercializadas para medir la carga viral es el Amplicor RNA de Roche. Mide la cantidad de moléculas RNA del VIH en plasma que también se puede usar en otros líquidos biológicos. La carga viral se mide en copias por ml (indetectable menos de 20 ó 200 copias, baja menos de 5.000 copias, alta más de 30.000-60.000 copias, muy alta más de 100.000 copias), pero dado que nos movemos en cifras potencialmente muy altas también se puede expresar el resultado en logaritmos decimales. Así ocurre en el documento 319 donde se incluye la medida en copias/ml y su resultado en decimales: “RNA VIH: 270.000 copias/ml log 5,43.” [pruebas complementarias].

1.3.3. Distinto es el símbolo de los MICROLITROS, presente de manera excepcional en tres analíticas de nuestros documentos –con grafía mayúscula en dos de ellos y el otro con minúscula- para la medida de algunos parámetros:

“Neutrófilos 74.1 % (40.0 – 74.0), 7.4 x1000/  $\mu$ L (1.9 – 8.0); Linfocitos 15.5 % (19.0 – 48.0), 1.6 x1000/  $\mu$ L (0.9 – 5.2); Monocitos 9.6 % (2.0 – 13.0), 1.0 x/  $\mu$ L (0.16 – 1.0); Eosinófilos 0.2 % (0.0 – 7.0), 0.0 x1000/  $\mu$ L (0.0 – 0.7); Basófilos 0.6 % (0.0 – 2.5), 0.1 x1000/  $\mu$ L (0.0 – 0.2); Hematíes 3.51 millón/ $\mu$ L (4.0 – 5.5); Plaquetas 238.0 x1000/  $\mu$ L (150.0 – 425.0); Leucocitos 10.0 x1000/  $\mu$ L (4.0 – 11.0)” (389)

Neutrófilos (s. periférica) 86.2 % (40.0 – 74.0); Neutrófilos (s. periférica) 8.4 x1000/  $\mu$ L (1.9 – 8.0); Linfocitos (s. periférica) 12.5 % (19.0 – 48.0); Monocitos (s. periférica) 0.9 % (2.0 – 13.0); Monocitos (s. periférica) 0.1 x1000/  $\mu$ L (0.16 – 1.0); Hematíes (s. periférica) 3.76 millón/ $\mu$ L (4.5 – 6.0) (395)

“Leucocitos células/ $\mu$ l; Hematíes células /  $\mu$ l” (181)

#### 1.4. OTRAS UNIDADES

MILIEQUIVALENTE: mEq (química). Milésima parte del equivalente. Unidad empleada en Biología para representar la concentración iónica de una solución. La expresión en miliequivalentes de una concentración iónica conocida en peso se obtiene dividiendo el número de miligramos por litro por el peso atómico del ion y multiplicando el resultado por la valencia de ese ion. Ello permite el estudio del equilibrio entre los iones ácidos y básicos de los líquidos.

Solo tres resultados se recogen en los informes, referidos al cloruro sódico, sodio y potasio: “potasio 3 (miliequivalentes/l)” (179), “Sodio 132 mEq/l” (32), “2000cc más 30 miliequivalentes de CLK en cada 1000” (363) (tratamiento)

UNIDAD DE ACTIVIDAD ENZIMÁTICA: Una unidad de actividad enzimática (símbolo U) es la cantidad de enzima que en una reacción enzimática cataliza la conversión de 1  $\mu$ mol de sustrato por minuto. Se utiliza también en combinación con otras unidades (U/mg de proteína o U/mL) para señalar, respectivamente, la actividad enzimática específica o la concentración de actividad enzimática.

Las formas obtenidas para las unidades por mililitro son: U/ml: “CA 19.8 10.8 U/ml” (18, 19) [analítica, marcadores tumorales], “CA 19.9 (ultimo control 752 U/ml)” (181); UI/ml: “Anti-dsDNA 31 UI/ml”: 280 (estudio inmunológico); u/mL: “CEA: 41.032 u/mL”, “CA 19.9: 2.769 u/mL”, “Alfafetoproteínas 40.465 u/mL”: (158) [analítica].

Y para las unidades por litro: U/L: “GGT 195 U/L” (73), “GOT 59 U/L”, “GPT 101 U/L”, “F. Alcalina 147 U/L”: 137 (analítica); “LDH 505 U/L”, “GOT/AST 10 U/L”, “GPT/ALT 11 U/L”: 359 (exploraciones complementarias) y u/l: “Fosfatasa alcalina: 380 u/l”, “GGT 179 u/l” (319) [pruebas complementarias].

En farmacología, la Unidad Internacional (UI, abreviada alternativamente IU -del inglés International Unit-) es una unidad de medida de la cantidad de una sustancia, basada en su actividad biológica mediada (o sus efectos). Es usada para vitaminas, hormonas, algunas drogas, vacunas, productos sanguíneos y sustancias biológicamente activas similares:

- ✓ U/I: En las analíticas “LDH 374 U/I; GOT 28 U/I; GPT 32 U/I; GammaGT 250 U/I” (18), “LDH 1068 U/I.” (121, exploraciones complementarias); “GOT 12 U/I, GPT 6 U/I, GammaGT 6 U/I, Fosfatasa alcalina 42 U/I”: (4); “LDH 323 U/I” (22); “Fosfatasa alcalina 319 (U/I)” (47); “F. Alcalina 91 U/I” (181); “GPT 10 U/I” (181); “F. Alcalina 71 U/I” (298); “Amilasa 27 U/I” (298)
- ✓ UI con un medicamento: “Neorecormon 4000 UI sc”, “NEORECORMON 6000 UI JER” (4, tratamiento), “NEORECORMON 4000UI jer”: (22, tratamiento), “Bemiparina 3.500 UI subcutáneos” (43, analgesia), “Bemiparina 3.500 UI subcutáneos” (160, analgesia), “Bemiparina 3.500 UI subcutáneos” (254, analgesia)
- ✓ ui: “Lantus 14 ui” (379, antecedentes personales, tratamiento)
- ✓ und. Internacionales: “Eritropoyetina 10000 und. Internacionales” (365, tratamiento)

Para expresar las ‘unidades’ en ocasiones se utiliza la forma plena; sin embargo, registramos también la abreviatura U como ya vimos en el apartado de abreviaturas: “Insulina Lantus 40 Unidades” (15, 16) [H<sup>a</sup> oncológica], “INSULINA LEVEMIR 20 unidades en desayuno” (23) [tratamiento], “Levemir 20 unidades en desayuno” (23) [evolución] “Trasfusión de 2U” (22) [antecedentes personales], “Novomix 16 U-0-10 U.” (86) [antecedentes personales-tratamiento], “Se administran 4 U. de c. de hematíes” (343) [sin apartados], “Se transfunden cuatro U. de C.H.” (346) [sin apartados], “Trasfusión de 2CH y 1 UPq” (359) [analítica]

No encontramos, por suerte, la forma inglesa IU que no es una abreviatura segura para “unidades internacionales” sino que es mejor escribir completo “unidades internacionales” o “unidades int., o bien recurrir a la abreviatura castellanizada UI como en la mayor parte de nuestros informes.

**MICROUNIDADES POR MILILITRO:** Es una unidad típica de actividades enzimáticas y se define como la cantidad de enzima que es capaz de producir la transformación en producto de un mol de sustrato por segundo a 37°C. Dos grafías se registran de esta Unidad, ambas en la Analítica para las hormonas tiroideas:  $\mu\text{U/mL}$ : “TSH 0.15  $\mu\text{U/mL}$ ” (137) y  $\mu\text{U/ml}$ : “TSH 1.87  $\mu\text{U/ml}$ ” (4)

**CÉLULAS POR MICROLITRO DE SANGRE:** El recuento de glóbulos rojos es un análisis de sangre útil que nos puede proporcionar información sobre el número de glóbulos rojos que hay en la sangre de una persona. Esta prueba se podría hacer como un componente del recuento sanguíneo o hemograma completo. Un recuento de glóbulos rojos es el número de glóbulos rojos por unidad de volumen de sangre. El resultado de la prueba dará millones de glóbulos rojos en un microlitro de sangre. células/mcL es el símbolo correcto que localizamos con distintas grafías:

células/mcl: en distintos apartados del informe 319 “Cifra de CD4: 45 células/mcl” (antecedentes personales) “leucocitos: 3200 mcl (neutrófilos: 1830 mcl. Linfocitos: 990 mcl), plaquetas: 100.000 mcl” (pruebas complementarias). “CD4: 40 mcl, CD8: 22 mcl, DC3: 1126 mcl” (analítica)

/mcL: en distintos parámetros de la Analítica del documento 359 “Plaquetas 32.000/mcL; Leucocitos 46.500/mcL; Pq 11.000/mcL; Leucocitos 119.000/mcL; Leucocitos 28.000/mcL”

microl.: empleada en la medida de leucocitos, plaquetas y hematíes en la Analítica de cuatro informes:

“leu 1,2 (N 0,3)x100/microl.” (121)

“plaquetas  $87 \times 10^3$  / microl.; Leucocitos  $3,7 \times 10^3$  / microl.” (343)

“Hematíes 2.02 millón/microl.; Plaquetas  $119 \times 1000$ /microl.; Leucocitos  $3,6 \times 1000$ /microl” (347)

“Hematíes  $2,31 \times 10^6$ /microl; Plaquetas  $84 \times 10^3$ /microl.; Leucocitos  $4,38 \times 10^3$ /microl” (348)

**UNIDAD DE ENERGÍA. ELECTRONVOLTIO:** El electronvoltio (símbolo eV) es una unidad de energía que representa la variación de energía potencial que experimenta un electrón al moverse desde un punto de potencial  $V_a$  hasta un punto de potencial  $V_b$  cuando la diferencia  $V_b - V_a = 1 \text{ V}$ , o sea, cuando la diferencia de potencial del campo eléctrico es de 1 voltio. Equivale a  $1,602176462 \times 10^{-19} \text{ J}$ , obteniéndose este valor de multiplicar la carga del electrón por la unidad de potencial eléctrico. Es una de las unidades aceptadas para su uso en el Sistema Internacional de Unidades, pero que no pertenece estrictamente a él. Los resultados obtenidos se aplican a medidas de fármacos y se ciñen a las grafías ev y EV: “Augmentine ev” (395) [tratamiento]; “Perfalgan 1 g EV/8; Vancomicina 1 g EV/12 h; Tazocel 4 g EV/8 h; Amchafibrin EV/8 h; Omeprazol EV/24 h” (121, Tratamiento).

F. (= French). Es una escala francesa o escala de Charriere que se usa para expresar el calibre de diferentes instrumentos médicos tubulares. Se abrevia Ch, CH, Fr, FR o simplemente F al lado del valor del diámetro del catéter: “Prótesis biliar plástica de 9 cm. de larga y 10 F.” (86) [CPRE], “Recambio de la gastrostomía, colocando un sistema similar al que llevaba de 20 F. y 1,7 cm. de longitud” (198) [antecedentes personales] y “Portador de gastrostomía 20 F.” (383) [antecedentes personales-tratamiento]

Esta grafía puede ocasionar confusión con la F. que es también el Faradio, unidad de capacidad eléctrica pero creo que en nuestros informes no aparece reflejada en ningún informe.

UNIDAD DE DOSIS DE RADIACIÓN ABSORBIDA. Gray (Gy). Un gray es la absorción de un julio de energía ionizante por un kilogramo de material irradiado; esta unidad de dosis de radiación absorbida es equivalente a 100 rads. Los resultados obtenidos en nuestros informes se ciñen a la grafía Gy con punto y sin punto:

Sin punto: (Paliativos, en H<sup>a</sup> oncológica: 1, 2, 229, 251, 276; Oncología: 98, 278, 339, 382; Medicina Interna: 99, 173): “Radioterapia paliativa sobre columna dorso-lumbar (26 Gy a un fraccionamiento de 400 cGy por sesión)” (1, 2) [H<sup>a</sup> oncológica-tratamiento]; “10 Gy en dos sesiones” (98, 99), “(34 Gy)” (173), “64 Gy que finalizó en julio del 2000” (278)

Con punto en documentos de Oncología: “Se realiza sobreimpresión sobre tumor primitivo (20 Gy.)” (20) [PET], “radioterapia a nivel D4-D7 30 Gy., 3 Gy. Por sesión... Sobre cadera izda. 12 Gy / 4 Gy. sesión... Sobre pala iliaca dcha. 30 Gy. / 3 Gy. por sesión” (126), “radioterapia 60 Gy.” (311)

UNIDAD DE DENSIDAD DE FLUJO MAGNÉTICO E INTENSIDAD DE CAMPO MAGNÉTICO. Tesla (T). Un tesla es una inducción magnética uniforme que, repartida normalmente sobre una superficie de un metro cuadrado, a través de esta superficie produce un flujo magnético de un weber.

CANTIDAD DE SUSTANCIA: MOL. Si se emplea el mol es necesario especificar las unidades elementales: átomos, moléculas, iones, electrones u otras partículas o grupos específicos de tales partículas

## MILIMOL POR LITRO

La glucosa en sangre se da en milimol por litro. La glucosa en la sangre se mide en dos unidades diferentes. En Estados Unidos, los monitores darán una lectura de los niveles de glucosa en la sangre, en miligramos por decilitro (mg/dl), mientras que el resto de las medidas mundiales es en milimoles por litro (mmol/l).

Para obtener la lectura en mmol/l divide mg/dl entre 18. Por ejemplo, si la glucosa es de 180 divide este número entre 18 para obtener los mmol/l de 10. O puedes multiplicar la lectura en mg/dl por 0,0555 para obtener la lectura en mmol/l. Da más o menos lo mismo. Multiplicar  $180 \times 0,0555 = 10$

Para obtener la lectura en mg/dl multiplica el mmol/l por 18:  $8 \text{ mmol/l} \times 18 = 144 \text{ mg/dl}$

Como hemos indicado previamente, se constata la presencia de mg/dl para la glucosa "Glucosa 105 mg/dl" (4) y, asimismo, se confirman los resultados -ubicados en el apartado Analítica- más internacionales: mmol/L y mmol / l:

mmol/l: "Sodio 135 mmol/l, bicarbonato 18 mmol/l" (4), "Sodio 141 mmol/l" (18), "Sodio 140 mmol/l" (22), "sodio 130, potasio 3.6, cloro 96 (mmol/l)" (47), "Na 140, K 4.2 mmol/l" (298)

mmol/L: "Sodio 138 mmol/L" (359), "Sodio (suero) 140.0 mmol/L (135.0 – 148.0); potasio 4.3 mmol/L: 4 potasio 4.2 mmol/l: 18 potasio 3.6 mmol/l: 22 potasio 3.9 mmol/L: 359 potasio (suero) 3.7 mmol/L (3.6 – 5.1)" (363), "Sodio (suero) 130.0 mmol/L (135.0 – 148.0), Cloro (suero) 94.0 mmol/L (98.0 – 108.0)" (395)

En el documento 181, como muestra de variabilidad, se registran las dos formas e incluso una tercera sin el símbolo del litro: "Sodio 137 y Potasio 4.3 mmol/L, Na 136 y K 4'9 mmol/l; HCO<sub>3</sub> – 18.0 mmol/l; EB – 7.7 mmol/L"

Otras medidas encontradas en la Analítica son la osmolaridad y el femtolitro. La primera, localizada en el documento 4, con dos equivalencias distintas: mOsm/ kg y mOsm/ l: "Osmolaridad 312 mOsm/kg", "osmolaridad 320 mOsm/l"

El femtolitro, abreviado en nuestros documentos como fl o fL es un sistema anglosajón de unidades que corresponde a una Unidad de medida de volumen igual a 10<sup>-15</sup> litro:

fL: "VCM 88.2 fL, VCM 90 fL" (181), "VCM 81.9 fL (80.0 – 98.0), VPM 8.2 fL (7.0 – 11.0)" (363), "VCM 88.3 fL (80.0 – 98.0), VPM 10.2 fL (7.0 – 11.0)" (389)

fl: "VCM 90.7 fl" (298), "VCM 113,6 fl" (347), "VCM 114,3 fl" (348)

Las gammaglobulinas IgG, IgM e IgA se miden respectivamente con las unidades GPL, MPL y APL. En nuestros informes encontramos la medida de las unidades IgG GPL (G phospholipid) (434).

En suma, para que la mención de unidades de medida sea correcta se deben emplear las unidades del Sistema Internacional y, además, tener en cuenta una serie de especificaciones como que, por ejemplo, las cantidades que sean menores de un gramo –para evitar errores graves por el uso de decimales- se anotarán en miligramos y las menores de 1 mg se expresarán preferentemente con el nombre de la unidad, es decir, microgramos o nanogramos y no en abreviaturas ( $\mu\text{g}$ ,  $\text{ng}$ ); no abreviar “unidades” con U; para las unidades menores de 1 no debe olvidarse el 0 delante de la coma; también hay que evitar unidades mal definidas como “pizca”, “cucharada sopera”, “cucharadita”

## 2. ELEMENTOS QUÍMICOS

Todos los símbolos químicos se escriben con la primera letra mayúscula: *Cl*, *F*, *Na*. No obstante, en nuestros informes localizamos *cL* y *cl*.

Una parte muy importante la forman los antirretrovirales:

a. AZT = Azidotimidina o Zidovudina (La azidotimidina fue el primer medicamento antisídico que fue muy difundido por los medios de comunicación con este nombre antes de que la Organización Mundial de la Salud le otorgara la DCI zidovudina). Equivalente a la sigla ZDV, puede confundirse fácilmente con Azatioprina o Aztreonam por lo que lo mejor es usar el nombre completo del medicamento: 318, 319

“AZT + ddI + SQV/d (01-03-97)” (318); “Ha tomado diversos tratamientos antirretrovirales presentando resistencia genotípica a Efaviren, Nevirapina, 3 TZ, AZT en el año 2000 y 2001 con test de resistencia genotípica a antirretrovirales negativa en el año 2003” (319)

b. 3 TZ (en ocasiones 3TC): siglas de Lamivudina procedente de 3 Tiacitidina

Sin embargo, en el mismo informe encontramos los nombres comerciales de estos dos fármacos que acabamos de nombrar: Epivir [*Lamivudina*], Retrovir [*zidovudina*]

“Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas” (319)

c. ddl = Didanosina en el documento 318

- AZT + ddI + SQV/d (01-03-97)
- d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea (06-06-00)
- d4T + ddI + LPV/r (15-12-03)
- ddI + LPV/r + IDV (15-10-01)

d. d4T = Estavudina. (Por su sigla Didehydrodeoxythymidine): también en el documento 318

- d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea (06-06-00)

- d4T + ddI + LPV/r (15-12-03)

En el documento 319, nuevamente el nombre comercial de los dos anteriores fármacos: Zerit [Estavudina] y Virex [Videx: *Didanosina*] que aparecen, a su vez, en el apartado TRATAMIENTO: “VIDEX-400 mg: 1 comp cada 24 horas, ZERIT-40 mg: 1 comp cada 12 horas” (319)

e. EFV [= Efavirenz]: 318

“- d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea (06-06-00)” y sin abreviatura, en cambio, en 319: “Ha tomado diversos tratamientos antirretrovirales presentando resistencia genotípica a Efaviren, Nevirapina, 3 TZ, AZT en el año 2000 y 2001 con test de resistencia genotípica a antirretrovirales negativa en el año 2003” y, más adelante, incluye el nombre comercial Sustiva [*Efavirenz*]: “Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas”

f. NFV = Nelfinavir: 318 “- d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea (06-06-00)”

g. IDV = Indinavir: 318 “- ddI + LPV/r + IDV (15-10-01)”

h. SQV/r = Saquinavir / Ritonavir (en el documento error en la letra minúscula)“AZT + ddI + SQV/d (01-03-97)”

i. LPV/r = Lopinavir / Ritonavir (Kaletra ®) “- ddI + LPV/r + IDV (15-10-01)”

Nuevamente, en el documento 319 localizamos con forma plena (marca comercial) los anteriores fármacos: Viracept [*Nelfinavir*], Crixivan [*Indinavir*], Invirase [*Saquinavir*], Norvir [*Ritonavir*]

“Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas” (319)

Como vemos, en el mismo documento se incluye la sigla TARGA = Terapia Antirretroviral de Gran Actividad que consiste en una terapia triple combinada con tres antirretrovirales: Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR), Inhibidores No nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR), Inhibidores de la Proteasa (IP), siglas estas últimas de las que no tenemos constancia en los informes.



Otros símbolos químicos localizados, casi siempre en el apartado Analítica, con sus variantes respectivas son los siguientes:

**CALCIO:** aparece con la forma plena en algunos documentos y con la abreviatura Ca en cinco informes: “Triglicéridos: colesterol, transaminasas, Ca, P, Fe normal” (213), “Ca 9” (298), “Ca, P, Fe...normales” (318), “Ca 8.7” (336), “Ca 17.7” (386)

Con este símbolo se debe tener especial cuidado ya que, en ocasiones, puede confundirse con los marcadores tumorales CA ya vistos anteriormente.

**SODIO:** los resultados obtenidos se distribuyen en un aproximadamente 50% de forma plena (41 informes) y otro 50% como Na (39 informes). De nuevo, el documento 181 alterna las dos formas.

**FÓSFORO:** como forma plena está presente en cuatro informes; sin embargo, se consigna P en el informe 256 y P. en el 424. Además, el documento 318 alterna la forma con y sin punto.

**5 FLUOROURACILO:** la forma correcta aparece en el informe 268 y con guión en 200 -5 – Fluorouracilo- pero se produce sinéresis en otro resultado del mismo documento: 5 Fluoruracilo y deformación del nombre en el informe 83: 5 Fluoracilo. Por otro lado, se registran formas con abreviatura como: 5-FU (38), 5 Fu (368), 5 FU (41).

**DICLORONITROBENCENO** o dicloro-4-nitrobenceno: el único resultado es DCNU (59)

**FLUOR-DEOXYGLUCOSA O FLUOR-18-DEOXIGLUCOSA:** abreviado FDG en el informe 268

**POTASIO:** en 14 documentos surge la forma plena (137, 181, 182, 341, 359, 363, 382, 398, 408, 428, 434, 460, 480, 500) aunque es más común la abreviatura K presente en 34 informes a la que añadimos la forma incorrecta en minúscula -k- presente en el informe 23.

**CLORURO MÓRFICO:** en ningún caso abreviado como CIM, aparece como forma plena – “Cloruro mórfico” (161) [enfermedad actual] – o con la abreviatura Cl mórfico: “Se inició Cl mórfico vo.” (29) [Hª actual]

**COLORO:** como forma plena en siete documentos (47, 76, 118, 211, 395, 460, 472) y con abreviaturas en cinco documentos (23, 112, 141, 168, 183). Finalmente en la revisión de otros informes que he tenido ocasión de leer, se pueden atestiguar las formas cl “cl 96” (477, 478, 484), “y cL “cL 101” (403)

**CREATINA QUINASA:** se verifican la forma errónea ‘Creatin-Kinasa’ (223, 244, 261) y la sigla CK (161, 187, 200, 256)

CLORURO POTÁSICO: El único ejemplo que encontramos aparece abreviado CLK: “Glucosalino 2000cc mas 30 miliequivalentes de CLK en cada 1000” (363)

DIÓXIDO DE CARBONO: CO<sub>2</sub>: “CO<sub>2</sub> total 23” (280) en el apartado Gasometría arterial  
En el mismo apartado se anotan otros símbolos como el bicarbonato: CO<sub>3</sub>H (66, 480), su variante con subíndice CO<sub>3</sub>H (298), HCO<sub>3</sub> (262, 263, 280) y HCO (262, 263) y el bicarbonato de calcio CO<sub>3</sub>HNa (183, 424)

HIERRO: en tres documentos con forma plena (62, 298, 326) y más habitual con el símbolo Fe (7, 10, 66, 112, 127, 187, 194, 213, 256, 262, 263, 306, 318): “Fe 41” (7), “Ca, P, Fe normal” (213), “Hierro dentro de la normalidad” (73), entre otros. En el documento 193 puede que el resultado sea una confusión con el hierro ya que la sigla se escribe FA.

MAA-Tc 99m (= macroagregados de albúminas marcados con Tc 99m): 480

Technegas-Tc99m (Tecnecio 99): 480

Relacionados con la oxigenoterapia y las gasometrías podemos citar:

- La sigla fracción inspiratoria de oxígeno en el aire inspirado abreviada bien con separación Fi O<sub>2</sub> – “FiO<sub>2</sub>: 0,31” (115), “FiO<sub>2</sub> desconocida” (240)- o sin ella: “SatO<sub>2</sub> 90-91% con FiO<sub>2</sub> 0’28” (evol.), “Oxigenoterapia domiciliaria a FiO<sub>2</sub> del 28%” (tto.)
- El oxígeno: en el documento 335 como forma plena y con las grafías O<sub>2</sub> (54) y O<sub>2</sub>, esta última la más habitual en los informes
- Para la presión parcial de dióxido de carbono se usan las variantes pCO<sub>2</sub> en cuatro documentos, PCO<sub>2</sub> en dos informes, PCO<sub>2</sub> en otros dos, y las más habituales: pCO<sub>2</sub>, pCo<sub>2</sub> y pCO<sub>2</sub>. Cabe destacar el documento 298 en el que se consignan dos variantes: pO<sub>2</sub> y pO<sub>2</sub>.
- Acidez o alcalinidad de una solución: símbolo utilizado para expresar la acidez o alcalinidad de una solución que es el logaritmo negativo del ion hidrógeno activo. pH es el resultado más común; sin embargo, se anota también PH en dos documentos, ph y Ph en otros tres.
- Presión parcial de oxígeno: la variante del símbolo más empleada es pO<sub>2</sub>, le sigue pO<sub>2</sub> pero se obtiene también PO<sub>2</sub> en dos informes, PO<sub>2</sub> y Po<sub>2</sub> en un informe cada uno.

- Saturación de oxígeno: abundantes son las maneras de referirse a este mecanismo como palabra plena, especialmente en documentos de Medicina Interna y de Oncología, con sus variantes diferenciadas por el uso de mayúsculas y minúsculas: saturación de Oxígeno (184, 238), saturación de oxígeno (8, 39, 54, 57, 63, 67, 69, 70, 75, 77, 95, 137, 147, 157, 158, 159, 167), Saturación de oxígeno (105, 170, 172, 174, 176, 180, 188, 190, 199, 203, 222, 227, 229, 233, 236, 238, 243, 245, 248, 251, 266, 269, 271, 273, 279), saturación (36, 56, 64, 134, 142, 215, 224, 240), Saturación de oxígeno sin oxígeno (282), incluso en plural “Saturación de oxígenos con gafas a 2 litros” (276) o bien añadiéndole el complemento ‘basal’: saturación de oxígeno basal (7, 93, 148, 166), Saturación de oxígeno...basal (98, 99), Saturación basal (25, 33, 73, 84, 134, 173), Saturación ....basal (58, 137).

Respecto a sus correspondientes formas abreviadas se incrementa el número de posibilidades y también de Servicios que citan estas formas ampliándolo a Neumología, Geriatria, HAD, Nefrología, Respiratorio, Oncología, Cirugía Torácica, Urgencias, etc.: SAT O2 (480), SAT O<sub>2</sub> (5, 6, 23, 53, 115, 145, 181, 182, 183, 189, 335), SatO2 (66, 141, 150, 182, 335), SatO<sub>2</sub> (298), Sat. O2 (4, 10, 66, 141, 191, 280, 287, 298), Sat O2 (4, 32, 181, 280), sO2 (182, 247, 262, 263, 375, 379, 383, 389, 395), SaO2 (16), Sa O2 (1, 16), SAT O<sub>2</sub>...basal (189), Sat O2 basal (247), SO2 (169, 193), Sat. de O2 (116), saturación de O2 (41, 44, 46, 48, 52, 87, 117, 120, 135, 139, 217, 249), Sat. Basal de O2 (187), Saturación O2 basal (319), saturación de O2 basal (249), Saturación de O2...basal (166), SatO2 basales (182), SAT (136), Sat (14, 214, 223, 487), Sat basal (22, 283), SAT basal (136).

Una vez más, cabe destacar el documento 298 en el que se consignan dos variantes: SatO2, Sat. O2; sin embargo, existen muchas otras formas coincidentes: formas con punto y sin punto (doc.4, 280: Sat. O2, Sat O2; doc. 66, 141, 298: SatO2, Sat. O2), con mayúscula o minúscula (doc. 238: Saturación de oxígeno, saturación de Oxígeno; doc. 181: SAT O2 , Sat O2), con espacio o sin espacio (doc. 16: SaO2, Sa O2) y otras variantes diversas:

136: SAT (=saturación de oxígeno), SAT basal (=saturación de oxígeno)

137. saturación de oxígeno , Saturación ....basal: 137

166: saturación de oxígeno basal, Saturación de O2...basal: 166

182: SatO2 basales, SAT O2 , SatO2, sO2

189: SAT O2 , SAT O2...basal: 189

335: SAT O2 (=saturación de oxígeno), SatO2 (=saturación de oxígeno)

247: sO2 , Sat O2 basal (=saturación de oxígeno)

249: saturación de O2, saturación de O2 basal: 249

### 3. SÍMBOLOS DE LAS EXPRESIONES NUMÉRICAS DEL TIEMPO CRONOLÓGICO

Este apartado queda agrupado en tres clases: Horarios, fechas y cantidades indefinidas

A. HORARIOS: Las notaciones horarias se utilizan para una indicación horaria o duración de un hecho. Como ya hemos indicado, la expresión gráfica de cualquier símbolo es internacional por lo que su forma concreta está ya fijada internacionalmente y sirve para su reconocimiento universal.

En la indicación horaria, ya sea mediante la notación de 24 horas o de 12 horas, se escriben las horas y los minutos separados por dos puntos o por un punto (nunca coma), seguido o no por el símbolo h (hora): “Ingresará a las 20.30 h.”

Para indicar la duración de un hecho los símbolos correctos se deben representar mediante los símbolos d, h, min, s (para días, horas, minutos y segundos, respectivamente). Recordemos que al tratarse de símbolos, y no de abreviaturas, han de escribirse siempre sin punto y que, al ser una expresión gráfica de un símbolo, es invariable por lo que no marcará el plural mediante la adición de una -s final; por lo tanto, es incorrecta la escritura \*hs para expresar horas, pues el símbolo s sirve para singular y plural.

Los símbolos de los minutos y los segundos cronológicos (min y s) no han de confundirse con los de los minutos y segundos hexagonales, expresados mediante los índices ( ' y "). Es incorrecto emplear el índice ( ' ) o el apóstrofo ( ' ) para la expresión de minutos o segundos cronológicos. 50 min 30 s

#### HORAS

Según el Diccionario Panhispánico de dudas existen dos modelos para expresar la hora:

a. Con números del 1 al 12 añadiendo la indicación del tramo del día al que corresponde la hora expresada: de la mañana, de la tarde, de la noche, de la madrugada, común en textos literarios y periodísticos pero inexistente en nuestros informes

b. Con números del 0 al 23. Este modelo se expresa con preferencia en cifras, en lugar de letras, y se usa especialmente en contextos en que se requiere la máxima precisión con el mínimo de elementos.

Dado que trabajamos con textos científicos la hora en ningún momento se escribe con letras, esto es, para marcar la precisión horaria se escribe con cifras siempre.

Los contextos que localizamos se ciñen a:

1. Frecuencia de toma de medicación:

1.1. Fármaco, ... comprimido cada ... horas es el resultado más común (73 casos); sin embargo en el documento 58 se lee: “Lexatin 1.5 mg., 1 comprimido cada 24 h.”

1.2. Fármaco ...comprimido/... horas: “ADIRO 100: 1 comprimido/ 24 horas. LEVOFLOXACINO: 1 comprimido/ 24 horas. OMEPRAZOL: 1 comprimido/ 24 horas” (14) pero “Acfol 5 mg, 1 comprimido /24 h” (258)

1.3. Fármaco .... comp. cada ... horas es asimismo lo más habitual (39); sin embargo, obtenemos:

ENALAPRIL 5 MG 1 COMP. CADA 24 H.; OMEPRAZOL 20 MG 1 COMP. CADA 24H;  
PRISDAL 1 COMP. CADA 24 H.; SEGURIL 40 MG 1 COMP. CADA 24H. (7)

1.4. Fármaco.... comp/ ... horas:

DILTIAZEM RETARD, 1 comp/ 12 horas (141)

Febrectal: 1 comp/8 horas si dolor; Hemovas 600 mg 1 comp/12 horas; Isodiur 5 mg ½ comp/24 horas (238)

OMEPRAZOL: 1 comp/24 horas; UNIBESITRAN: 1 comp/24 horas (64)

Más habitual es la presencia de la forma abreviada para las horas, unas veces sin punto:

ADOLONTA RETARD 100 mg. 1 comp./12 h; ANCHAFIBRIN 1 comp./8 h; Casodex 1 comp./8 h (173)

Baycip 500 1 comp / 12 h durante 10 días (265)

Neobrufen 600 1 comp/12 h durante 1 semana; Omeprazol 1 comp/24 h durante 1 semana (88)

RYTMONORM 150, 1 comp./12 h (70)

Y en otros casos la abreviación va seguida de punto como en:

DAFALGAN 1 comp./8 h. (25)

DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp./8 h.; TEGRETOL 200, 1 comp./8 h. (33)

DINISOR 60, 1 comp./12 h. (56)

NOLOTIL 1 comp./8 h. si dolor; URBASON 4 mg 1 comp/12 h. (70)

SPECTRACEF 400 mg 1 comp./12 h. durante 5 días más a partir de su alta (84)

TIRODRIL 5 mg. 1 comp./ 12 h. (134)

Tal vez por error se duplica en dos documentos la forma ‘cada’ y el símbolo equivalente; así en el documento 142 y 137: “CIPROFLOXACINO 500: 1 comp/ cada 12 h.; DILTIAZEM RETARD 120: 1 comp/ cada 12 h.; LOFTON 150: 1 comp/ cada 12 h.”, “DISGREN: 1 comp/ cada 12 h.; MANIDON 80: 1 comp/ cada 12 h.; RENITEC 5 mg: medio comp/ cada 12 h.”

O se duplica la abreviatura c correspondiente a ‘cada’ y el símbolo correspondiente /:

Adolonta, 1 comp c/8h.; Naproxeno 500, 1 comp c/12h (200)

Dexametasona 4 mg. 1 comp c/24 h. (37)

Dexametasona 4 mg, 1 comp c/ 8h.; Paracetamol 1g, efervescente, 1 com c/8h. (246)

1.5. FÁRMACO... cp cada ... horas: “Pauto Adolonta 2 cp cada 8 horas” (122)

1.6. FÁRMACO: ... cp/ ... H: “BOIK: 1 cp/24 H” (169)

1.7. FÁRMACO ...un cmp cada .... H: “IBUPROFENO 600 un cmp cada 8 h”: 270 y “Termalgin un cmp cada 8 h.” (247)

1.8. FÁRMACO: .... c. cada ... horas: en el mismo documento tres veces: “Codeisan: 1 c. cada 8 horas. Omeprazol: 1 c. cada 24 horas. Paracetamol: 1 c si dolor cada 8 horas” (116)

1.9. FÁRMACO ...c/...h: en el documento 150 aparece 5 veces “Aldactone A 1c/24 h. Amaryl 2 mg 1c/24 h. Iscover 1c/24 h. Lanirapid 1c/24 h. Omeprazol 20 1c/24 h” y en el documento 68 “Si dolor EFFERALGAN 1c/8 h”; sin embargo se escribe con la forma completa en otros cuatro documentos:

METAMIZOL: 1 c / 8 horas, alternando con el paracetamol; PARACETAMOL: 1 c / 8 horas (14)

omeprazol 20 1 c/24 horas (4)

POLARAMINE 1 C/8 HORAS 3 DÍAS, POLARAMINE 1 C/12 HORAS 3 DÍAS (104)

Micostatin, c/8h (246)

En algunos casos la c. no significa ‘comprimido’ sino ‘cada’ lo cual produce ambigüedad en los textos: “Seretide 25/250 c/12 h.” (14)

La falta de rigor a la hora de decidir si emplear la forma plena o la abreviada lo demuestra el documento 284 en el que se emplean los dos casos: “Metamizol 1c/vo/6 horas Efferalgan 1c/6h, Omeprazol 20 mg/24h”

Asimismo resulta sorprendente que en tres documentos en los que se prescribe la misma medicación los resultados sean diferentes:

“NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche). SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas. ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas” (259)

“Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno). Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas” (1, 257)

1.10 FÁRMACO ... cápsula cada .... horas: resultado obtenido 12 veces (incluso en un caso en que cápsula aparece abreviada: “Nolotil 1 cáps. cada 8 horas” (78)) mientras que, por el contrario, en el documento 94 aparece la forma abreviada: “En caso de persistir dolor tomará ADOLONTA 1 cápsula/8 h.”

1.11 FÁRMACO....sobre cada.... horas: 18 resultados aunque en un caso está abreviado: “DUPHALAC: 1 sobre cada 24 h, que regulará según ritmo intestinal” (142)

FÁRMACO....sobre / ... horas: en 7 ocasiones frente a 4 casos en que se elige la forma abreviada:

“DUPHALAC: 1 sobre/12 horas; FLUMIL ORAL: 1 sobre/12 horas (183)

DUPHALAC ORAL, 1 sobre/ 12 horas; EMULIQUEN. 1 sobre/ 12-8 horas; FLUMIL ORAL, 1 sobre/ 12 horas (141)

FLUIMUCIL: 1 sobre / 8 horas (14)

Acetilcisteína 1 sobre/8h (150)

DUPHALAC 1 sobre/8 h. (39)

FLUMIL oral, 1 sobre/12 h.; PLANTABEN, 1 sobre/12 h.” (66)

1.12. FÁRMACO... ampolla bebible cada o / ....h:

ANCHAFIBRIN: 1 ampolla bebible cada 8 h.; Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h) (256)

Si sangrado, añadir Amchafibrin IV (1 amp/8 h.) (262)

1.13. FÁRMACO...inyección cada... horas:

Clexane 60 1 inyección sc cada 24 horas diaria (12)

Clexane 40, 1 inyección subcutánea cada 24 horas 10 días (51)

CLEXANE 60 1 inyección subcutánea cada 24 horas (67)

1.14. FÁRMACO....vial /.... horas en un caso: “AMCHAFIBRIN: 1 vial bebido/12-8 horas, si signos de nuevo sangrado” (66) pero con abreviatura en otros dos: “Amchafibrin 1 vial / 8 h vo” (258); “LACTOFERRINA 1 Vía bebible/12 h.” (66)

1.15. FÁRMACO....parche cada....horas: con la forma plena incluso cuando ‘cada’ se sustituye por /

“DIAFUSOR 10mg, 1 parche cada 24 horas, retirar por la noche; DUROGESIC 50, 1 parche cada 72 horas (182)

DUROGESIC 25 PARCHES -1 – T. PIEL – Cada 72 horas (169)

DUROGESIC 50: 1 parche cada 72 horas (181)

DUROGESIC -50: 1 parche cada 72 horas (185)

Durogesic 50 parche transdérmico cada 72 horas (283)

DUROGESIC “50”: 1 parche/72 horas” (183)

1.16. FÁRMACO...inhalación cada ... horas: siempre con la forma plena

“ATROVENT: 2 inhalaciones cada 6 horas; VENTOLIN: 2 inhalaciones cada 6 horas (14)

Atrovent inhalador 2 inhalaciones cada 6 horas (20)

Atrovent: 2 inhalaciones cada 8 horas (211)

SERETIDE 25/250, 2 inhalaciones cada 12 horas, en cámara volumatic (182)

ATROVENT i inhalación cada 6 horas (22)

Atrovent 2 inh cada 6 horas (283)  
Pulmicort turbuhaller 400 1 inhalación cada 12 horas (143, 151)  
RILAST Turbuhaler 9/320 1 inhalación cada 12 horas (6)  
SERETIDE 25/250: 1 inhalación cada 12 horas (en cámara volumatic) (181)  
SYMBICORT FORTE 1 inhalación cada 12 horas” (80)

Por otro lado, Fármaco....inhalación / ... horas lo obtenemos en 7 casos mientras que la misma forma con abreviatura en horas se recogen en 6 casos

“ATROVENT -2 inhalaciones/6 horas, en cámara volumatic (182)  
PLUSVENT 50/500: 1 inhalación/12 horas; SPIRIVA: 1 inhalación/24 horas (64)  
ATROVENT, 3 inh./ 8-6 horas; SERETIDE “25/250”, 2 in./ 12 horas (141)  
ATROVENT: 3 inh./8-6 horas (en cámara volumatic); SERETIDE 25/250: 2 inh./12 horas (en cámara volumatic) (183)  
ATROVENT 2 inhalaciones/6 h. (56)  
PLUSVENT (SERETIDE) “50/250”, 2 inhalaciones/12 h. (hasta acabar y proseguir con PLUSVENT, Accuhaler “50/500”, 1 inhalación/12 h.; ATROVENT, 4 inhalaciones/6 h. (hasta acabar) (66)  
Atrovent inh/ 6 h (136)  
ATROVENT: 3 inh/ cada 8 h. (142)  
Atrovent inh/ 6 h” (150)

#### 1.17. Fármaco .... [otros] cada ... horas: siempre también con la forma plena

“FORTICARE 30 briks de 125 ml: 1 batido cada 24 horas; 1 pañal/ noche cada 24 horas y 1 pañal/ super-noche cada 24 horas” (147)  
Meritene 1 frasco cada 12 horas (58)  
MERITENE COMPLET “250” ml.: un envase/12 horas (66)  
Primperan 1 cuch. cada 8 horas (278)

#### 1.18. Fármaco.... miligramos cada.... horas:

“tratamiento con Fluconazol 100 miligramos cada 24 horas (46)  
titulando con Morfina 5 miligramos cada 4 horas; Se inicia tratamiento con MST 10 miligramos cada 12 horas (50)  
tratamiento con Tramadol 50 miligramos cada 8 horas” (139)

Sin embargo, “Levofloxacino 400 miligmos oral cada 24 h.” (257)

Fármaco.... mg cada .... horas: resultado obtenido en 9 frases mientras que con abreviatura solo en 2:

“Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h. (181)  
Profilaxis antitrombótica: Enoxaparina 40 mg subcutáneos cada 24 h, durante 10 días [...] (104)  
ALPRAZOLAM 0, 5MG – 1 – VO – Cada 24 horas (169)



Levofloxacino 500 mg cada 24 horas v.o. (250)  
MST 30 mg. cada 12 horas (34)  
MST 40 mg. cada 12 horas (77)  
MST 10 mg, cada 12 horas (78)  
MST 20 mg. cada 12 horas junto con laxantes y Primperan (278)  
LORACEPAN 1 mg cada 24 horas (185)  
tratamiento con oxidodona para el dolor visceral 10 mg. cada 12 horas (199)  
TEICOPLANINA 400 mg. i.v. cada 24 horas” (192)

Fármaco.... mg / ... horas: frente a 4 casos con forma plena comprobamos que se usa la abreviatura en 9 fármacos incluido el que abrevia miligramos como mcg:

“Dexametasona 4 mg/8 horas; Depakine 500 mg/8 horas; Neosidantoína 150 mg/8 horas (32)  
heparina de bajo peso molecular a 60 mg/12 horas (23)  
Dexametasona 5 mg/12 h: MST 30/12 h. (28)  
DEXAMETASONA 4 mg./8 h.vo. (99)  
Clexane 40 mg/24 h sc (238)  
TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h) (252)  
IBUPROFENO, 600MG/8H SI DOLOR DE TOBILLO (153)  
1mg/24h de Risperidona (207)  
SEVREDOL 10 mg. ¼ h.; Sebredol 10 mg/6 h. (39)  
Fentanilo 100 mcg/72 h.” (16)

1.19. Fármaco.... gramo cada .... horas: en ningún caso con abreviatura en las horas:

“AUGMENTINE 1 gramo cada 12 horas durante 3 días más (240)  
PARACETAMOL 1 gramo cada 8 horas si dolor (182)  
Paracetamol 1 gramo cada 8 horas” (48)

Fármaco ... gr (o g) cada... horas: en 9 casos con la forma plena y en 2 con abreviatura, una de ellas con punto y otra sin él:

“Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas intramuscular (63)  
Ceftriaxona 2 g i.v. cada 24 horas (desde el día 25) (250)  
Si dolor, PARACETAMOL 1 gr. cada 8 horas vía oral (31)  
PARACETAMOL 1 gr. cada 8 horas (dolor) (93)  
PARACETAMOL (D.O.E.) – 1 g – Vo – Cada 8 horas (169)  
Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar Paracetamol 1 gr. cada 8 horas. Si el dolor no cede puede asociar Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas (43, 160, 254)  
Analgésia: Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar de forma conjunta Paracetamol 1 gr. cada 6 horas y Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas y si no cede asociar 1 cápsula de Metamizol 6 horas (284)

EFFERALGAN 1 gr. cada 8 h. en caso de dolor (94)

EFFERALGAN 1 gr cada 8 h: 1 en desayuno, comida y cena (DOLOR)” (9)

Fármaco ... gr / ... horas: en los 4 momentos en que aparece lo hace siempre con abreviatura:

“ceftriaxona 2 g IV / 24 h y Levofloxacino 500 vo / 24 h (245, 249)

tto empírico con Tazocel 4 g ev/8 h sin mejoría de la fiebre (121)

Vancomicina 1 g EV/12 h.”

#### 1.20. Fármaco .... Cada ... horas

“ADIRO cada 24 horas (136)

Clexane 40, subcutáneo, cada 24 horas, 1 mes (155)

Clexane 40, subcutáneo cada 24 horas 1 mes; Ferroprotina 1 cada 24 horas 1 mes (216)

Clexane 20 subcutáneo cada 24 horas (220)

CLINUTREN 1.5 cada 24 horas (196)

Codeisan jarabe cada 6 horas si tos (283)

EMULIKE LAXANTE si precisa por estreñimiento cada 8 horas (42)

Se inicia tratamiento con Fosfomicina 500 cada 8 horas; tratamiento con Fraxiparina a dosis de 60 cada 12 horas; tratamiento con Fraxiparina y Augmentine plus cada 12 horas; tratamiento con Levofloxacino 500 cada 24 horas (50)

Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos. (251)

Hibor 5000 subcutáneo, cada 24 horas; Analgesia si dolor tipo Nolotil 1 cada 8 horas (71)

ISOSOURCE vainilla: 1 cada 12 horas (276)

Lofton 1 cada 12 horas (143)

controlada con Naproxeno 500 cada 8 horas; controlada con Naproxeno 500 cada 8 horas (120)

Si tiene dolor tomará: 1 Droal + 1 Adolonta + 1 Primperan cada 8 horas (281)

Paracetamol cada 8 horas, que llevaba pautado (199)

MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas (115)

Omeprazol 1 cada 12 horas y resto igual. (248)

SINEMET cada 8 horas (210)

Augmentihne 500/125, 1 cada 8 horas 10 días” (216)

Fármaco... cada ... h.: en un caso con punto y el resto sin él

“tratamiento habitual con Mecformina 850 cada h.” (257)

“Bemiparina 3.500 UI subcutáneos cada 24 h, durante 10 días” (43, 160, 254)

Fármaco... /... horas: “Si dolor metamizol 1/8 horas” (252)

Fármaco... / ... h.: sin punto en unos casos y con punto en otros aunque sin ningún criterio ya que vemos que en un mismo documento obtenemos las dos posibilidades:

“Curoxima 500 / 12 h durante 10 días (260)

Diafusor 10 TTS/24 h (retirar por la noche) (150)

HIBOR 3.500 SC/24 H DURANTE UN MES (153)

**CLEXANE** 40 subcutáneo/ 24 h. (98)

**IBUPROFENO** 600 / 12 h. vo. (98, 99)

Omnice Ocas 1/24 h. antes de acostarse (171)

Furosemida 40/12 h. (214, 223)

Clexane 60/12 h s.c. al 5º día del inicio del cuadro; CLEXANE 60 s.c./12 h. (68)

Dacortin 30/24 h.; Duphalac po/12 h; Omeprazol EV/24 h.” (121)

1.21. Otras medidas de fármacos: “incluidos la aspirina y medicamentos favorecedores del sueño de 10-15 minutos cada hora” (43), “Curas periódicas cada 72 horas”

1.22. Mililitros por hora: ml/h: excepto en un caso aparece siempre abreviado:

“Clinutren diabetes 200 ml/24h; Mycostatin 5ml/ 24 h (150)

INFUSOR DE 7 DÍAS SC (2 ml/h): 630 mg cloruro mórfico + 35 mg Haloperidol + 21 ampollas de Primperan (16)

PRIMPERAN SOL. 10ML – 1 – VO – Cada 8 horas” (169)

1.23. para la medida del oxígeno: litros por minuto (o litros/minuto, L/m, lpm) durante ...horas: en 3 casos la forma plena y en 2 la abreviada

“OXÍGENO DOMICILIARIO: A un flujo de 2 litros por minuto durante 18 h. al día (142)

O2 SONDA NASAL A 2 LXM DURANTE 24 H (14)

OXIGENOTERAPIA Domiciliaria a un flujo de 2 litros/minuto durante al menos 18 horas al día (181)

Oxigenoterapia domiciliaria a 2lpm, durante 16-18 horas al día (182)

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA, en gafas nasales a 2 L/m, durante unas 16-18 horas / día (183)

gafas nasales a 1,5-2 l/min durante unas 16-18 horas/día (66)

gafas nasales a 2 L/m durante unas 18 horas/día” (141)

1.24. para la medida del tratamiento quimioterápico: siempre sin abreviar

“tratamiento de Quimioterapia paliativa con Oxaliplatino y 5Fluorouracilo en infusión continua de 48 horas (42)

tratamiento de quimioterapia con Oxaliplatino e infusión de 5-Fluorouracilo de 48 horas, cada 15 días en septiembre-05 hasta noviembre-05” (200)

Una vez más la falta de coherencia en la elección de las formas se demuestra en fragmentos como el del documento 187 en el que vacilan entre cada y /; sin embargo, en todos los casos se utiliza la abreviatura de las horas: “Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.” (187).

Por el contrario en el documento 141 se emplea en todos los casos la abreviatura aunque hay vacilación en la presencia o no del punto: “Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.”

Finalmente el documento 98 alterna la forma plena con la abreviada: “DEXAMETASONA 4 mg. / 8 h. vo. durante 10 días, después Dexametasona 4 mg. cada 12 horas durante 5 días, Dexametasona 4 mg. con el desayuno durante 5 días. Con posterioridad valorar el seguir reduciendo la dosis de Dexametasona”.

2. Medida de la velocidad de sedimentación globular: en un caso se especifica de modo diferente: “VSG 100” (4)

“VSG: 111 mm en la primera hora (319); VSG 6 mm/ en 1ª hora (3); VSG 1 mm en 1ª hora” (6)

3. Nota informativa: se informa al paciente de que la hora (y el día a veces) se los indicarán por correo principalmente; en ningún caso aparece con la forma abreviada.

“(la hora se la comunicarán por correo) (258)

en el día y hora que se le indique (131, 146, 156)

La hora se la indicarán por correo (88, 144)

El día y la hora se los indicarán por correo (65, 81, 171, 234, 260)

el día que se le indique telefónicamente” (160)

4. Día y hora de citación: se informa al paciente de en qué día y a qué hora tendrá la próxima cita. Para separar las horas de los minutos se usa el punto o los dos puntos, no así la coma.

4.1. Forma plena:

La hora viene indicada con coma:

“el día 14/09/2005 a las 13,20 horas; el día 5 de mayo de 2005 a las 9,50 horas (74)

el día 10 de julio de 2006 a las 8,30 horas [negrita] (100)

el jueves 19 de octubre a las 12,30 horas” (60)

La hora se separa con punto:

“el día 18 de Diciembre del 2006 a las 12.30 horas (6)

el día 9 de enero de 2007 a las 12.45 horas (244)

El día 28-3-06 a las 11.25 horas (71)

El día 30-4-04 a las 11.10 horas. (51)

El día 14-10-05 a las 11.30 horas (155)

El próximo día 24 de enero de 2007 a las 9.15 horas de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes (230)

el próximo día 24 de enero de 2007 a las 10.45 horas (34)

el próximo día 02 de marzo de 2006 a las 11.30 horas (35)

el día 18 de diciembre a las 12.30 horas” (259)

Se indica la hora con dos puntos:

“el día 06/05/2005 a las 11:45 horas (210)

el día 23 de ABRIL-07 a las 13:30 horas (27)

el día 27 de diciembre a las 10:45 horas (78)

el próximo 10 a las 11:30 horas” (83)

Hora y minutos reflejados con todas las letras: “EL DÍA 17-AGOSTO-2005 A LAS 10 HORAS 45 MINUTOS EN LA CONSULTA Nº 20” (104)

Se indica la hora con apóstrofe:

“el próximo día 15 de febrero de 2006 a las 10’20 horas” (280)

No se indican los minutos: “el día 26 de octubre a las 13 horas” (89)

4.2. Forma abreviada para la hora: h/h.

4.2.1. Abreviatura de la hora con punto:

- Separación de las horas y los minutos con punto:

▪ “el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h. (142)

▪ el día 1/09/05 a las 13.30 h. en la 5ª Planta (148)

▪ 02/05/2006 a las 13.15 h.” (262)

- Separación de las horas y los minutos con dos puntos: “el día 7 de Septiembre a las 10:20 h.” (119)

- Separación de las horas y los minutos con coma: “... el día 9 de diciembre a las 13,35 h.” (213)

- Sin minutos: “25/04/2006... a las 10 h.” (262)

4.2.2. Abreviatura de la hora sin punto:

Separación de las horas y los minutos con punto:

“...el día 26 de marzo de 2007, .... a las 11:00 h” (84)

Las horas se abrevian con h y los minutos con ‘:

“REVISIÓN: En USM del Centro de Salud... el día 5/01/06 a las 12h 30” (207)

Sin minutos: “14-9-05 a las 12.15 h cta 28, 2ª planta” (153)

4.2.3. Abreviatura de la hora con coma: “REVISIÓN: 5-10-06 a las 11.30 h,” (216)

4.2.4. Horas sin abreviatura ni indicación plena: “el 19 de Junio de 2007 a las 11.50 (186); el próximo 9 de marzo del 2007 a las 10,45” (126)

5. Otras horas: en 4 casos con la forma plena y en 3 con la abreviatura. En el último caso se elude la forma “horas”

“11:30 horas (4); 10,40 horas (5); a las 12:00 horas (22); a las 13.15 horas (42); 11:30 h. (1); a las 11:30 h.; a las 12:10 h. (24); a las 21:45 de dicho día” (79)

6. Se utilizan las horas en vez de los días para limitar el tiempo: 24 horas (en vez de 1 día), 48 horas (en vez de 2 días), 72 horas (en vez de 3 días)

Lo habitual es la forma plena pero observamos que en cinco casos se utiliza la abreviatura:

“malestar general de 24 h. de evolución; hipersudoración de 24 h. de evolución (84)  
Durante su ingreso en planta, en las últimas 24 h. (257)  
cada 48-72 h (153)  
cada 48 h” (22)

“24 horas (2, 9); 24 horas del día (9); desde hace < 24 horas (22); Cuidadora las 24 horas del día (31); las últimas 24 horas (35, 96); durante las 24 horas del día (149); en las primeras 24 horas (154); durante las primeras 24 horas tras haber sido intervenido (160); de hasta 38.5 desde hace 24 horas (168, 169); en 24 horas (199); una cura limpia de 24 horas (210); En 24 horas (227); (las primeras 24 horas) (228); falleciendo a las 24 horas del ingreso hospitalario (101); cada 48 horas; últimas 48 horas (22); durante las primeras 48 horas (43, 106); cada 48-72 horas (51); en las siguientes 48 horas (63); En las últimas 48-72 horas (66); En las últimas 47-72 horas (141); En las 48 horas siguientes a la intervención (160); en las últimas 48 horas, con ortopnea 2 almohadas (183); de 48 horas de evolución (237); a las 48 horas de haber colocado el infusor (245); durante las primeras 48 horas tras la intervención (254); retirándose a las 72 horas (142); A las 72 horas (169); A las 72 horas de estar ingresada (168); en las últimas 72 horas” (179)

7. Nota informativa del horario de recepción de llamadas. En todos los casos con la forma plena excepto en el documento 160 que en un caso la abreviatura lleva punto y en otro no lo lleva:

“Llamando de lunes a viernes en horario de 9 a 14 horas al teléfono 941297500 extensión 83221, 83222, 83223 ó 83229 (104, 106)  
8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes (34, 37, 42)  
de lunes a viernes en horario de 9 a 14 horas .... (43, 254, 284)  
de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes (27, 78, 83, 122, 126, 168, 192, 196)  
en horario de 8:30 h a 11:30 h.” (160)

## 8. Otros contextos de la voz hora ofrecen en todo momento la forma plena:

“al menos 18 horas al día (6)  
a partir de que pasen 8 horas de la intervención y durante el primer día (160)  
cada 1 ó 2 horas (147)  
cede en 1 hora (267)  
Hoy le han cambiado a 70 hace aproximadamente una media hora (248)  
UNA HORA POR LA MAÑANA Y OTRA POR LA TARDE (162)  
Unas horas antes (26 )  
favorable en las primeras horas (160)  
se realiza en las primeras horas (198)  
de 10-15 minutos cada hora (106, 254)  
de 10 a 15 minutos cada hora (160)  
Consulta de Hematología número 066... el día 28-XII-06 (la hora se la comunicarán por correo)” (258)

## MINUTO

Los contextos en los que encontramos alusión a los minutos son los siguientes:

1. Medida de la frecuencia cardiaca: lo localizamos, sobre todo, en el apartado Exploración aunque en algunos casos se sitúa en el encabezado del documento, justo debajo de los datos administrativos junto con la tensión arterial sistólica, la tensión arterial diastólica, la temperatura y la saturación de oxígeno. Las formas que obtenemos son:

pm: “Fc: 62pm” (238), “FC 93 pm.” (23), “FC: 90 pm” (187), “Frecuencia Cardiaca 99 p.m.” (184)

lpm: “Fc 76 l.p.m.” (181), “FC 60 lpm” (189, 150, 4, 22), “FC: 74 lpm” (10, 182, 240), “F.C. 60 lpm” (98, 99, 24), “F.C. 90 l.p.m.” (80, 336), “F.C.: 64 l.p.m.”, “FC: 107 lpm” (319) y en encabezado: “Fc 91 l.p.m.” (375, 379, 389, 395)

x?: “FC 96 x” (166), “FC 90x” (247), “F.C. 80 x” (33, 56, 58, 84, 94, 173), “F.C 55x” (215, 224), “frecuencia cardiaca 58 x” (179)

X?: “F<sup>a</sup> C<sup>a</sup> 94 X” (183, 141)

lx?: “FC: 118 lx” (287)

por minuto: “FC: 78 por minuto” (236, 251, 243, 266, 269, 167, 190, 199, 174, 273, 271, 245, 313), “FC 120 por minuto” (73), “FC: 120 por minuto” (73), “Frecuencia cardiaca 80 por minuto” (137), “Frecuencia cardiaca: 82 por minuto” (203, 137, 357)

pulsaciones por minuto: “Frecuencia cardiaca: 71 pulsaciones por minuto” (233)

latidos por minuto: “FC: 108 latidos por minuto” (147)

Ø: “Fc: 119” (1, 16), “Fc 76” (9), “FC: 58” (105, 7, 8, 67, 176, 75, 222, 191, 77, 69, 188, 180, 115, 157, 227, 229, 63, 170, 93, 276), “FC 61” (25, 136), “F.C. 95” (70, 39, 134), “FC: 96%” (211), “Frecuencia cardiaca: 60” (217, 325, 139, 41, 44, 46, 48, 52), “Frecuencia cardiaca 62” (219, 64)

2. Medir la frecuencia respiratoria: “FR: 12 p.m.” (336), “Frecuencia respiratoria: 16” (105, en exploración).

3. Medir la auscultación cardiaca:

pm: “A.Cardiaca: RsCsRs: 80 p.m.” (6), “AC: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos a 80 p.m.” (390, 391, 392), “AC: ...a 75pm” (228)

lpm: “AC 120 lpm” (136, en exploración), “AC: Rítmica a 80 lpm” (259), “Auscultación Cardiaca: tonos apagados, rítmicos, a 50 lpm” (161), “A.cardiaca: TAC con tonos rítmicos 80 lpm” (2)

x?: “AC: Rítmica a 96 x” (211), “AC: tonos apagados rítmico a 80 x” (280), “A.C.: tonos rítmicos a 96x” (39, también F.C.: 96)

por minuto: “AC: tonos rítmicos a 80 por minuto” (76), “AC: Tonos rítmicos a 70 por minuto” (73), “AC: tonos arrítmicos a 80 por minuto” (137), “AC: ruidos cardiacos rítmicos a 80 por minuto” (296, 300), “Auscultación cardiaca: Rítmica a 130 por minuto” (135, 120), “Auscultación Cardiaca: Rítmico a 90 por minuto” (41), “Auscultación cardiaca, rítmico a 70 por minuto” (353), “Auscultación cardiaca: rítmico a 80 por minuto” (75, 77, en exploración también “FC: 80”), “Auscultación cardiaca: rítmica a 90 por minuto” (172), “Auscultación cardiaca: Tonos cardiacos rítmicos a 80 por minuto” (130), “Auscultación cardiaca rítmica a 100 por minuto” (117), “Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos a 50 por minuto” (313, también “FC: 50 por minuto”, 157), “Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos rítmicos a 102 por minuto” (271, también “FC: 102 por minuto”, 290, 291, 292, 294, 299, 302, 308, 310, 315, 322), “Auscultación cardiaca: ruidos cardiacos arrítmicos a 90 por minuto” (286), “Auscultación cardiaca: Ruidos cardiacos rítmicos a 82 por minuto” (203), también “Frecuencia cardiaca: 82 por minuto” (334, 205), “Auscultación cardiaca con tonos rítmicos, a 70 por minuto” (67), “Auscultación cardiaca: Arrítmico a 60 por minuto” (217, también “Frecuencia cardiaca: 60”)

latidos por minuto: “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos rítmicos a 80 latidos por minuto” (15), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos rítmicos: 80 latidos por minuto” (36), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos rítmicos, a 70 latidos por minuto, sin soplos” (394), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos arrítmicos 80 latidos por minuto” (87), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos rítmicos, 80 latidos por minuto” (90), “Auscultación cardiaca: Tonos cardiacos rítmicos a 80 latidos por minuto” (82, 95, 109), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos rítmicos, a 80 latidos por minuto” (387, 397), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos rítmicos a 75 latidos por minuto” (101), “Auscultación cardiaca: tonos cardiacos arrítmicos a 60 latidos por minuto” (111), “Auscultación cardiaca: rítmica a 80 latidos por minuto” (320), “AC: tonos rítmicos a 80 latidos por minuto” (74)



pul/min: “AC: rítmica a 90 pul/min.” (28), “AC: ruidos cardiacos rítmicos a 70” (297), “Corazón: tonos puros a 80 por minuto” (148, en exploración), “Auscultación Cardíaca: Rítmica a 50” (40), “ACV en 6 ocasiones” (228, 230, A.P.), “ACV 6 episodios” (229, A.P.)

4. Medir el pulso: En exploración “Pulso 75 por minuto” (32, exploración), “Pulso: 77 por minuto” (372, 282), “70 por minuto de pulso” (248), “91 por minuto de pulso” (289), “PC: 78-80 lpm” (66), “Pulso: 55” (40)

5. Medir la fibrilación auricular: en Antecedentes Personales: “Fibrilación auricular de 2 años de evolución” (137), “fibrilación auricular a 160 x” (70)

6. Medir la saturación de oxígeno: “con O2 en gn a 3 lpm” (150), “Oxígeno domiciliario a un flujo de 2 lpm” (6), “OXÍGENO EN GAFAS NASALES a 2 lpm” (311), “SatO2 (3 lpm) 92%” (150), “SatO2 a 2lpm: 90%” (182), “Sat basal 91% (98% con O2 a 2 lpm)” (22), “SO2 95% a 90 ppm” (193), “Saturación de oxígeno 96% a 2 litros x” (39), “Saturación 98% con oxígeno a 2 litros x” (56), “gafas nasales a 1,5-2 l/min durante unas 16-18 horas/día” (66), “Oxigenoterapia a 5 l./ minuto” (315), “gafas nasales a 2 L/m durante unas 18 horas/día” (141), “O2 gafas nasales 2 L/m” (141), “al alta O2 2 L/m” (183), “Precisa OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA, en gafas nasales a 2 L/m” (183), “OXIGENOTERAPIA Domiciliaria a un flujo de 2 litros/minuto” (80), “Saturación de oxígeno: 94 por minuto” (174), “Saturación de O2: 90% con O2 a 1,5 litros por minuto” (135), “Saturación de O2: 95” (120)

7. “Flutter con transmisión 2/1-3/1 con frecuencia en rango 90-100 lpm” (136)

8. “Aclaramiento de creatinina 50 ml/min.” (122), “4 ml/min.” (4)

9. Otros: “Acude por dolor centrotorácico, opresivo, irradiado a ESI, de unos 30 min de duración” (161); “de minutos de duración” (128); “movimientos bruscos que le duran unos 5” (33); “a los 15 minutos tuvo una crisis” (26)

10. “Electrocardiografía basal: ..... frecuencia ventricular próxima a 90 l.p.m.” (151, Pruebas complementarias)

11. En el apartado Electrocardiograma situado en Pruebas complementarias: “ECG: ritmo sinusal a 110 lpm” (115), “E.C.G.: R. Sinusal; Eje In; Fª 90-98 l.p.m.” (183), “ECG: Ritmo sinusal; eje in; Fª: 70-72 lpm” (66), “ECG: Ritmo sinusal a 75 l.p.m.” (80, 6), “ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm” (256), “E.C.G.: Ritmo sinusal a 54 lpm” (7), “ECG: ritmo sinusal, frecuencia 70 x” (215, 224), “ECG: Ritmo sinusal a 70 x” (247), “ECG (planta): ritmo sinusal a 64x””, “E.C.G.: Ritmo sinusal, eje intermedio a 60 por minuto” (148), “ECG: ACxFA con respuesta ventricular a 72 lpm” (150), “E.C.G.: En Urg: Bradicardia sinusal a 43 lpm” (161), “ECG: Sinusal 110 lpm” (181), “Electrocardiograma: ritmo sinusal a 80 lpm” (4), “ECG RS 50 lpm” (17), “ECG: sinusal a 125 lpm” (19), “ECG al ingreso: Flutter a 150 lpm”, “ECG CONTROL: Flutter con transmisión 2/1 – 3/1 con frecuencia en rango 90-100 lpm.” (136), “EKG: Taquiarritmia a 132 lpm 250”, “ECG: Fibrilación auricular a 68 lpm” (189), “ECG: sinusal 70 lpm” (298), “ECG: R sinusal 80 x” (280), “E.C.G.: A.C. x F.A.; Eje In: Fa 105-74 X” (141), “EKG: ritmo sinusal a 100x” (39), “ECG (Urgencias): fibrilación auricular a 162 x””, “ECG: flutter auricular con frecuencia ventricular de 135 cmp””, “ECG: .... Posteriormente fibrilación auricular con frecuencia ventricular 60-80” (134), “E.C.G.: (Al ingreso) Arritmia cardiaca por fibrilación auricular a una frecuencia media de 118 latidos por minuto” (142), “E.C.G.: (Al ingreso): Fibrilación auricular a 114 latidos por minuto”, “E.C.G. (A su alta): Ritmo sinusal a 90 latidos por minuto” (137),

12. “Ferroprotina: 1 sobre 15 min. antes de la comida” (306, tratamiento), “Primperan, 1 comp 15’ antes del desayuno, comida y cena” (390)

13. Fechas: “El 5/07/06 a las 13 h. 15 minutos (343), El día 12 de Abril a las 10 h 30 min. (344), El día 16 de Marzo a las 13:10 horas (345), El 21/Dic/05 a las 13,10, (347), El día 2-11-04 a las 10,40 minutos (353), El día 22 de junio 2004 a las 10 horas 20 minutos” (354)

14. Actividad física: “de 10-15 minutos cada hora” (106, 254), “de 10 a 15 minutos cada hora” (160)

## SEGUNDOS

Los segundos aparecen en los siguientes contextos:

1. La ecografía Doppler es una variedad de la ecografía tradicional basada en el empleo de ultrasonidos en la que, aprovechando el efecto Doppler, es posible visualizar las ondas de velocidad del flujo que atraviesa ciertas estructuras del cuerpo, por lo general vasos sanguíneos y que son inaccesibles a la visión directa. La técnica permite determinar si el flujo se dirige hacia la sonda o si se aleja de ella así como la velocidad de dicho flujo y precisamente esta velocidad se mide en centímetros por segundo que, en todos los informes en que aparece, lo hace con la forma: cmx”

“la velocidad picosistólica... es de 47.7 cmx” y la de carótida común derecha es de 69 cmx”’, la relación es aproximadamente de 1.1. lo que daría una estenosis menor del 10%” (179, pruebas complementarias, ecografía Doppler)

“la velocidad picosistólica...es de 80.7 cmx’’ y la de la carótida común izquierda es de 78.5 cmx’’ (179, pruebas complementarias, ecografía Doppler)

“velocidad picosistólica de 38.2 cmx’’ (179, pruebas complementarias, ecografía Doppler)

2. Para la evaluación del flujo de las venas pulmonares se miden en metros por segundo como vemos en un documento analizado abreviado, en nuestro caso, como m/seg: “FLUJO PULMONAR CON VELOCIDAD LIGERAMENTE AUMENTADA (1,45 M/SEG)” (161)

3. En segundos se mide el Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada y en nuestros informes localizamos todos los casos en el apartado analítica con las siguientes formas:

seg: “Estudio de Coagulación: ..... TTPA 39 seg” (6), “Coagulación: ... APTT 29.0 seg” (181), “TPTA 38 segundos” (238), “TTPA 32 seg.” (256, analítica), “TTPA 37 seg.” (298), “TTPA 30seg” (359), “APTT (T. tromb. Parcial activada) 27.0 seg ()” (363)

s: “TTPA 25 s” (244), “T. Cefalina 41s”, “T.E. 120 mSg” (424)

sg: “TTPA 37 sg” (336), Con comillas ‘’: Estudio de coagulación: ... APTT 31” (68)

segundos: “Coagulación: ..... TTPA 27 segundos” (7), “Coagulación: ... TTPA 29 segundos” (137), “Coagulación: ... APTT 23 segundos” (158), “APTT 26 segundos” (264), “De unos segundos de duración” (118)

Por último, en muchos informes, por elipsis, no se especifica la medida de este parámetro: “Coagulación: APTT 25” (40, 283), “Coagulación: TTPA 24” (40, 98, 99), “Coagulación: TTPA”: 31 (74), “APTT: 29” (127), “Estudio de coagulación: ... TTPA 26” (173, 184, 262, 263)

4. Latencia es el tiempo de reacción a un estímulo o el tiempo que tarda un impulso eléctrico entre dos puntos de una vía nerviosa; se mide en milisegundos y lo hemos podido constatar en un informe -314- en las pruebas electrofisiológicas realizadas por los oftalmólogos; siempre se abrevia igual: ms. “Latencia de 11.6 ms.”, “Latencia de 21.2 ms.”, “N20-N9 de 9.5 ms.”, “Latencia de 11.9 ms.”, “Latencia de 20.6 ms.”, “N20-N9 de 8.7 ms.”

5. Otros: “T. Cefalina: 29 seg.” (66), “T. Cefalina 30s” (141, 183)

## B. FECHAS

Gran variedad de formatos:

- Día en cifras (una cifra) + / + mes en cifras (una cifra) + / + año con dos últimas cifras: 9/2/07 (23). También encontramos esta estructura entre paréntesis: (3/3/06) (262)

- Día en cifras (una cifra) + / + mes en cifras + / + año con dos últimas cifras: 9/11/05 (178, 94). Igualmente entre paréntesis: (9/02/07) (142, 31, 78, 246)

Con artículo delante localizamos: El 3/01/06 (246, 31, 42); el 7/03/07 (31, 178); exitus el 9/06/07 (61)

Anteponiendo el sintagma ‘el día’ se obtiene: el día 1/01/07 (251, 245, 97, 105, 222, 15, 229, 188, 8); el día 1/09/05 a las 13.30 h. en la 5ª Planta (148); REVISIÓN: En USM del Centro de Salud... el día 5/01/06 a las 12h 30’ (207)

Encabezado por ‘a fecha’: A fecha de 9/01/08 (180, 170)

Con el sintagma ‘con fecha’ como sinónimo de ‘a fecha’ se localiza también: Con fecha 5/12/06: 192, 193, con fecha 5/8/07 (214, 223, 266)

- Día en cifras + / + mes en cifras (una cifra) + / + año con dos últimas cifras: el 19/4/06 (262, 228, en estos ejemplos con artículo delante). Con la voz día por delante en: día 28/2/07 (32), con el sintagma el día: el día 11/5/07 (136); Dado de Alta el día 17/3/07 (133) y entre paréntesis: (alta el 21/4/2006) (261); UROCULTIVO (22/2/06, 16/3/06); HEMOCULTIVOS (16/3/06) (262)

- Día en cifras + / + mes en cifras + / + año con dos últimas cifras: última dosis 24/11/06 (192, 193); 27/02/08 (158, 1, 113, 158, 27, 116, 20)

La misma estructura la encontramos entre paréntesis en varios ejemplos más: (24/01/07) (27, 246, 126, 102, 31, 49, 252, 192, 193, 19, 37, 38, 150, 169, 230, 204)

Tal vez por error aparece en un informe el mes con tres dígitos: (22/012/05) (246) y en otro cuatro apartados: Cr 1.7 el día 03/03/05/06 (249)

En ocasiones lleva artículo: Fue intervenida el 17/08/05 (200); ...finalizando el 16/02/07 (246); El 12/01/07 (126, 35, 27, 83, 126); El 13/10/06... se completaron las 4 semanas de tratamiento: 126; el 09/01/07 (34, 253, 15, 16, 78, 31, 154, 20, 19, 178, 1, 2, 126, 192, 193, 140); dado de alta el 14/01/07 (257); ingresó el 31/05/06 (83)

A veces se antepone el sintagma el día: el día 17/02/07 (90, 92, 95, 175, 269, 19, 8); El día 12/03/07 (69, 97, 169); cita el día 23/05/06: 175; toracocentesis evacuadora de 1.000 cc el día 11/01/05 (212)

En otros casos forma parte de un sintagma preposicional del tipo ‘a fecha de...’: A fecha de 17/01/07 (77, 120, 229, 159, 163); a fecha de 01/01/08 (170, 180, 176, 75, 63, 69, 75, 77, 120, 227, 188, 170, 159, 163).

Aunque no es lo más común, en algunos informes se acompaña con ‘a fecha’ o dejando solo la preposición y eludiendo el sustantivo: a fecha 16/07/07 (120); a 22/12/05 (207)

Se emplea, asimismo, ‘con fecha’ como sinónimo de la construcción anterior en un mayor número de casos: Con fecha 30/03/07 (277, 136, 83); con fecha 04/04/07 (98, 204, 192, 193).

El empleo con otras preposiciones se reduce a ‘desde’ y ‘hasta’, en un caso con artículo: HASTA EL 30/08/05 (27) y en algún otro con ‘el día’ antepuesto: Desde el día 24/09/07 (19); hasta el día 21/01/07 (248)

Se localiza un único ejemplo de la estructura empleada para especificar la fecha de una intervención quirúrgica; así, Fecha: 24/02/04 (220)

• Día en cifras (una cifra) + / + mes en cifras (una cifra) + / + año completo: 7/3/2007 (32). También entre paréntesis y con punto en los miles del año: (7/5/2.008) (20)

• Día en cifras (una cifra) + / + mes en cifras + / + año completo: 5/12/2006 (78, 249). Con ‘el día’ antepuesto: el día 3/11/2007 (149)

• Día en cifras + / + mes en cifras (una cifra) + / + año completo: 17/0/2007 (11). Y entre paréntesis en: (29/8/2007; 11/9/2007) (141, 20); (18/4/2.008): 20, en este último caso con punto en los miles del año.

• Día en cifras + / + mes en cifras + / + año completo: 03/01/2007 (251, 247, 17, 13, 73, 240, 140, 25, 257, 151, 147, 38, 250, 110, 33, 42, 179, 23, 47, 143, 263, 35, 112, 246, 158, 276, 256, 126, 274, 215, 224, 93, 40, 71, 29, 84, 90, 118, 236, 245, 273, 243, 255, 248, 253, 99, 102, 200, 32, 27, 133, 113, 156, 98, 198, 270, 26, 106, 51, 45, 88, 77, 28, 262, 239, 72, 75, 31, 210, 239 (tres veces), 204, 40, 284, 234, 5, 56, 62, 206, 131, 261, 83, 39, 272, 265, 122, 283, 92, 95, 97, 101, 105, 107, 90, 196, 65, 136, 109, 111, 175, 86, 199, 277, 282, 124, 172, 21, 186, 100, 159, 163, 170, 176, 180, 197, 266, 269, 279, 167, 174, 190, 195, 235, 67, 114, 134, 218, 68, 144, 121, 267, 58, 63, 69, 271, 145, 260, 185, 117, 202, 49, 30, 148, 132, 142, 87, 128, 233, 37, 61, 82, 161, 203, 205, 209, 79, 208, 232, 57, 59, 81, 138, 54, 55, 120, 123, 125, 128, 184, 11, 36, 55, 216, 139, 152, 217, 52, 154, 85, 130, 132, 135, 7, 153, 238, 278, 41, 44, 214, 223, 252, 46, 48, 160, 3, 22, 226, 76, 10, 40, 228, 201, 119, 40, 122, 14, 222, 40, 155, 16, 18, 122, 24, 183, 194, 141, 80, 150, 182, 229, 60, 64, 20, 168, 129, 4, 173, 227, 9, 231, 89, 169, 285, 12, 96, 149, 188, 254, 242, 19, 137, 219, 166, 189, 221, 8, 15, 213, 187, 177, 259, 264, 258, 1, 40, 171, 181, 38, 192, 94, 244, 146, 191, 162, 2, 193, 230, 237), 25/04/2006... a las 10 h., 02/05/2006 a las 13.15 h. (262).

Asimismo entre paréntesis: (23/05/2007) (186, 22, 141, 183). Y con punto en los miles del año: (17/04/2.008) (20, 168, 169)

Con artículo delante citaremos: El 11/04/2006 (87, 200); el 03/04/2007 (44, 123, 125, 226). Y por error, con un 0 de más en: el 14/10/20006 (54)

En ocasiones la fecha incluye el sintagma: el día; así en el día 02/04/2007 (50); El día 04/04/2006 (270, 210, 191); el día 11/04/2006 (270, 111, 109, 87, 82, 59, 55, 36, 76, 281, 4); **el día 06/05/2005 a las 11:45 horas** (210).

En aquellos documentos en los que se alude a una intervención quirúrgica, la fecha se indica casi siempre de la misma forma tras el encabezado INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: Fecha: 30/11/2007 (13, 17, 85, 91, 129, 201, 209)

Esta estructura es la más habitual cuando el sintagma comienza por ‘a fecha de’: A fecha de 22/02/2007 (50, 40); A fecha de 13/07/2007... por lo que a fecha de 17/07/2007 (217); a fecha de 29/03/2007 (46, 50, 48, 41, 52, 117, 135, 130).

A estos ejemplos podemos añadir aquellos en los que se prescinde de la preposición ‘de’ o incluso de la voz ‘fecha’: a fecha 30/04/2007 (44, 217, 139, 191), Analítica a fecha 14/12/2006 (40); Cultivo de orina a fecha de 01/03/2007 negativo (48); a 09/01/2007 (43).

Como sinónimo de la construcción anterior se emplea, en ocasiones, ‘con fecha’ o ‘con fecha de’: Con fecha 19/12/2006 (50); con fecha 30/05/2006 (76); con fecha de 21/06/2007 (79, 208).

Finalmente, aparece esta estructura en los siguientes ejemplos: (ver informe de alta de fecha 12/01/2005) (212); hasta fecha de 11/04/2007 (48); hasta el 21/10/2007 (149); Analítica de 06/09/2006 (40); Cultivo de orina 25/01/2007 (50)

- Día en cifras + / + mes en letra + / + año con dos últimas cifras: en este caso anteponiendo el sintagma ya mencionado: el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h. (142)

- Día en cifras (una cifra) + guión + mes en cifras + guión + año con dos últimas cifras: 5-04-05 (156).

Anteponiendo ‘el día’: El día 4-05-05 (27); el día 7-08-04 (278) o en un apartado concreto: **REVISIÓN: 5-10-06 a las 11.30 h,** (216)

- Día en cifras + guión + mes en cifras + guión + año con dos últimas cifras:

En ocasiones con artículo antepuesto: El 22-04-05 (27); el 26-04-00 (278)

A veces con el sintagma ‘el día’: el día 05-04-05 (156, 131, 146); El día 14-10-05 a las 11.30 horas (155).

Tras una intervención quirúrgica hemos señalado anteriormente la forma que se emplea; sin embargo, se utiliza esta otra estructura en dos casos: FECHA DE INTERVENCIÓN: 29-04-05 (131, 146)

- Día en cifras + guión + mes en cifras (una cifra) + guión + año con dos últimas cifras: 15-4-04 (51); 14-9-05 a las 12.15 h cta 28, 2ª planta (153); que tiene lugar el día 22-5-06 (144); sobre la semana del 11-7-05 (202)

- Día en cifras + guión + mes en cifras (una cifra) + guión + año con dos últimas cifras: 8-9-05 (155); deberá presentarse el día 7-7-05 en el 5º Dcha (202); PROTESIS TOTAL DE RODILLA 913...EL 4-8-05; HTO EL 9-8-05: 28.7 (153).

Con sintagma ‘el día’ por delante de la fecha: El día 11-4-06 se realiza UC + evacuación de coágulos + RTU de zona sospechosa vesical + RTU paliativa de próstata (88); El día 28-3-06 a las 11.25 horas (71, 51)

Con artículo delante: el próximo miércoles 12-5-04 (265); el 12-7-05 (81); Biopsia de próstata el 27-4-04 (265).

Por último, tal vez se pueda considerar erróneo el ejemplo siguiente: Ginecológico: G.A.V.: 9-2-7 (158).

- Día en cifras + guión + mes en cifras + guión + año completo, en este caso entre paréntesis: (05-05-2005) (66)

- Día en cifras (una cifra) + guión + mes en cifras (una cifra) + guión + año completo: 9-7-2007 (141)

- Día en cifras + guión + mes en cifras (una cifra) + guión + año completo: En la analítica del 14-5-2.007 (196)

- Día en cifras (una cifra) + guión + mes en cifras + guión + año completo: Reoperación el 3-10-2005 (237)

- Día en cifras + guión + mes en letra + guión + año completo:

Con artículo: el 9-febrero-2007 (32)

Con ‘el día’ antepuesto: EL DÍA 17-AGOSTO-2005 A LAS 10 HORAS 45 MINUTOS EN LA CONSULTA Nº 20 (104)

- Día en cifras + guión + mes en números romanos + guión + año con dos dígitos finales: Con el sintagma ‘el día’ antepuesto: el día 28-XII-06 (258)

- Día en cifras + de + mes en letra + de + año completo: 25 de enero de 2007 (72, 115, 127, 280); dos casos con el mes en mayúsculas: el día de su ingreso en nuestra unidad el 15 de Mayo de 2007 y 1 de Junio de 2007 (233, sin artículo) y entre paréntesis en un ejemplo: (última transfusión 17-18 de abril de 2006) (261).

En ocasiones con artículo delante que en algún caso lleva mayúscula inicial para el mes: El 12 de Junio de 2007 (205); el 13 de Junio de 2007 (205, 203); el 19 de Junio de 2007 a las 11.50 (186) y en otros minúscula: El 2 de enero de 2007 (93, 107, 276, 167, 190, 227, 1, 2); el 31 de enero de 2007 (9, 58, 94, 107, 152, 157, 167, 174, 190, 271); EXITUS el 13 de junio de 2007 (203, 205); desde el 5 de septiembre de 2004 (197).

Otras veces con el sintagma ‘el día’ y minúscula en el mes: el día 3 de octubre de 2005 (24, 107, 114, 172, 279); el próximo día 16 de febrero de 2007 (42); el día 5 de mayo de 2005 a las 9,50 horas (74); ...el día 26 de marzo de 2007, .... a las 11:00 h (84); el día 9 de enero de 2007 a las 12.45 horas (244); el próximo día 15 de febrero de 2006 a las 10’20 horas (280); El próximo día 24 de enero de 2007 a las 9.15 horas de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes (230); el próximo día 24 de enero de 2007 a las 10.45 horas (34); el día 10 de julio de 2006 a las 8,30 horas (100). Sin embargo, hallamos también algún ejemplo especial como el caso en el que la inicial del mes se escribe con mayúscula y la preposición incluye artículo –del-: el día 29 de Junio del 2007 (57) o aquella en que el mes va en mayúscula: el día 18 de Diciembre del 2006 a las 12.30 horas (6).

Bastante habitual resulta el empleo con el sintagma preposicional ‘con fecha’ antepuesto o ‘con fecha de’: con fecha 29 de marzo de 2007 (197, 236, 243, 282); Con fecha 17 de enero de 2007 (241); con fecha de 6 de marzo de 2007 (255). Por el contrario, con preposición ‘a’: a 20 de enero de 2005 (212, 66)

En el siguiente ejemplo el sintagma es ‘el próximo día’ y, de forma anómala, el día lleva 0 por delante del dígito de las unidades: el próximo día 02 de marzo de 2006 a las 11.30 horas (35)

Esta forma contracta ‘del’ se emplea en otros ejemplos: El 6 de Abril del 2005 (27, 59, 61, 274, 57); el próximo 9 de marzo del 2007 a las 10,45 de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes (126).

Y solo en dos casos, de forma extraña, se omite dicha preposición: el 15 de Marzo 2006 (252); 30 de Mayo 2008 (5).

También resulta asombrosa la presencia de: a fecha de 11 de enero de 2008 (176) cuando lo habitual es presentar la fecha encabezada por el sintagma ‘a fecha de’ siempre con dígitos y separados por /

- Día en cifras + punto + mes en cifras + punto + año con dos últimas cifras: entre paréntesis en este ejemplo (16.10.08) (20)

- Día en cifras + de + mes en letra + guión + año con dos últimas cifras: 21 DICIEMBRE-05 (37) y entre paréntesis en este ejemplo (22 de enero-07) (42)

Con el artículo delante: El 18 de julio-05 (27); el 30 de agosto-05 (27); el 21 de diciembre-05 (37).

Con el sintagma ‘el día’ por delante: el día 23 de ABRIL-07 a las 13:30 horas (27)

Antepuesto el sintagma preposicional ‘con fecha’: Con fecha 22 de diciembre-06 (42)



En apartado distinto mencionaremos aquellos ejemplos en los que se alude a un periodo temporal bien separado por las preposiciones ‘del...al’ o ‘entre el...al’ :

Periodo de días: del 2 al 21 de Enero/05 (202); del 14 al 22 de Agosto/07 (1, 2)

Periodo de años: Ingreso del 30/08/2007 al 1/10/2007 (181), entre el 04/06/08 al 24/06/08 (20); del 6/10/06 al 17/11/06 (276).

Un tercer apartado lo conforman aquellas fechas que incluyen exclusivamente el mes y el año de las que se comprueba la existencia de diversas estructuras:

- Mes en letra + de + año completo. Con la inicial del mes en mayúscula: de Enero de 2006 (125). Más frecuentemente con la inicial en minúscula: hasta inicio de mayo de 2007 (130); hasta abril de 2006 (56, 77, 229); Durante el mes de junio de 2005 (40); Ultimo TAC de junio de 2004 (213); Se realiza cambio de sonda fecha de diciembre de 2006 y en dicho mes cuadro de ITU (40); enero de 2006 (1, 2); Final de junio de 2007 (130); febrero de 2006 (144); a final de agosto de 2007 (222); a mediados de marzo de 2006 (251); De abril a noviembre de 2006 (48, 243). Con la preposición ‘en’ y el mes en mayúscula: TBC en Noviembre de 2006 (184); en el mes de Febrero del 2007 (79); En Marzo de 2007 (82, 120, 112, 123, 208, 125, 139, 124, 125, 40); en Septiembre de 2005 (112, 136); A fecha de Febrero de 2007 (48). También con el mes en minúscula: Ingreso en diciembre de 2007 (180); Ingresado en mayo de 2006 (99); Ingresada en CARS en diciembre de 1981 (207); Último ingreso en marzo de 2007 (199); no presente en enero de 2007 (56); posteriormente 6 ciclos de quimioterapia adyuvante, el último en diciembre de 2006 (84); Posteriormente en diciembre de 2005 (199); y posteriormente en marzo de 2005 (266); Ultimos ingresos en abril y mayo de 2007 (134); diagnosticado en agosto de 1999 (267); TBC en noviembre de 2006 (180); TBC pulmonar en noviembre de 2006 (181); Epididimitis + neutropenia en junio de 2006 (259); AIT en marzo de 2007 (159); metástasis en 2 ganglios submentonianos en agosto de 2005 (279); En enero de 2006 (36, 77, 191, 276, 31, 36, 46, 109, 139, 208, 222, 236, 172, 147, 56, 72, 256, 261, 8, 9, 50, 52, 56, 63, 101, 111, 130, 170, 173, 174, 277, 147, 191, 101, 132, 105, 90, 119, 123, 180, 40, 41, 199, 159, 87, 266, 93, 188, 64, 229); En enero de 2006.... Estabilización hasta enero de 2007, En marzo de 2007 recidiva pulmonar + derrame pericárdico.... (266); En agosto de 2006... hasta noviembre de 2006 (101); en enero de 2006 (41, 72, 69, 236, 44, 45, 111, 240, 52, 67, 84, 98, 226, 43, 255, 256, 231, 1, 2, 236, 149, 188, 277, 103, 173, 199, 75, 90, 197, 94, 191, 90, 170, 136, 253, 66, 119, 72, 248, 176, 267, 36, 205, 69, 70, 72, 173); en febrero de 2007 ... y en el año 2006 (255); A fecha de abril de 2006 (48); Con fecha octubre de 2006 (241); Desde octubre de 2007 (163); Desde agosto de 2007 (176)

- Mes en letra + de + año con dos últimas cifras: en enero de 04; En abril de 05 (34)

- Mes en letra + del + año completo. Bien con el mes en mayúsculas: De Mayo a Septiembre del 2006 (125); (último ingreso en Julio del 2007) (184). En Abril del 2004 (87, 82, 79); en Abril del 2007 (18, 19, 128, 133, 184, 82, 87, 59, 186, 87) o en minúsculas: ...por seis ciclos hasta diciembre del 2006 (82); ...hasta junio del 2006 (246); 64 Gy que finalizó en julio del 2000 (278); realizada en enero del 2007 (272); En febrero del 2.006 (122, 196); En enero del 2007 (126, 278, 274); en febrero del 2007 – biopsia (62); en marzo del 2000 (278, 47, 4, 205); en abril del 2.008 (20); En la revisión de marzo del 2.007 (196); Desde octubre del 2.006 (196, los dos últimos ejemplos con punto en las unidades de mil). En un caso se especifica incluso la voz ‘año’: en Enero del año 2007 (13)

- Mes en letra + del + año con dos últimas cifras: en noviembre del 97 (240)

- Mes en letra (la inicial tanto en mayúscula como en minúscula) + año completo: se plasma la existencia de muchos ejemplos entre paréntesis. Obtenemos algún caso todo en mayúsculas: ABRIL 2.008: .... 20 (en juicio clínico); MARZO 2.007: SEGUNDA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA ALIMTA; (MARZO 2.007) (196). Con la inicial del mes en mayúsculas: AIT en Marzo 2007 (161); metástasis en 2 ganglios submentonianos en Agosto 2005 (280); Septiembre 2004 (120); (Febrero 2006), (Junio 2006) (141); (Mayo 05, Junio 06) (Mayo 2007) (Mayo, Junio, Julio 2007) (141); (Noviembre 2006) (182, 183); (último, Julio 2007) (183); En Febrero 2006 (120, 91). Asimismo, se obtienen ejemplos con el mes en minúscula: Durante mayo/junio 2006 (40); hasta junio 2007 (4); Neo uterina i.q. en agosto 2005 (207); Final de diciembre 2005 (40); A final de febrero 2006 (40); (abril 1999) (116, 240); En enero 2006 (40, 41, 135, 34); en febrero 2007 (4, 135, 181, 135); en Junio 2007 (117, 108); en Nefrología junio 2007 (4); con fecha Abril 2007 (136). Quizá por error, en un informe se escribe la fecha solo con tres cifras: PSA (en septiembre 182), en septiembre....(173)

- Mes en letra + año con dos últimas cifras: enero 07 (228); En ferero 06 (192)

- Mes en letra + / + año con dos últimas cifras: A veces todo en letras mayúsculas: (JULIO-DICIEMBRE/06), hepatomegalia de 4 traveses (MARZO/07), ABRIL/07 POR UN CICLO (83); NOVIEMBRE/06 (230); ABRIL-JUNIO/2007 (54). También en ocasiones se comprueba que el mes lleva inicial mayúscula: hasta Julio/07 (15, 16); hasta Marzo/04 (148); **Ingresó Noviembre/06** (192); Ingresó Noviembre/06 (193); Ingresos previos. Septiembre/04...Octubre/06 (137); Mayo/07 (En TAC... de ...) (15, 16); Enero/06 (73); (Junio/06): 2004 ciclos hasta junio/06 (78). Menor es el número de ejemplos en que el mes va en minúscula: marzo/06 (78); a principios de enero/06 (192). Con la preposición ‘en’: En Febrero/07 (9, 192, 193, 15, 16, 200, 1, 2, 168, 169, 148), En Julio-Agosto/07 (15, 16); en Febrero/06 (142, 1, 2, 202); diagnosticada en Octubre/06 (137); Gastritis antral en Octubre/06 (137); LLC-B estadio I, diagnosticada en Abril/01 (202); En enero/00 (230); En marzo/07 (83); en julio/07 (168, 169); 6 ciclos finalizando dicho tratamiento en diciembre/06 (83).

- Mes en letra + / + año completo: En Enero/2006 (54)

- Mes en letra pero abreviado + / + año con dos últimas cifras: En Dic/06 (126)

• Mes en número + / + año con dos últimas cifras: estructura que conlleva la mayor ambigüedad ya que se puede confundir con el día y el mes. En 04/07 es diagnosticado de LMA: 121 (ambiguo puede ser el 4 de julio o en abril del 2007 teniendo en cuenta que el informe está fechado el 9 de junio de 2007. El documento no lo aclara luego habría que buscar en el historial del paciente; sin embargo, se deduce que es más importante la fecha de diagnóstico que el día); diagnosticada en el Servicio de Cirugía en 08/05 (200) (ambiguo pero al ser diagnosticada se supone que no interesa tanto el día de diagnóstico sino el mes). Si no conoces a fondo la confección de los informes estos detalles se escapan a un paciente. Retención aguda de orina 2/07 (29) (informe del 13/03/2007 luego se sobreentiende que es el mes y el año); Fractura...en 11/04 (202) (en antecedentes personales, se mencionan por orden de aparición Abril/04, Noviembre/02, 11/04, del 3 al 4 de Febrero/05 y 2 al 21 de Enero/05 luego, como vemos, la secuencia temporal no se respeta y, por tanto, no aclara la duda de si es el 11 de abril o noviembre de 2004. No obstante se intuye que sea el último caso ya que va precedido de la preposición en: Fractura...en once de abril suena peor que fractura...en noviembre de 2004); entre 07/03 y 11/03: 34 (tiene que ser entre julio de 2003 y noviembre de 2003 ya que en el informe se hace referencia al periodo de tratamiento quimioterápico y en cuatro días es imposible administrarlo)

• Mes en número + / + año completo: -08/2006- (226); TAC 8/2005 (280). En el 06/2005 (41); A fecha de 04/2006 (40, 135, 217); A fecha 05/2006 (40)

- Mes en letra + apóstrofe + año con las dos últimas cifras: AIT en Marzo´07 (160, 161)

• Mes en números romanos + / + año completo: nefrectomía (II/2006) (143)

• Mes en número + de + año completo: Ingreso el 7 de 2007 (180)

• Mes en letra + guión + año con dos últimas cifras: En ocasiones, va todo con mayúsculas: HASTA OCTUBRE-05 (27); OCTUBRE-08: ..... (20, en juicio clínico); ENERO-07 (27); (ENERO-07) (37). El mes puede llevar la inicial en mayúsculas: Septiembre-06 (27); (Octubre-05) (200) o, de forma más habitual, en minúscula: hasta agosto-06 (42); (enero-07) (27, 37); enero-06 (78); 5 ciclos, el último en noviembre-06 (102); octubre – 06 (126); por primera vez en agosto-05 (192); entre agosto y **septiembre-05** (192); por primera vez en agosto-05 (193); entre agosto y septiembre-05 (193); noviembre-01 (268). En enero-06 (34, 27, 193, 53, 35, 102, 126, 37, 126, 192, 193); en febrero-07 (102, 37, 83, 35, 42, 126, 20, 34); desde enero-05 (37); Desde junio-05 (37); el último en abril-06 (54). Un caso aparece con la inicial del mes en mayúsculas: el último en Agosto-03 (122)

En una ocasión aporta un intervalo de fechas: desde septiembre-05 a febrero-06 (102)

- Mes en letra abreviado + guión + año con dos últimas cifras: En Jul-07 (150)
- Otros: en septiembre de dicho año (40); En Noviembre del mismo año (15, 16, 276 (2 veces))

El siguiente apartado ofrece estructuras que combinan el día y el mes:

- Día en cifras + / + mes en números: 26/08 (8) (no cabe ambigüedad: 26 de agosto); el 11/09 (116) (11 de septiembre ya que está fechado el informe el 18/09/06); el 31/05 (121) (31 de mayo) puede ser ambiguo; El 29/05 (226) (29 de mayo ya que está fechado el 24/08/2007; además pocas líneas después escribe El 25 de julio....); Desde la fecha de 14/03 (41) (14 de marzo).

A fecha de 25/04: 41 (25 de abril porque va detrás de 18/04/2007); Desde fecha de 14/03: 41 (14 de marzo; se deduce porque posteriormente aparece 18/04/2007); A fecha de 22/03: 46 (22 de marzo); A fecha de 28/03: 46 (28 de marzo. por el contexto, ya que el informe es del 2007); A fecha de 07/03: 50 (7 de marzo por el contexto); A fecha de 15/03: 50 (después 27/03/2007 lo que indica que es 15 de marzo); A fecha de 20/05: 135 (20 de mayo); A fecha de 26/06: 135 (en el mismo fragmento de la evolución: A fecha de 06/2007; A fecha de 26/06; a fecha de 29/06/2007); A fecha de 21/06: 217 (21 de junio); dado de alta el 27/07: 22 (sin ambigüedad posible); a fecha de 28/03: 46; a fecha de 31/01: 130

A fecha 06/09: ... : 40 (en este fragmento de la evolución es curiosa la variedad de estructuras de datación que se ofrecen; así, el mes de junio de 2005, en julio de 2005, en agosto de 2005, durante el mes de agosto y septiembre de 2005, en septiembre de 2005, a fecha de 28/12/2005, final de diciembre 2005, en enero 2006, a final de febrero 2006, a fecha de 04/2006, a fecha 05/2006, durante mayo/junio 2006, fecha de diciembre de 2006, a fecha de enero 2007, en febrero 2007, a fecha de abril 2007, a fecha de 05/04/2007).

- Día en cifras + de + mes en letras. Con artículo por delante y el mes en mayúsculas: el 18 de Abril (5); al menos hasta 20 de Julio (252) o en minúsculas: el 19 de noviembre (171, 282); El 18 de enero (172, 226); El 3 de octubre del mismo año... (236); El 23 de mayo 1 hora después de extraer analítica (267); (realizada el 2 de abril) (53); y próximamente el 1 de febrero... e igualmente el 13 de febrero acudirá a... (103). En otros momentos se presenta anteponiendo el sintagma 'el día', una vez en mayúsculas el mes y el resto en minúsculas: el día 7 de Septiembre a las 10:20 h. (119); realizado el día 1 de Septiembre (119); iniciado el día 16 de diciembre (181); el día 27 de diciembre a las 10:45 horas (78, 89, 213, 259); el día 2 de enero (180, 172, 283, 24, 229, 242, 22); cita del día 23 de febrero (35); el jueves 19 de octubre a las 12,30 horas (60). Por último, en algún caso comienza con 'Con fecha': Con fecha 16 de enero (236, 282); encefalopatía grado I hacia el 19 de abril y grado III a primeros de mayo (266)

- Día en cifras + guión + mes en cifras: informe del 13-12 (171)

• Los siguientes ejemplos demuestran la enorme variedad obtenida en los informes cuando se cita una fecha ya que para un intervalo de fechas se pueden optar por varias opciones: tratamiento con quimioterapia de septiembre a noviembre de 2005 (199); Recibió tratamiento entre julio-05 acabando el 9 de enero-06 (42); De septiembre de 2005 a febrero de 2006 (101, 191); de Noviembre de 2005 a Enero de 2006 (125).

• En numerosas ocasiones la localización temporal se ciñe al año: EN 1986 (220); En 1989 (219, 5, 8, 9, 35, 222, 219, 139, 227, 283, 284, 285, 115, 269); En 2005 colonoscopia (108); en 1968 (278, 58, 56, 282, 283, 284, 285, 220, 147, 201, 213, 54, 123, 5, 80, 115, 116, 228, 230, 123, 124, 139, 108, 117, 173, 237, 238, 135, 22, 23, 75, 76, 149, 150, 108, 14, 62, 227, 172); IM en 2004 (151); desde 1973 (5, 63, 64); conocido desde 2002 (64); Aplastamiento D9 conocido desde 1998 (220); Aplastamiento en D9 desde el 1998 (222); diagnosticado en 2005 (67); Diagnosticada en 2004 (58); Accidente cerebro vascular agudo en 1974 y 1994 (82); AIT en 1974 y 1994 (83, 84, 85); Hernia inguinal derecha 2003 (18, 19); 2 AIT en el 74 y 94 (86); Hepatitis en 1976 (92); infarto agudo de miocardio no Q en 2004 (149); IAM no Q en 2004 (150); Apendicectomía en 1987 (199); Apendicectomía en 1987 (200); TEP en 1997 (229); stent en 1997 (229); Infarto Talámico en 1997 (238); aneurismas en el 2005 (238); AIT en el año 2005 (277); Prótesis...colocada en 1999 (49); Colonoscopia 2003 (108); TAC anterior (2004) (285); (1980): (282, 37, 43, 116); respecto a exploración de 2005 (80); hallado en 2005 (80); 2001 y 2004 (81); del año 2002 (148)

Y, como en otros casos ya vistos, a veces lleva artículo, otras veces el sintagma completo 'el año' y en otras ocasiones se acompaña de otra información y va entre paréntesis. Menor es el número de casos en los que solo se datan los dos últimos dígitos del año: En el 2003 (9, 282, 236, 105, 213, 123, 124, 276), en el 2001 (7, 236, 1, 2, 52, 63, 124, 24, 282, 123, 206, 273, 25, 269, 55), en el 2.002 (53). En el año 2002 (148); en el año 1993 (124, 4, 233, 188, 24, 57, 254, 61). Y en plural: en los años 2001 y 2004 (79); desde el año 1990 (210, 235). (en 1.969 y hace 3 años) (42). En el año 98 (148, 277, 148)

- Asimismo se citan en ocasiones exclusivamente los meses:

desde mitad del mes de diciembre (75); Desde mediados de julio (127); desde Agosto de este año (177); En mayo (52, 56, 170, 173, 251), En agosto-99 (268); En final de febrero (130); en diciembre en Urgencias (279); Hasta finales de septiembre (188); Durante todo el mes de enero (40); Durante los meses de enero y febrero (67); durante todo el mes de marzo (41); Durante el mes de agosto (229); Durante el mes de agosto y septiembre de 2005 (40); Durante el mes de septiembre (229); Durante el mes de octubre (170, 191); Iniciado en Abril (252); último ciclo en enero (194); ...y en enero... (179); a lo largo del mes de abril (266); a partir de octubre (170); A finales de septiembre (173); ya a mediados de enero (253); a final de mayo (52); A mediados de octubre (251, 248); A principio del mes de febrero (50); A principio de marzo (69, 170); a principios de 2006 (75); al inicio de octubre (188); a primeros de febrero (236).

## C. NO APORTA FECHAS; CANTIDADES INDEFINIDAS

Dado que nos estamos centrando en las fechas cabría destacar aquellos ejemplos en los que se evita emplear una fecha y se utilizan otros medios; dada la cantidad de resultados y la posibilidad de realizar un estudio más profundo en el futuro, añado un anexo a este trabajo con los resultados obtenidos clasificados según sean periodos de días (en 10-15 días), periodos semanales (en las últimas 2 semanas) periodos de meses (en dicho mes), periodo de años (en el último año) u otros sintagmas temporales: (en dos ocasiones, En el momento actual, diariamente, en la primera visita, durante este tiempo, etc.)

### OTRAS EXPRESIONES NUMÉRICAS:

#### A. Porcentajes

Escritura del símbolo de porcentaje (%): Para la expresión de un porcentaje numérico escrito con cifras se suele recurrir al símbolo %, correspondiente a la locución ‘por ciento’. Como establece la normativa académica este símbolo no ha de aparecer nunca sin separación de la cifra que lo preceda, sino que, como todos los símbolos, se escribe separado de esta por un espacio en blanco —que podrá ser un espacio fino, para evitar una separación excesiva—. Esta medida elimina al fin un anglicismo innecesario —muy frecuente, además, en las publicaciones de carácter científicotécnico— para ajustar la expresión de porcentajes a la norma internacional: Correcto 20 % Incorrecto \*20%

La *Ortografía* observa que cuando aparezcan varios porcentajes coordinados es preferible, para evitar posibles confusiones, repetir el símbolo % detrás de cada una de las cifras: “(entre un 5 % y 20 %)”. No obstante, entre intervalos de porcentajes unidos con guion, lo más indicado es usar un solo símbolo % colocado al final: “una incidencia del 65-70 %”.

Otras formas de expresión de un porcentaje: Para la expresión de un porcentaje se pueden emplear otras formas, como la sustitución del símbolo % por la locución a la que representa (‘por ciento’). En este caso, la normativa académica aconseja ofrecer el dato numérico expresado enteramente con palabras en lugar de con cifras —pese a no ser incorrecto—.

La que sí resulta errónea es la combinación de la escritura del número mediante palabras con el símbolo del porcentaje: necrosis en un noventa por ciento de la superficie del estómago o necrosis en un 90 % de la superficie del estómago pero nunca necrosis en un \*90 por ciento de la superficie del estómago o necrosis en un \*noventa % de la superficie del estómago.

Los tantos por ciento aparecen en los siguientes contextos, alternando en la mayoría con la forma sin el símbolo:

1. Analítica: valores del hematocrito, la saturación de oxígeno, el índice de saturación de transferrina, la gammaglobulina, reticulocitos, el tiempo de protrombina, linfocitos, leucocitos, mononucleares, neutrófilos, eosinófilos, monocitos, basófilos, macrófagos, T4, T8, hemoglobina glicosilada, albúmina, tiempo de trombina, blastos, concentrado de hemoglobina corpuscular media, amplitud de distribución eritrocitaria, LUC.

2. Escalas: PPS, IK, Karnofsky, Barthel

3. Parámetros cardíacos: FC, FVC, FEV-1, FEV-1/FVC, Fracción de eyección, Índice de Tiffeneau, TLCO, TLCO/VA, TLC-He, TLC pletis, RV-He, RV pletis, FEF

4. Receptores de progesterona y estrógenos, proteína 53, índice de proliferación Qui-67

5. Otros contextos:

- “la velocidad picosistólica...es de 80.7 cmx’’ y la de carótida común izquierda es de 78.5 cmx’’, la relación es aproximadamente de 1.1. lo que daría una estenosis menor del 10% (179)
- “ESTENOSIS CARÓTICA IZQUIERDA inferior a un 10%” / “estenosis inferior al 10” / “estenosis menor del 10%” (179)
- “Base de implantación en más del 50% de la circunferencia del órgano” (10)
- “pulsioximetría de 91-94%” (173)
- “enfermedad de arteria descendente anterior 90%” (228, 230) / “enfermedad arterial en descendente anterior del 90%” (229)
- “PFR: CV 1.33 (68%) VEMS 0,94 (59%)” (295)

6. Fármacos: “Media ampolla de Cloruro mórfico al 1%” (57)

## B. Números romanos

Deben escribirse siempre en letra mayúscula, nunca en minúscula.

Los números romanos empleados con valor ordinal, al contrario que las abreviaturas de los números ordinales (1.º, 2.º, etc.), no deben escribirse nunca acompañados de letras voladas y es incorrecto también añadir punto abreviativo (\*XXX.o).

Llama la atención la escasa presencia de números romanos para las fechas; se ciñen exclusivamente al mes: el día 28-XII-06: 258 / nefrectomía (II/2006) (143)

Medidas en grados de enfermedades:

- Cardiomegalia es el término que define un agrandamiento anormal del corazón o hipertrofia cardíaca. CMG I/IV (66) / CMG I/IV global (141) / cardiomegalia grado I (215, 224)

	GRADO	INDICE
<b>CARDIOMEGALIA</b>	NORMAL	<0.50 *
	I	0.51 – 0.52
	II	0.53 – 0.59
	III	0.60 – 0.65
	IV	>0.66

Tabla 1: Clasificación de cardiomegalia de acuerdo al índice cardiotorácico en Radiografía de Tórax Postero-Anterior.  
\* Valor válido en América. En el resto del mundo el valor normal es de <0.48

- Cardiopatía hipertensiva grado III (176, 179) / Cardiopatía hipertensiva grado II (179) / CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA grado II (179) / Cardiopatía hipertensiva en grado II (5) / Cardiopatía hipertensiva grado II (108)

- RETINOPATÍA HIPERTENSIVA grado I (179) / fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado I (179)

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: la clasificación de la gravedad de esta enfermedad se realiza en cinco estadios EPOC III (66) / EPOC MODERADO (ESTADIO II SEGÚN CLASIFICACIÓN GOLD) (6)

TABLA I  
Clasificación de la gravedad de la EPOC según el consenso Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

Estadios	Espirometría	Clínica
Estadio 0: en riesgo	Normal	Tos, flemas
Estadio I: leve FEV <sub>1</sub> > 80% del previsto	FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7	Con o sin síntomas (tos, flemas)
Estadio II: moderada FEV <sub>1</sub> : 50-80% del previsto	FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7	Con o sin síntomas (tos, flemas, disnea)
Estadio III: grave FEV <sub>1</sub> : 30-50% del previsto	FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7	Con o sin síntomas (tos, flemas, disnea)
Estadio IV: muy grave FEV <sub>1</sub> < 30% del previsto	FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7	FEV <sub>1</sub> < 50% con insuficiencia respiratoria o signos clínicos de insuficiencia cardíaca

FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada.



- Insuficiencia mitral: es el grado en el que se encuentra en una escala de 4

Insuficiencia aórtica grado 2 / 4: moderada

Insuficiencia mitral grado 1-2 / 4: leve / moderada

IM grado II/IV (148) / INSUFICIENCIA MITRAL II/IV (161) / Insuficiencia mitral grado III/IV (182, 184) / Insf. Mitral grado III/IV (183)

- “Insuficiencia aórtica moderada grado III/IV” (124)
- “bloqueo auriculo-ventricular de I grado (24) / (Bloqueo AV de I grado) (151) / bloqueo AV de I grado (179, bloqueo AV de primer grado: 179) Bloqueo AV de I grado (179) / BAV de primer grado (177) / PR de 0.21 compatible con bloqueo AV de primer grado” (179)
- “LLC-B estadio I, diagnosticada en Abril/01” (202)
- “Ureterohidronefrosis.... grado III/IV.... y II-III/IV” (206)
- “encefalopatía hepática grado encefalopatía grado I hacia el 19 de abril y grado III a primeros de mayo / entra en grado III-IV de encefalopatía / ENCEFALOPATÍA GRADO IV (266) / encefalopatía hepática grado I (46) / Encefalopatía hepática grado I (271) / Encefalopatía hepática grado 2 (46) / encefalopatía hepática grado II (167) / encefalopatía hepática grado I-II” (227)
- “carcinoma de mama estadio IV (168) / carcinoma ductal infiltrante bien-moderadamente diferenciado. Grado histológico II (168, 169) / carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado grado histológico II (274, sin embargo, carcinoma ductal infiltrante grado histológico 2: 274) / carcinoma ductal infiltrante grado III (229, 230) / carcinoma ductal infiltrante GI (=grado 1) (192), sin embargo, carcinoma ductal infiltrante G1 (=grado 1) (192, 193) / carcinoma de endometrio estadio IV / CARCINOMA ENDOMETRIAL ESTADIO IV (253) / Adenocarcinoma renal T2, GIII (35) / Ca de próstata estadio IV (28) / Carcinoma pulmonar no microcítico estadio IV (52) / Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (69, 70) / CA epidermoide estadio IV (115) / Carcinoma de mama estadio IV (168) / Carcinoma pulmonar no microcítico estadio IV (52) / CARCINOMA PULMONAR MICROCÍTICO ESTADIO IV (52) / ADENOCARCINOMA DE PULMÓN ESTADIO IV (70) / Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (70) / CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PULMÓN ESTADIO IV (115) / CA epidermoide estadio IV (115) / Neoplasia de colon estadio IV” (34)
- “astrocitoma fibrilar grado III (251, 252) / Diagnóstico de astrocitoma fibrilar grado III (251) / Astrocitoma grado III” (252)
- “esofagitis grado III (256) / exofagitis grado 3 (257) / Esofagitis grado III (258, 259, 260, 261, 262, 263) / ESOFAGITIS GRADO II (262) / HEMATEMESIS – ESOFAGITIS GRADO II” (262)
- “isquemia crónica grado IIB (5) / Isquemia crónica de EE.II estadio IV (187) / Isquemia crónica de extremidades inferiores estadio IV (180) / Isquemia crónica de EE.II en estadio IV (184) / Isquemia crónica de E.E.I. I(estadio IV) (182) / Isquemia crónica de E.E.I. (estadio IV)” (183)
- “diarrea grado II” (126)

- “Disnea de esfuerzos II/IV” (6)
- “ASTENIA GRADO III” (126) (en los diagnósticos también aparece NEUTROPENIA GRADO con un claro error en el que se omite la cifra)
- “HTA grado 2”: 22 / “mucositis grado 2-3” (126)
- “Ulcera por presión grado IV en sacro (2) / UPP grado II (52) / cuadro de UPP grado II” (217)
- “Nefroangioesclerosis y/o nefropatía diabética en estadio IV-V” (179)
- “HIPERNEFROMA ESTADÍO IV” (35)
- La ectasia se mide en grados. “Masa vesical ectasia II izda.” (144) / “ectasia de riñón derecho grado II/IV” (88)
- “próstata aumentada de tamaño, grado III-IV” (49)
- “Adenocarcinoma de próstata grado IV-V de Gleason (4) / Carcinoma de prostate (Gleason VI) (141)/ Carcinoma de prostata Gleason VI (142) /Ca próstata Gleason 6 (171) /ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA AVANZADO GLEASON 8 (147)/ Adenocarcinoma de próstata Gleason 8” (148)
- soplo PMS I/IV en todos focos (183)/SS I-II/IV (=soplo sistólico) (466, 503) /soplo sistólico II/IV (412)
- “segmentos IV – VIII (200) [TAC] / segmentos IV–VIII (201) [pruebas complementarias, TAC] / Quistes de 25x20 mm en segmento VII y de 10 mm en segmento VI (360) [pruebas complementarias] / y en segmentos seis de lóbulo hepático (47) / en segmento 4 (14) / en segmentos 6-5 hepáticos (169) / en segmentos IV-VIII (200, 201) / en segmento IV-VIII (201) / entre segmentos 5 y 8 de lóbulo hepático (200) / en el segmento 8 (200) / en el segmento VIII/V (94) / segmento 4 de 51x 40 mm (204) / Quiste simple en segmento VIII de lóbulo hepático (137) / En el segmento V (126) (de parénquima hepático) / segmento VIII (137, 298) [TAC] / en el segmento VIII/V (94) segmento 2 segmento 3 segmento 4. segmento 5, 6 y 8” (574)
- (categoría V BI-RADS) (168, 169)
- DM tipo II (49, 76, 85, 96, 149, 258, 259, 298) /Diabetes mellitus II (151) /Diabetes Mellitus tipo II (179) /DM-II (18, 19) /Diabetes tipo II (260, 265) /DIABETES MELLITUS II (262) (en cambio, es más habitual emplear el número arábigo o incluso sin ningún número: Diabetes mellitus tipo 2 (22, 24, 25, 92, 95, 111, 128, 203, 251, 256, 261, 262, 263, 176) /DM tipo 2 de 20 años de evolución (84) /Diabetes mellitus tipo 2 (92, 95, 111, 128, 176) /Diabetes Mellitus 2 (150) /DM tipo 2 (25, 83, 84, 150, 259, 301, 383, 393) /DM2 (194)/DIABETES MELLITUS TIPO 2 (251)/diabetes tipo 2 (257)/DM TIPO2 EN TTO CON INSULINIZACIÓN (259) /NAE MÁS DIABETES MELLITUS (22) /Diabetes insulino dependiente (113) /Diabetes Mellitus (115, 124, 238, 264) /diabetes Mellitus (184)/DM no insulino dependiente (191) / diabetes mellitus (213, 241, 282) /DM (211) /DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE (84) /diabetes tipo 2 (257) /DM2 (194)

- El electrocardiograma (ECG/EKG, del alemán *Elektrokardiogramm*) es la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón, que se obtiene con un electrocardiógrafo en forma de cinta continua. Willen Einthoven descubrió el galvanómetro de cuerda y asignó las letras P, Q, R, S y T a las diferentes deflexiones. La derivación aVF (augmented vector foot) tiene el electrodo positivo (rojo) en la pierna izquierda. El electrodo negativo es una combinación del electrodo del brazo derecho (blanco) y el brazo izquierdo (negro) lo que "aumenta" la señal del electrodo positivo en la pierna izquierda.

La onda Q es la primera del complejo QRS que corresponde a la corriente eléctrica que causa la contracción de los ventrículos derecho e izquierdo; dicha onda tiene valores negativos y desciende en la gráfica del ECG aunque no siempre es visible. Las ondas Q que son demasiado anchas y profundas indican un infarto de miocardio. La onda T representa la repolarización de los ventrículos; en la mayoría de las derivaciones, la onda T es positiva. Las ondas T negativas pueden ser síntomas de enfermedad, aunque una onda T invertida es normal en aVR y a veces en V1 Onda T (-) en II-III AVF y V1 a V4 (173) / T negativas en II y aVF (127) / pT3 Onda T (-) en II-III AVF y V1 a V4 (173) / T. negativas en II (127) / q en III (Q en II-III (ondas Q) ondas Q patológicas (necrosis miocárdica) (530) (onda) / Q en II-III VF (148) / Q en III (161)

- “Metástasis pulmonar en LII (1, 2) (el resto con número arábigo) /Aplastamiento de IX dorsal (221) / LII (=lumbar) (1, 2) / aplastamiento LII” (221)
- “TR: II adenoma” (144)
- “tipo Bilrod II” (221)
- “GII” (382)

Comprobamos que existe polisemia en las formas I con sus posibles significados como inicial ‘izquierdo’, ‘ingurgitación’, ‘índice’, ‘insuficiencia’, ‘interconsulta’, ‘inferior’, ‘interno’, ‘intervención’ o 1 en romanos; V como ‘ventrículo’, ‘vía’ ‘válvula’ o 5 en romanos; VI ya que pueden significar ‘ventrículo izquierdo’ o 6 en romanos y en IV ‘intravenoso’ o 4 en romanos.

### C. NÚMEROS ORDINALES

Los numerales ordinales, cuando no se expresen en letra, sino en número, son abreviaturas. Se deben escribir, por lo tanto, con la terminación correspondiente volada precedida de un punto abreviativo (.º, .er, .ª o sus plurales .os, .as): 1.º, 3.ª, 1.er, 2.os

º = para números ordinales:

1º (=primero) (318) / 1º ciclo (=primer ciclo) (382) / Analgesia de 1º escalón (9) / en un 1º momento (24) / 1º dedo (25)

2º (=secundario) (381) / 2º (=secundario) (1) / 2º (=secundaria) (9, 2 veces) / BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS 2º A FLEBITIS (262) / 2º ciclo (=segundo ciclo) (309, 311, 312) / amputación de 2º dedo (112) / en el 2º dedo (112) / 2º ciclo (27) / remitió la fiebre al 2º día de ingreso (256) / Pendiente de 2º ciclo el 29 de Junio (58) / para 2º ciclo (58)

3º dedo de mano (84) / 3º dedo mano derecha (85) / (3º dedo pie izdo) (181) / 3º Rx (=tercera radiografía) (9)

4º ciclo de quimioterapia (251)

del 5º metatarsiano (51) / retirando éste, al 5º día (141)

6º ciclo (=sexto ciclo) (287)

por 7º espacio (141)

sobre 8-9º espacio (141)

-er:

1er (=primer) (379) / 1er ciclo (=primer ciclo) (287, 288) / En el 1<sup>er</sup> ciclo de tratamiento (126)

3er ciclo (=tercer ciclo) (287, 288) / 3er dedo (=tercer dedo) (288) / 3<sup>er</sup> dedo de pie izquierdo (186)

a

(1ª planta izquierda) (175)

2ª línea (=segunda línea) (287) / 2ª porción normal (58) / 2ª biopsia (127)

(planta 4ª) (262)

de 5ª o 6ª vértebra dorsal / de 5ª, 6ª dorsal (127)

en la 6ª planta (24)

No obstante, es mucho más común la forma plena en todos ellos:

analgesia de primer escalón: 67, 93, 135, 229 /primer ciclo: 27, 34 /el primer día: 254 /La madrugada del primer día de ingreso: 262, 263 /con un primer choque de 50 julios bifásicos: 138 /reposo el primer día: 160 /a partir de que pasan 8 horas de la intervención y durante el primer día: 160 /BAV de primer grado: 177 /PR de 0.21 compatible con bloqueo AV de primer grado: 179 /primer dedo derecho del pie: 182 /HA RECIBIDO DÍA 1 DEL PRIMER CICLO: 230 /desdoblamiento del primer ruido: 266 /con un primer choque de 50 julios bifásicos: 138 /primera posibilidad: 33 /En la primera visita: 41, 44, 46, 48, 50, 52, 63, 67, 69, 72, 117, 120, 130, 132, 135, 139, 159, 188, 191, 227 /primera visita domiciliaria: 55, 107, 114 /en la primera visita: 75, 231 /primera visita: 97, 170 /Desde la primera visita: 163 /(en primera visita): 188, 231 /(primera visita): 229 /previo a la primera visita: 195 /Se hace la primera visita: 235 /en primera planta: 60 /PRIMERA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA: 196 /primera dosis del primer ciclo hace una semana: 230 /Durante los primeros 3 o 4 días: 43, 160 /Durante los primeros días de julio: 130 /Durante los primeros meses: 222 /los primeros días: 228 /mejoría en los 4 primeros días: 163 /a primeros de febrero: 236 /Los primeros días del ingreso: 232 /a primeros de mayo: 266 /En nuestras primeras visitas: 217 /En los primeros días del postoperatorio: 106, 254 /Aplastamientos vertebrales múltiples mas marcados en últimas dorsales y primeras lumbares: 122 /durante las primeras 48 horas: 43, 106 /durante las primeras 48 horas tras la intervención: 254 /durante las primeras 24 horas tras haber sido intervenido: 160 /favorable en las primeras horas: 160 /se realiza en las primeras horas: 198 /(las primeras 24 horas): 228 /tumor primario: 33 /proceso tumoral primario: 76 /primario no conocido: 203 /tumoración primaria: 213 /neoplasia primaria broncopulmonar: 248 /de primario no conocido: 135 /primario no filiado: 140, 154 /origen primario pulmonar: 159 /desdoblamiento del primero tono: 219 /

otra segunda lesión: 126 /segunda resección: 1, 2 / En la segunda visita: 245 /segunda porción duodenal: 75, 76 /Segunda porción duodenal: 76 /Segunda porción normal: 211 /Segundo depósito... de 4,8 cm: 196 /segundo dedo de pie izquierdo: 79 /del segundo dedo: 111 /analgesia de segundo escalón: 41, 67, 105, 130, 229 /se suspende la analgesia de segundo escalón: 50 /segundo ciclo: 27 /el segundo resistente a...: 31 /secundaria a tratamiento: 40 /secundario a dicha patología: 40 /secundario a su patología de base: 48 /secundario a progresión tumoral: 140 /secundario a la LLC: 202 /secundaria a ulcus duodenales múltiples (3): 47 /secundaria a progresión final: 52 /secundaria a progresión tumoral: 130 /secundario: 73 /secundario a: 77 /secundaria: 112 /SECUNDARIA: 73 /SECUNDARIA A PROGRESIÓN FINAL:52 /SECUNDARIA A NEOPLASIA: 130 /SECUNDARIA A PROGRESIÓN TUMORAL: 130 /SECUNDARIO A CARDIOPATÍA: 136 /SECUNDARIO A APLASTAMIENTO A NIVEL DE L2:220 /secundario a la inmovilidad: 75 /secundario al uso de insulina y antidiabéticos orales combinados: 93 /secundario a cardiopatía: 135 /anemia secundaria a hematuria intensa: 65 /leucemia secundaria...: 120 /hipotiroidismo secundario yatrógeno: 124 /secundario...secundaria...: 199 /secundario a la LLC: 202 /secundaria a ulcus: 211 / tercio distal de muslo.. secundario a...: 239 / secundaria a neumonía: 248 /

aureus secundario a flebitis: 256 / Staphylococcus aureus secundario a flebitis: 261 / Cistitis secundaria a radioterapia + ITU: 261 / tromboembolismo pulmonar secundario a su mesotelioma: 282 / mitad inferior secundaria a...: 283 /  
en tercer dedo: 83 / analgesia de tercer escalón: 9, 40, 41, 46, 48, 95, 111 / se inicia analgesia de tercer escalón: 50 / analgesia de tercer escalón basal a MST 40 mg. cada 12 horas: 77 / analgesia de tercer escalón: 128, 159 / a partir del tercer día: 106, 254 / Después del tercer día: 106, 254 / Tras tercer ciclo: 196  
cuarta: 328 / cuarto ciclo: 34  
de quinta, sexta dorsal: 126  
unas décimas de fiebre: 106  
Bloqueo AV de I grado: 179

#### Multiplicativos y fraccionarios: menos numerosos

“tercio medio (182) / los dos tercios inferiores (192, 193) / tercio inferior de esófago (217, 219) / tercio distal de esófago (219) / en tercio inferior (237) / en dos tercios inferiores (238) / tercio inferior de muslo (239) / Desde tercio medio” (263)  
“doble lesión aórtica (186) / Catéter Doble J” (206)  
“valoración hacia la mitad” (273)

#### D. OTROS

1. Anticuerpos: anticuerpos antinucleares: Anti-Jo-1 (280) / Ac. Anti-Jo-1 (186) / Ac. Anti-Scl-70 (= Scleroderma) (186); anticuerpos antiproteinasa 3: Anti-PR3 (280) / VP16 =Carboplatino VP16. Etopósido, nombre genérico. Nombres comerciales: Toposar®, Vepesid®, Etopophos®. Es un anticuerpo (287, 288)

2. Escalas de clasificación y estadificación del cáncer. Describen la extensión o gravedad del cáncer que aqueja a un individuo en base a la extensión del tumor original (primario) y la extensión de la diseminación en el cuerpo. La finalidad de la estadificación se centra en poder hacer un plan de tratamiento adecuado para el tipo y la extensión de la enfermedad, establecer un pronóstico de certeza, uniformizar los criterios para la investigación científica y mejorar la comprensión de la enfermedad. Sin embargo, es obligatorio conocer estas escalas a fondo lo cual no está claro en el caso de especialistas de diferentes especialidades y mucho menos en el caso de los pacientes.

En nuestros documentos obtenemos parámetros de las dos clasificaciones siguientes: 1. Clasificación clínica (cTNM): basada en toda la información disponible antes del primer tratamiento definitivo, que proviene de exploración física, imagen u otras técnicas y biopsias. Los cambios que se produzcan posteriormente no modifican el estadio clínico inicial. Esencial para la elección de la terapia inicial. 2. Clasificación histológica (pTNM): modificada por la información pretratamiento proporcionada por la cirugía; para considerarse válida precisa resecciones y extirpación linfática suficiente como para valorar la extensión de T y N. Ejemplos: pT3, pM0 (0-8) (37) / PT3 TN2 M1 (IV) (199, quizá error en los nódulos) / pN2 M1 (IV) (200)

La clasificación TNM es la más utilizada: la T alude al tamaño del tumor y a la invasión de estructuras circundantes; N a la afección a nódulos linfáticos y la M a las metástasis distantes.

a. Tumor primario (T)

TX: el tumor primario no puede ser evaluado

T0: no existe evidencia de tumor primario

Tis: carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)

T1, T2, T3, T4: tamaño y/o extensión del tumor primario

b. Ganglios linfáticos regionales (N)

NX: no es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales

N0: no existe diseminación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer allí)

N1, N2, N3: indica avance progresivo de la afección a ganglios(número y/o extensión de diseminación)

c. Metástasis distante (M)

MX: no es posible evaluar

M0: no existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)

M1: metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

Ejemplos: “T3 Nx M0 (37) / T2 N0 M0 (54, 56) / T4 N1 M1 (17, 365, 366, 367, 368, 380, 381, 400) / T2 N2 M0 (20, 56, 58) / T3 N0 M0 (38, 268) / T3 N2a M0 (275) / T3 N0 (47) / T1 N2 M1 (78, 395) / T3 NX M1 (196) / T3a NX MX (321) / T2 N M0 (=tumor 2, nódulo, metastasis 0) (338) / T2 N3 M0 (339) / pT3 pN2 M1 (iv) (200, 390, 391, 392, vid. Supra) / pT3 pM0 (37, vid. Supra) / PT3 TN2 M1” (199)  
Estadio cáncer: T4 (192, 193, 398)

Por otro lado, el Instituto Nacional del cáncer agrupa los carcinomas en 5 categorías:

Etapa 0 In situ: empieza y está presente solo en la capa de células en donde empezó

Etapa I Localizado: se limita al órgano en donde empezó, sin evidencia de diseminación. IA: cantidad pequeña de carcinoma en tejidos profundos; IB: cantidad más grande en tejidos

Etapa II Regional: se ha diseminado más allá del sitio original a ganglios o a órganos y tejidos. IIA: más allá del sitio primario; IIB: a otros tejidos más allá del sitio primario

Distante: se ha diseminado desde el sitio primario a órganos distantes o a ganglios distantes

Etapa III: se ha propagado más allá del área vecina

Etapa IV: propagado a otras partes del cuerpo: IVA: órganos cercanos; IVB: órganos distantes

Según la American Joint Commission on Cancer: GX-no es posible asignar grado; G1-bien diferenciado; G2-moderadamente diferenciado; G3- mal diferenciado; G4-indiferenciado. Ej.: “G1-G2 (206) / G2 (380, 381) / G1 (393) / GII” (382). No debemos confundir estos resultados con G2-3 (382) que hace alusión a los serotipos que producen la diarrea.



Para la clasificación del cáncer colorrectal se emplea la clasificación de Dukes o Astler y Coller: en esta clasificación se utilizan las letras que van desde la A hasta la D: Estadio A: lesión limitada a la mucosa, sin afectación ganglionar, Estadio B1: el tumor afecta a parte de la pared del colon o recto, sin atravesarla ni afectar ganglios, Estadio B2: afecta a toda la pared sin invasión ganglionar, Estadio C: la enfermedad puede afectar a parte o a toda la pared, con afectación ganglionar, Estadio D: existe afectación de otros órganos alejados y se divide en D1-infiltración de órganos vecinos y D2-metástasis a distancia. “Dukes A, T3, N0”: 47

Para la codificación del VIH se emplean las categorías del Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC)

Categorías según CD4		Categorías clínicas		
		A	B	C
		Asintomático o linfadenopatía persistente generalizada o infección aguda por VIH	Sintomático (No A ni C)	Evento definitorio de sida (1993)
1	> 500 cél/mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
2	200-499 cél/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
3	< 200 cél/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

Ej.: “VIH estadio C3” (319)

Por otro lado, ya hemos mencionado datos referidos al sistema Gleason que es el método más empleado de estudio citohistológico del carcinoma prostático: valora la diferenciación glandular y el crecimiento del tumor.

Gleason 1-glándulas uniformes, pequeñas, en estrecho contacto, con escaso estroma

Gleason 2-hay ligera variación en forma y tamaño de las glándulas, con mayor separación entre ellas y mayor cantidad de estroma

Gleason 3-marcada variación en tamaño y forma de las glándulas. Pueden observarse áreas cribiformes y papilares pero bien circunscritas

Gleason 4-masas de estructuras glandulares con patrón cribiforme, de bordes irregulares

Gleason 5-patrón predominantemente sólido, sin diferenciación glandular. Pueden observarse áreas de comedocarcinoma con necrosis central.

Estadios de Tanner para el desarrollo puberal y el crecimiento físico: Estadio G2: Agrandamiento del escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante G4: Estadio 4 (G4) Aumento del tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continuación del agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal. P2: Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la figura). P4: Estadio 4 (P4) Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos) Ejemplo: “G4 P4” (175) / “G2 P2” (62).

La estadificación FIGO sirve para medir el cáncer de endometrio:

Estadio IA G1,G2,G3 -Tumor limitado a endometrio

Estadio IB G1,G2,G3 -Invasión < ½ de endometrio

Estadio IC G1,G2,,G3 -Invasión > ½ de endometrio

Estadio IIA G1,G2,G3-Afectación de glándulas endocervicales

Estadio IIB G1,G2,G3- Afectación de estroma cervical

Estadio IIIA G1,G2.G3 T-invade serosa y/o anexos y/o cit.p.positiva

Estadio IIIB G1,G2,G3-Metástasis vaginal

Estadio IIIC G1,G2,G3-Metástasis a ganglios pélvicos y/o paraórticos

Estadio IVA G2,G3 T-que invade vejiga y/o mucosa intestinal

Estadio IVB-Metástasis a distancia incluyendo ganglios intraabdominales y/o inguinales

Ej. “Estadio IC, G1-G2” (206)

ECOG: es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días

ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.

ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.

ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.

ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.

ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.

ECOG 5: Paciente fallecido.

Ejemplos: “ECOG: 2 (54), ECOG 1” (78, 246)

BIRADS: herramienta radiográfica para garantía de calidad durante las interpretaciones de mamografías; implica una evaluación en categorías numéricas de una mamografía y permite que un mismo informe pueda ser entendido por diferentes médicos y hospitales.

Categoría 0: Radiografía insuficiente, necesita una evaluación adicional con otro estudio, no es posible determinar alguna patología. Categoría 1: Mamografía negativa a malignidad, sin ganglios o calcificaciones. 0% de posibilidades de cáncer. Categoría 2: Mamografía negativa a malignidad, pero con hallazgos benignos (ganglios intramamarios, calcificaciones benignas, etc). 0% de posibilidades de cáncer. Categoría 3: Resultado con probable benignidad, pero que requiere control a 6 meses. Puede presentar nódulos circunscritos o algún grupo pequeño de calcificaciones puntiformes y redondeadas. 2.24% de posibilidades de cáncer. Categoría 4: Resultado dudoso de malignidad. Requiere una confirmación histopatológica. Consta de 3 grados de acuerdo con su porcentaje de malignidad Categoría 5: Alta sospecha de malignidad. Requiere biopsia para confirmar diagnóstico. >95% de posibilidades de malignidad. Categoría 6: Malignidad comprobada mediante biopsia. Ej.: “BIRADS 5” (274, 275), “BI-RADS” (168, 169), “Bi-Rads” (371).

Qui-67: factor de proliferación celular. Es una medida de la velocidad de crecimiento del tumor; a más índice, más rápido). Los resultados son Ki 67 (230), Ki-67 (274, 275), Índice de proliferación Qui-67 (168, 169)

3. Marcadores tumorales: marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama: la variante más empleada es CA 15 y localizamos, asimismo, la forma con guión CA-15.3, con dos puntos: CA 15:3 y en minúsculas: Ca – 15.3 y Ca 15.3.

Para el marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas se usa CA 125 pero también se atestigua la forma con guión CA-125, con punto: CA 12.5 y las minúsculas: Ca 125 y Ca-125

El marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama es, en algún informe, CA 19.9. Además de con punto, las dos cifras se separan con guión o con espacio: CA 19-9 y CA 19 9, también con guión CA-19.9 y en minúsculas: Ca 19.9, Ca 19-9, Ca 19,9, Ca-19.9

En los documentos 18 y 19 probablemente se haya producido un error ya que no existe ningún marcador tumoral que sea CA 19.8.

4. Vértebras:

Cervicales: C1, C2, C3, C4. Crean ambigüedad ya que se pueden confundir con el complemento (C'3), con los focos de auscultación cardiaca o con consulta 15, Consulta 15. C15.

C1-2: corresponde al foco aórtico principal ubicado en el segundo espacio intercostal derecho con el borde esternal: C1, 2 (soplo holosistólico en...) (185) / Existen nueve proteínas mayores del complemento y se clasifican de C1 a C9; los componentes del complemento que se miden con mayor frecuencia son C3 y C4. La actividad del complemento se puede medir para determinar cómo de grave es una enfermedad o si el tratamiento está funcionando. Ej. C' 3, C'4 (=complemento) (314).

Dorsales: D3, D4, Columna dorsal (D5 y D6), D7, D9, D6, D8, D10, D4-D7, D11, D12. Son formas que pueden equivocar al lector ya que coinciden con los estadios; por otro lado, como hemos mencionado arriba, aparece una forma con números romanos y la palabra plena: IX dorsal.

Lumbares: L1, L2, L3, L4, L5, L1-L2: 1, 2, L2-L3, L3-L4, L4-L5

Sacras: S1, S2, Segmentos S1 y S2 del sacro

Mezcladas las anteriores en D12-L1, D11-L1, L5-S1, L1-S1

Vértebra torácica : T12, T8, T1, T2. A veces parecen como sinónimas la vértebra torácica y la dorsal. Ej. en el documento 98 recogemos T12 y D12

## 5. Genes:

ACP2: Este gen codifica la fosfatasa ácida liposomal 2. ACP2: 126

ErbB2. Protooncogen localizado en el brazo grande del cromosoma 17. Numerosas variantes tanto en mayúsculas como en minúsculas, con los guiones situados en diferentes posiciones: CERB-B2, C-erb-B2, C-erb B2, Cerb-B2, C-ERB B2, Cerb2, Cerb-2, CER-B2, c-erb B2. A veces el resultado se aporta con símbolos de positivo: C-erb-B2 +++ (168, 169), CERB-B2 +/++ (371) / C-erb-B2 +++ (168, 169) / Cerb-B2 (+++) (192, 193) / Cerb-B2 positivo (+/+++) (230) / C-ERB B2 +++ (168, 169) / Cerb2 +++ (192, 193) / Cerb-2 (+) (229)

gen supresor tumoral p53 donde la 'p' puede ser 'proteína'): además de p53, se localiza p-53, P-53 (con resultado positivo +) y proteína P53

JAK2 (=Janus Kinase 2 (mutación) gen tirosina quinasa) (359)

6. Fármacos: los retrovirales ya mencionados anteriormente

7. El patrón S1Q3T3 (onda S en I, onda Q en III y onda T negativa en III) es una de las alteraciones electrocardiográficas S1-Q3-T3: 39

N20 =onda cortical. Para la estimulación del nervio mediano en la muñeca se recogen: respuesta periférica en el punto de Erb (N9 –corresponde al paso del estímulo en ese punto), respuesta espinal en C6 (N13 –refleja la actividad polisináptica de las neuronas del asta posterior medular y el desplazamiento ascendente de los potenciales de acción por los cordones posteriores), respuestas cervicobulbares y de tronco cerebral (la principal es la onda P14 –refleja esencialmente la actividad de las neuronas bulbotalámicas del lemnisco medial) y respuestas corticales (la principal es la onda N20 – respuesta postsináptica del área somatosensitiva primaria o 3b de Brodman) (314, onda)

8. ECOCARDIOGRAFÍA BIDIMENSIONAL (2D): Esta técnica se utiliza para "ver" las estructuras reales del corazón y su movimiento. Con la eco 2D aparece en el monitor una imagen en forma de cono y se puede observar el movimiento en tiempo real de las estructuras del corazón. Esto le permite al médico ver las diversas estructuras del corazón en funcionamiento para poder así evaluarlas.ECOCARDIOGRAMA (modo 2 D) (148, 3 modo 2 D)

9. Vitamina importante para el metabolismo: Vitamina B12, Vit. B12, Vit B<sub>12</sub>, B12, Vitamina : B<sub>12</sub>, Hipovitaminosis B12 (100)

10. Complejo. DC3: 319 (DC3 =CD3 pero en inglés: 319). CD4: (cúmulo de diferenciación 4 o *cluster of quadruple differentiation*, en inglés) es una molécula que se expresa en la superficie de algunas células T y en las células dendríticas; su función es activar el sistema inmunitario en caso necesario ante la presencia de infecciones u otras enfermedades. CD8: es una molécula que se expresa en la superficie de algunas células T, conocidos como citolíticas; su función es la eliminación de agentes extraños (patógenos). Nadir CD4 es el nivel más bajo que una persona haya tenido nunca durante un periodo determinado o bien a lo largo de su historial médico. CD 4 (C.D. = conjunto de diferenciación o cluster de diferenciación; linfocitos cooperadores inductivos), CD 8, CD4+, nadir CD4+, CD8+

11. Hormonas esteroideas: estriol E3 y pregnantriol P3. Ej. E3 P3 (371)

12. Hemoglobina glicosilada; se usa para el test de diabetes: HbA1c (262, 263) / Hb A1C (150) / Hb A1c (58) / Hg A1c (262, 263)

13. N9 (=Dado que la latencia en adultos es de aproximadamente 9 ms. para la estimulación del nervio mediano en la muñeca se recogen: respuesta periférica en el punto de Erb (N9 –corresponde al paso del estímulo en ese punto), respuesta espinal en C6 (N13 –refleja la actividad polisináptica de las neuronas del asta posterior medular y el desplazamiento ascendente de los potenciales de acción por los cordones posteriores), respuestas cervicobulbares y de tronco cerebral (la principal es la onda P14 –refleja esencialmente la actividad de las neuronas bulbotalámicas del lemnisco medial) y respuestas corticales (la principal es la onda N20 – respuesta postsináptica del área somatosensitiva primaria o 3b de Brodman) (314, onda)

14. 2P (= dos proyecciones). Rx torax 2 p (576, 611, 247 éste en radiografía)

15. La anomalía citogenética más común en la leucemia mieloide crónica es el cromosoma Philadelphia cuya expresión molecular es el gen de fusión BCR-ABL, que codifica proteínas con actividad tirosinquinasa. Según el punto de ruptura de los genes BCR-ABL se produce una proteína de fusión de 210 kDa (p210) o 190 kDa (p190). La presencia de este gen de fusión en pacientes con leucemia mieloide crónica tiene implicación diagnóstica. P es una medida de peso para proteínas celulares en unidades de masa atómica. p210 y p190 (359)

16. desbordamiento capsular R1 (382). R es un tumor residual: hace referencia a la presencia o ausencia de persistencia tumoral tras una operación quirúrgica, así como a su tamaño (R0 = no hay tumor residual, R1 o R2 = tumor residual microscópico o macroscópico respectivamente, RX = no es posible evaluar la existencia de tumor residual).

RMP 1 (=reflejo muscular profundo) (119)

17. Hormonas tiroideas: la tiroxina es la principal hormona segregada por el tiroides y estimula el metabolismo celular. tiroxina T4 y triyodotironina T3: T4 (58, 148, 262, 390, 391, 392) / T3 (58) / T4 libre (4, 7, 127, 150, 244) / T-4 libre (238) / T<sub>4</sub> L (136) / T<sub>4</sub> Libre (137)

18. Subpoblaciones linfocitarias: Índice T4/T8// T4 o T8 (T = timo): T4/T8 (280, 319) / T4 (280) / T8 (280)

Las secuencias de RM convencional empleadas de rutina en la evaluación de un paciente con sospecha de neoplasia intracraneal son: T1 sagital, T2 axial, FLAIR axial y coronal y secuencias T1 con contraste en al menos dos planos del espacio. T2 (60, 359) / T1 (60, 359) / T1 e.... en T2 (127)

T1 G1 (81, tumor vesical) / T2 GIII (35, adenocarcinoma renal) / (T2 G3) (11, 355 -tumor vesical)/ (T1 G3) (12, tumor vesical) / T1 G2 (360, 361-carcinoma urotelial) / pT1 G2-3 (356-tumor vesical)

T4 N2 (116, carcinoma de pulmón)

19. El ECG consta habitualmente de 12 derivaciones: las 6 derivaciones "precordiales" (V1, V2, V3, V4, V5 y V6) se sitúan en la cara anterior del tórax; las otras 6 son las derivaciones "de los miembros", y se colocan en las extremidades (aVR, aVL, aVF, I, II, III). Por otra parte, la mayor parte de las derivaciones del ECG captan la electricidad desde un solo punto, y se llaman por tanto "derivaciones unipolares". Por el contrario, tres de las derivaciones de los miembros (concretamente I, II y III) se llaman "derivaciones bipolares", porque muestran la diferencia de la actividad eléctrica recogida simultáneamente desde dos puntos diferentes. Existe una derivación que suele ser V3-V4 donde los complejos cambian de morfología y se llama derivación de transición: pasan de \*morfología\* de complejos derechos con QRS predominantemente negativo a izquierdos con QRS positivo. V1-V2 a veces se consideran derivaciones "septales" y/o derechas, recogen fundamentalmente la actividad del tabique o septo interventricular V4-V6 pueden ser consideradas "izquierdas". En V3 y V4, se recoge fundamentalmente la actividad eléctrica de la cara anterior del ventrículo izquierdo, denominándose así "derivaciones anteriores". Por último, V5 y V6 detectan la actividad eléctrica de la cara lateral del ventrículo izquierdo, y se denominan "derivaciones laterales".



Si la transición es precoz (V1-V2) se dice que existe rotación antihoraria (predominio del ventrículo izquierdo). Lo contrario indica predominio del ventrículo derecho (rotación horaria). Se observa también la denominada "progresión de las erres". La onda R debe ir creciendo progresivamente de V1 a V6 (es algo mayor en V5 que en V6), si no lo hace o existe necrosis septal antigua, fibrosis miocárdica del anciano o cambios posicionales. También se denomina este fenómeno "amputación de las erres": V1 (161, 173), V4 (161, 173), V2, V3 (6), V5, V6 (148), V1 V4 (173).

20. Otros: HEMOCULTIVO (X2): Indica que la extracción será de hemocultivos seriados (2 o 3 veces). HEMOCULTIVO (X2) (122)  
estudio con Galio 67 (127)

#### ALFABETOS NO CASTELLANOS:

Para la escritura de los términos científicos, la Academia permite soluciones como la posposición de la letra griega empleada como prefijo y separada por un espacio en blanco (*galactosidasa  $\beta$*  en vez de  *$\beta$ -galactosidasa*) o la sustitución de la letra griega por su nombre en español (*alfafetoproteína* o I $\beta$ 2 micro globulina). Sin embargo, como analiza Bezos López (2012<sup>a</sup>), ninguna de estas soluciones parece muy acertada, aunque el *Diccionario de términos médicos* de la Real Academia de Medicina (2011) considera que expresiones como *amilasa  $\alpha$*  o *talasemia  $\beta$*  resultarían más acertadas que  *$\alpha$ -amilasa* o  *$\beta$ -talasemia*.

En denominaciones científicas que empleen prefijadas letras del alfabeto griego, como puede ser el caso de las nomenclaturas de enzimas, proteínas, etc. en investigaciones biomédicas:  $\alpha$ -amilasa

alfafetoproteína: el resultado más habitual es AFP (10, 98, 99, 108, 127, 183, 244, 256, 272); sin embargo, son más abundantes las formas plenas: alfa fetoproteína, alfafetoproteína (33), alfafetoproteína (293), alfafetoproteínas (434)

Alfa-1, Alfa-2 (298); Alfa 1, Alfa 2 (336); Alfa 2 (40, 76); Alfa 1 y Alfa 2 betaglobulinas (124); Alfa 1 Globulinas (145); alfa 2 globulinas (94); alfa 1 y alfa 2 globulinas (58, 173); Alfa 1 y Alfa 2 Globulinas (53)

Beta (298, 319, 336)

Beta HCG = Human chorionic gonadotropin (gonadotropina coriónica humana.// BHCG en Yetano: sub-unit beta human chorionic gonadotropin –gonadotrofina coriónica humana, subunidad beta) (98, 99)

Beta-2-microglobulina (suero) (122, 183, 354)

betaglobulinas (124)

I $\beta$ 2 micro globulina (7)

Gamma GT = gammaglutamiltransferasa (74, 76, 86, 118, 132, 184, 244, 256, 257, 261, 262, 263) / GammaGT = gammaglutamiltransferasa (4, 18, 150, 179, 186, 290, 500) / gamma GT = gammaglutamiltransferasa (25, 40, 41, 47, 76, 86, 95, 105, 118, 184) / gammaGT = gammaglutamiltransferasa (150) / GGt = gammaglutamiltransferasa (272) / Gamma (298, 319, 336)

IgG lambda (7) / Banda monoclonal IgG-Lambda (226, banda monoclonal IgG-lambda (226)

células/ $\mu$ l (181, 261) / cel/  $\mu$ L. (261) / células/ml (319)

$\mu$  = micro-:  $\mu$ g/d (4, 18) / microgr. (microgramos) (248)

$\mu$ U/mL (137) /  $\mu$ U/ml (4)

millón/ $\mu$ L (395) / 7,4 x 1000/  $\mu$ L (389, 395)

microl. (121, 343, 347, 348) / 2'02 millon/ microl. (347) / 119 x 1000/ microl. (347) / 2'31 x 10<sup>6</sup>/ microl. (348) / 87 x 10<sup>3</sup>/microl. (343, 348)

ng/dL =nanogramos por decilitro (137) / ng/mL =nanogramos por mililitro (158, 181) / ng/ml =nanogramos por mililitro (4, 18, 19) / ng/dl =nanogramos por decilitro (4, 134, 136, 137, 141, 142, 148, 150, 158, 166, 298) / ng/ml =nanogramos por mililitro (4)

#### 7.3.4.2. SÍMBOLOS NO ALFABETIZABLES:

Según la normativa académica, los símbolos no alfabetizables van separados por un espacio en blanco de la cifra a la que determinan excepto en tres casos: los números volados, los símbolos volados y las marcas comerciales.

##### 1. Números volados y subíndices:

Válvula aórtica severamente calcificada con apertura restringida con área de 0,5 cm<sup>2</sup>  
(136) [Antecedentes personales, ecocardiograma]

SAT O<sub>2</sub> (2 litros 96% (23)

SAT O<sub>2</sub> 97% basal (189)

O<sub>2</sub> (54)

##### 2. Símbolos volados:

Escritura del símbolo de los grados de temperatura (° y °C). Autores como Martínez de Sousa o Claros, entre otros, afirman que el símbolo de los grados de temperatura es un pequeño círculo volado (°) 42 que se sitúa a la derecha de la cifra, y no la *o* voladita de los numerales ordinales (°) ni el resultado de volar una *o* minúscula marcándola con superíndice (o), aunque esta *o* voladita sí se podría emplear en lugar del círculo volado, si no se dispusiera de éste. Sin embargo, Bezos López declara que este círculo volado es, propiamente, el símbolo del grado de ángulo sexagesimal —como especifica la normativa académica en su Apéndice 3, p. 720, en el que ofrece la relación de símbolos y signos no alfabetizables—, y que, siguiendo el Sistema Internacional de Unidades, no debería emplearse para la expresión de grados de temperatura —aunque, igualmente, sí se podría emplear la *o* volada si no se tuviera el círculo volado. El hecho es que la normativa académica, sin especificar cuál de los símbolos sería el correcto para la expresión de los grados de temperatura, expone que estos se pueden escribir de dos maneras: pegados a la cifra —si no se acompañan con la escala— o separados de la cifra y pegados al símbolo de la escala cuando esta se especifica: Según la normativa académica, las escrituras 23° y 23 °C son correctas para la expresión de la temperatura; sin embargo, recomendamos evitar la primera de ellas. Resultan incorrectas las escrituras \*23 ° —porque separa el símbolo volado de su cifra—, \*23°C —porque, ofreciéndose la escala, la combinación de símbolos °C se ha de escribir separa por un espacio de su cifra—y \*23° C —porque se ofrece la escala pero se ha escrito separada por un espacio en blanco la combinación de símbolos \*° C—.

No obstante, Martínez de Sousa y Bezos López explican que la primera posibilidad de escritura resultaría errónea ya que, en realidad, la escritura del símbolo volado sin la especificación de la escala térmica —sea el círculo o la *o* volada— es el símbolo del grado de circunferencia —y como tal lo establece la normativa académica, aunque tampoco aquí especifica cuál es el símbolo correcto cuando establece las dos posibles normas de escritura anteriores—, mientras que la escritura correcta para la expresión de la temperatura es el símbolo de grados unido al de la escala que se especifique, como °C. Por esto es por lo que, siguiendo la recomendación de estos últimos autores, proponemos evitar la primera opción —la de 23°, aunque la normativa académica la sancione como correcta— y optar siempre por la segunda —la de 23 °C, esto es, la que especifica la escala— para la expresión de los grados de temperatura: 37.5 °C. Para expresar los grados Celsius de temperatura, es recomendable la escritura del símbolo de los grados (°) pegado a la indicación de la escala (C), y separado de la cifra a la que determina mediante un espacio de no separación.

° = grados de temperatura: T<sup>a</sup>/ temperatura/ T°/ temp. (3, 5, 9, 10, 23, 24, 32, 33, 39, 56, 58, 70, 73, 80, 84, 87, 93, 94, 98, 99, 103, 115, 134, 136, 137, 145, 148, 158, 166, 190, 215, 224, 240, 244, 261, 262, 263, 277, 298, 319, 335, 336, 375, 379, 383, 389, 395, [503]/ 184, 221, 238/ 150/ 187 (símbolo) (abreviatura inicial) (en exploración física))  
T<sup>a</sup> 36.7 Grado C° (181)  
temperatura al ingreso 36,8 (124), temperaturas máx de 38° C (127)  
décimas de fiebre (254)  
pico de 38.7° C (169)  
Fiebre de 38,2° (19), fiebre de 38.5° (35), fiebre mayor de 38° (106), fiebre de 38,5° (133), fiebre de 38°C (145), fiebre de 38° (229, 230, 276), fiebre de hasta 39,5 desde hace 4 ó 5 días (126), fiebre superior a 38° (160), fiebre mayor de 38° (254), fiebre termometrada de 38 °C (240)

Los formatos obtenidos son diversos :

- espacio entre la cifra y el símbolo y entre el símbolo y la escala : T<sup>a</sup> de Ingreso 36.5 ° C (3) / T<sup>a</sup> 36.8 ° C (80) / T<sup>a</sup> 36.2 ° C (336)
- espacio solo entre el símbolo y la escala : T<sup>a</sup> 38° C (5) / T<sup>a</sup> 36.5° C (137) / T<sup>a</sup> de ingreso : 37.6° C (145) / T<sup>a</sup> 37.3° C (158) / Temperatura 37.4° C (221) / fiebre de 38.5° C en las últimas 24h (257) / T<sup>a</sup> 36.2° C (335, pero febrícula de 37.8°C en el mismo documento)
- espacio solo entre la cifra y el símbolo : T<sup>a</sup> : 37.2 °C (115) / T<sup>a</sup> : 36,8 °C (240) / aumento de T<sup>a</sup> por las tardes 37,7-37,8 °C diaria...ha subido mas de 38 °C (244) / T<sup>a</sup> 39 °C (262, 263)

- sin espacio : T<sup>a</sup> 36.4°C (9) / pico febril de 38°C (10, en el mismo documento 36°) / T<sup>a</sup> 38,3°C (23) / T<sup>a</sup>36,4°C (24) / T<sup>a</sup>36°C (33) / T<sup>a</sup>35°C (56) / T<sup>a</sup>35,4°C (56) / T<sup>a</sup>36°C (58) / T<sup>a</sup>37,8°C (84) / T<sup>a</sup>36,5°C (98) / T<sup>a</sup>36,5°C (99) / T<sup>a</sup>36,5°C (103) / T<sup>a</sup>36°C (134) / T<sup>a</sup>37°C (166) / A las 72 horas de estar ingresada la paciente mantiene temperaturas : 37,8°C (168, 169) / Temperatura 36°C (184) / fiebre de 38°C (214, en historia actual), 223 (=214) / T<sup>a</sup>36,5°C (215) / T<sup>a</sup>36,5°C (224) / febril (38,5°C) (250) / En Urgencias T<sup>a</sup> 37,3°C (261) / fiebre de 38°C (267) / T<sup>a</sup> 36.5°C (298) / febrícula de 37.8°C (335) (T<sup>a</sup> 36.2° C en el mismo documento) / T° 36°c (150, forma especial por la abreviatura de la temperatura y por poner los centígrados en minúscula) / fiebre de hasta 38°c (121)
  - sin la escala ni espacio : T<sup>a</sup> 36° (10) / T<sup>a</sup> 37,5° (32) / T<sup>a</sup> 38° (73) / T<sup>a</sup> : 36° (93) / T<sup>a</sup> 36.5° (148) / T<sup>a</sup> : 36° (277) / Temperatura : 36,2° (238)
  - sin la escala pero con espacio : T<sup>a</sup> : 37,4 ° (319)
  - sin nada : T<sup>a</sup>36,6 (39) / T<sup>a</sup>35.8 (70) / T<sup>a</sup>36,7 (94) / T<sup>a</sup> 36 (136) / T<sup>a</sup> : 37'3 (190) / Temp`. 36,8 (187)
  - se omiten las cifras : T<sup>a</sup> (87), síndrome febril de hasta 38.5 (168), síndrome febril sin foco de hasta 38.5 (169), manteniendo décimas de 37.4 (168, 169)
  - En el encabezado y con forma diferente : T<sup>a</sup> 36.8 Grado C° (375) / T<sup>a</sup> 36.0 Grado C° (379, 383) / T<sup>a</sup> 36.7 Grado C° (389) / T<sup>a</sup> 37.1 Grado C° (395)
  - Sin abreviatura de centígrados : ingresó por fiebre 38° centígrados (125)
- ° C = grado Celsius: centígrados (125) / ° C (=símbolo del grado Celsius o centígrado) (23, 24, 58, 80, 98, 99, 115, 127, 134, 137, 145, 158, 166, 168, 169, 184, 214, 215, 221, 223, 224, 240, 244, 250, 257, 261, 262, 263, 267, 298, 335, 336, 383, 389, 395) / °c. (3, 5, 9, 10, 56, 84, 103, 121, 150) / Grado C° (375, 379)

El mismo símbolo lo localizamos en otros términos:

En los números ordinales, como vimos anteriormente (a veces °)

Para expresar la abreviatura del número, las formas correctas serían: Núm. (plural Núms.), N° (plural N<sup>os</sup>) y Nro. (plural Nros.) pero nunca No (doc. 346)

En nuestros informes, además del error N<sup>a</sup> (doc. 104), se registran las formas n° en 30 ocasiones y N° en 44 (ej. N° 56: 4 / n° 84: 27). Muy común, asimismo, es su presencia al final del documento para indicar el número de colegiado, expresión de la que obtenemos numerosas variantes: “col. n°, Col N°, Colegiado n°, Colegiado N°, Cgdo N°, Colg. N°, Col. n°, col. n°, N° Col, N° coleg., N° Coleg, N° Clgdo, N° Colegiado.

En relación con esta construcción, se plasma también la falta de uniformidad a la hora de indicar el número de colegiación ya que en unos casos se ofrece la cifra sin más “Nº Colegiado: 38168”, en otros se antepone el código del Colegio Oficial de Médicos donde actualmente está colegiado que, para La Rioja, es 26 “Nº Colegiado: 26/38168”, en otros detrás del código del Colegio de Médicos actual se incluye el número de donde se colegió por primera vez “Nº Colegiado: 26/08-33401” donde 26 corresponde a La Rioja, 08 a Barcelona y los siguientes dígitos se refieren al número correlativo asignado por su Colegio de Médicos. La falta de rigor llega hasta tal punto que un mismo médico anota de modo diferente este datos en distintos informes, como vemos en los ejemplos.

Por tanto, dado que el número de colegiado de un médico es como una firma del facultativo, debería indicarse correctamente para no conducir a errores: número de colegiado de donde actualmente trabaja, número de donde se colegió y número correlativo adscrito, repitiendo la cifra si coinciden el lugar donde trabaja y donde fue colegiado.

El formato de la expresión, por último, tampoco coincide siempre ya que, además de la forma habitual escrita junto al nombre del facultativo, en ocasiones se escribe entre paréntesis: (Nº Col 12611) y en otros casos con letra más pequeña.: Cgdo Nº 2932-6 en los documentos 150, 249.

Otro contexto en el que encontramos alusiones al número es en las recomendaciones del final del documento en que se especifica la nueva cita del paciente. Una vez más se demuestra la flexibilidad en expresiones coincidentes como vemos en los siguientes ejemplos: alguna vez en mayúsculas “CONSULTA Nº 20”, sin abreviar “Consulta de Hematología número 066... el día 28-XII-06 (la hora se la comunicarán por correo)”, sin abreviar la voz ‘consulta’ “consulta 57, consulta nº 85”, abreviada “Cta nº, Cta nº 87, Cta. 52, Cta 17, C. nº 18, Cta. Externa de Oncología nº 19”, entre paréntesis “(cta. 17)”, añadiendo la planta “consulta nº 63, 6ª planta; Consulta nº 26, 2ª planta; Consulta nº 64, 6º planta; consulta 24, 2ª planta; cta 28, 2ª planta; consulta 44 (planta 4ª), nº 3 en el día y hora que se le indique” e incluso citando el Centro “Labradores nº 3 en el día y hora que se le indique”.

La expresión de los grados incluye también este símbolo: “colocándose en decúbito supino a 30-40º” (282).

Finalmente, a veces las abreviaturas utilizan este símbolo como comprobamos en los ejemplos: Ht° (hematocrito), S°, Servicio° (servicio), T° (temperatura), T° protrombina, T° P, T° Protrombina (tiempo de protrombina), trat°, Tt°, Tt° QT, tt° (tratamiento)

La letra a volada, como ya hemos visto en algunos ejemplos, aparece en los ordinales femeninos: “2ª biopsia” (127), “en la 5ª Planta” (148), como abreviatura en Fª Cª, Fª Cardíaca, Fª (frecuencia cardíaca), Bioqª (bioquímica), Tª (temperatura) y, por error, en Tª Protrombina (tiempo de protrombina), EN LA CONSULTA Nª 20 (104) y Nª (104).

Finalmente, se constata la existencia de otros símbolos volados como 3<sup>er</sup> en números ordinales.

3. Marcas comerciales: localizadas en muy pocos fármacos con @: Sintrom@: 22, Casodex@: 4 (pero en el mismo documento: casodex 1-0-0 y CASODEX 50 mg – 1 comp. en cena)

#### 4. Símbolo de positivo: +

Peristaltismo: Movimiento involuntario de contracción del estómago, intestinos, uréteres y trompas uterinas que consiste en la aparición y desplazamiento progresivo de un conjunto de ondas de contracción circular que se mueven a cierta velocidad en sentido descendente y a intervalos regulares, haciendo progresar el contenido del órgano en cuestión (orina, contenido intestinal, óvulo). También se denomina peristalsis o motilidad intestinal. Cuando un paciente tiene más de dos ruidos hidroaéreos en 3 minutos se considera normal; si tiene menos de dos, o sea uno, el peristaltismo está disminuido, si no hay ruidos hidroaéreos están ausentes y si hay más de tres están aumentados. Las formas obtenidas alternan el sintagma pleno “Peristaltismo positivo” (135, 139, 211, 217, 222, 227, 229, 231, 272), “peristaltismo positivo” (23, 41, 44, 46, 48, 50, 52, 77, 82, 112, 117, 120, 130, 132, 135, 139, 147, 157, 159, 164, 167, 170, 172, 174, 176, 180, 188, 190, 191, 203, 205, 211, 271, 272), en algún caso incluso entre paréntesis “(peristaltismo positivo)”: 500, la abreviatura con símbolo “P+” (29), “perist +” (500) y la palabra plena con símbolo “peristaltismo +”: 194, “peristaltismo (+)”: 150, obteniendo de manera simultánea estos dos formatos en el mismo documento: 4.

Signo del pliegue positivo: es aquel en donde al pellizcar o tirar de un pliegue de la piel este se queda "pellizcado" y no regresa a su forma original y es signo de deshidratación, pues la piel pierde parte de su elasticidad y turgencia. Cuando es negativo, quiere decir que es normal y no hay una deshidratación (o por lo menos no es muy perceptible): “Signo de pliegue +/-“ (22), “signo del pliegue ++” (4), “signo del pliegue positivo” (215, 224) y “s. pliegue (+)” (183). Ambiguo es el siguiente ejemplo ya que se desconoce el significado de “P” que puede ser pulso, pliegue o presión: “P +” (29).

Fóvea: El edema se describe como edema con o sin fovea. El edema con fovea deja una abolladura en la piel después de que uno presiona el área con un dedo durante 5 segundos y luego la abolladura se llena de nuevo lentamente. El edema sin fovea no deja este tipo de abolladura al presionar en el área de la hinchazón: “Fóvea (++)” (141), “Fóvea (+)” (66), “fóvea (+)” (183).

Las poblaciones de células se definen generalmente usando un '+' o un símbolo '-' para indicar si una determinada fracción de células expresa o carece de una molécula de CD que es el conjunto de diferenciación o cluster de diferenciación; linfocitos cooperadores inductivos. Por ejemplo, una célula "CD4+" expresa CD4: “CD 4” (318, 319), “CD 8” (319), “CD4+” (316, 317, 318, 319), “nadir CD4+” (316, 317, 318), “CD8+”.

Gram: en microbiología, se denominan bacterias Gram positivas a aquellas bacterias que se tiñen de azul oscuro o violeta por la tinción de Gram: “el gram +” (169) pero “crecimiento de un gran positivo” (168, 169).

Receptores de estrógenos y progesterona: “RE ++” (192, 193), “receptores de estrógeno positivos en el 90%” (274), “Receptores de estrógenos positivos” (274), “RP (+)” (192, 193), “RP +” (193), “receptores de progesterona positivos en el 5%” (274)

Para graduar la fuerza muscular hay una escala que va del 1 al 5: en nuestro caso fuerza muscular 4/5 consiste en que vence la gravedad pero no vence la resistencia. El 4/5 tiene una subclasificación: 4+/5 (vence gravedad, vence resistencia pero con una resistencia mínima) y 4menos/5 (vence la gravedad, no vence la resistencia): “Hemiparesia derecha a 4 +/5” (60).

El signo de Blumberg es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal; también se llama signo del rebote. En la exploración del abdomen, el signo de Blumberg se investiga haciendo presión suave y profunda con la punta de los dedos unidos cubriendo unos 2 cm, para luego y súbitamente retirar la mano observando si la maniobra produce dolor agudo: “Blumberg (+)” (66).



**Ingurgitación yugular:** “I Yugular +” (550), “IY +” (161, 515), “IY (+)/ IY (-)” (521, 566), “I. Yugular (+)” (141), “I. Yugular (+)” (183)

Otras formas que incluyen el signo positivo o su forma plena son: “Bacterias (+++) (224), Femorales (+) simétricos (150, se refiere a pulsos femorales positivos y simétricos), “Anti HBe positive” (244), “Cursos parotídeos positivos” (149), “ecadherina positiva” (230), “CARCINOMATOSIS PLEURAL POSITIVA” (245), “derrame pleural derecho positivo” (246), con error de concordancia: “derrame pleural derecho positiva” (246), “hemocultivos positivos” (267), “oleada ascítica positiva” (271), “proteína 53: positiva en un 90% e índice de proliferación Qui-67 con positividad en el 40% de las células tumorales” (168, 169), “p-53 positiva a 60%” (274), “ki 67 con positividad en el 25% de las células” (230), “Ki-67 positiva en el 80%” (274) y las construcciones que incluyen ‘positivo para’ “Positivo para E. Coli” (50), “Positivo para células malignas” (192), “en [por es, error] positiva para células malignas” (193), “cultivo positivo para...” (193).

5. Símbolo de Más + como equivalente a ‘y’: “NAE MÁS DIABETES MELLITUS (22), (lobectomía inferior izqda. q + linfadenectomía) (54), ileo femoral + simpatectomía lumbar (81), El día 11-4-06 se realiza UC + evacuación de coágulos + RTU de zona sospechosa vesical + RTU paliativa de próstata (88), gastrectomía subtotal en Y de roux + colecistectomía (105), valvulopatía mitroaórtica + HVI (150), ANTERIOR INFORME + COLELITIASIS (204), BRD + HHAI (250), Epididimitis + neutropenia en junio de 2006 (259), epididimitis izda + neutropenia (260), Ca. de próstata con radioterapia + BHC (260), Cistitis secundaria a radioterapia + ITU (261), En marzo de 2007 recidiva pulmonar + derrame pericárdico + afectación de pared torácica lateral izda. + lesión hepática + dilatación de vía biliar intrahepática (266), anestesia local + sedación (295), atelectasia + derrame pleural homolateral (298), purés espesos + Gelatinas (326), bebedor de 1 l de vino más 1 copa al día (34), RTU en zona sospechosa de vejiga mas RTU paliativa de próstata (87), Fentanilo transdérmico más rescates de morfina (159), Nódulo pulmonar solitario más síndrome constitucional (165), A nivel de subsegmentario mas apical del nueve dcho. (268), con su esposa más una cuidadora” (149), Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h. (181), (Adiro + Disgren) (81), Si tiene dolor tomará: 1 Droal + 1 Adolonta + 1 Primperan cada 8 horas (281), COROPRÉS 25 1 comp desayuno + ANEUROL ocasionalmente (247), rotación de opioide + tratamiento para la infección respiratoria con Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas intramuscular (63), tratamiento con diuréticos a dosis altas + cloruro mórfico si disnea (163), tratamiento con Zoladex trimestral + Grisentín (147), INFUSOR DE 7 DÍAS SC (2 ml/h) 630 mg cloruro mórfico + 35 mg Haloperidol + 21 ampollas de Primperan (16), Se inició tto. de quimioterapia con Adriamicina... y posteriormente ha iniciado Taxotere + herceptin (168), tto de quimioterapia con Adriamicina (20/07/2.007) x 2 ciclos y posteriormente.... Taxotere + herceptin: (169), INICIAR MELFALAN PREDNISONA + ZOMETA (122), MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas (115), diuréticos a dosis altas + cloruro mórfico” (164).

En ningún caso, por último, se emplea el símbolo para sustituir al adverbio más: “hace mas de 20 años, hace más de 20 años, ha subido mas de 38 °C, más deterioro, más o menos estable, Aplastamientos vertebrales múltiples más marcados en últimas dorsales y primeras lumbares, Ictericia a mas, disnea más con edemas.

6. Símbolo negativo (-): su uso es menos frecuente que el positivo y alternan el símbolo con la forma plena la mayoría de las veces: “C. Bacteriano (-) (141), Cultivo bacteriano: negativo” (213); “receptores de progesterona negativo (274), RE y RP (-) (229), RE y RP negativos (230), REIRP NEGATIVOS” (168); Onda T (-) en II-III AVF y V1 a V4 (173), T negativas en II y aVF (127); PPRB (-) (150, 505, 506, 570), percusión renal bilateral negativa (127), puño-percusión renal negativa (244, 261, 263). Otras formas con símbolo son: “P53 (-) (230), Test de TB (-)” (447, 448), “C. Bacteriano (-); T. Auramina (-); Lowestein (-)” (141). El resto se presentan siempre con letra: “**c-erb B2 negativa** (274, 275), **CER-B2 negativo** (274), Blumberg y Murphy negativos (136), Blumberg negativo y puñopercusión renal negativa (181), Citología líquido pleural: negativa para células tumorales (213), Cultivo líquido pleural: negativo (213), citología pleural que ha sido negativa para células tumorales (213), hemocultivos que fueron negativos (122), HEMOCULTIVOS: Negativos (244, 256, 262, 263), HEMOCULTIVOS (16/3/06): negativos (262), HEMOCULTIVO (X 2): negativo (122), Anticuerpos anti VIH negativos 33, Negativo (por dos) (4), Cultivo de orina a fecha de 01/03/2007 negativo (48), cultivo en consultas siendo negativo (210), UROCULTIVO: Negativo (244), UROCULTIVO (22/2/06, 16/3/06): negativos (262), Broncofibroscopia negativa (80), Marcadores tumorales: negativos (109), Ergometría que fue negativa (148), Gammagrafía ósea negativa (173), baciloscopias x 3 negativas (184), Babinski negativo (189), citología negativa para células tumorales (212), con biopsia del mismo negativa (212), Biopsia negativa (268), el ADA, estudio inmunológico y bacteriológico han sido negativos” (213).

Con el significado de ‘menos’ se localiza solo en un caso, el resto va con letra: “Eje izquierdo a -30°” (24).

7. Símbolos mayor y menor: Con los símbolos > < hay que llevar cuidado e intentar evitarlos ya que puede haber personas que los confundan con facilidad. Se incluye, en primer lugar, un error en el documento 169: “< úrico”. Para el resto de formas diferenciamos según su significado:

Símbolo < con el significado de ‘menos’: “Ex fumador < 40 cig./día” (141), “desde hace < 24 horas” (22). Sin embargo es más habitual que vaya escrito: “menos de 50 metros (9), hace menos de 1 año (33), menos disestesias y mayor seguridad (119), fumador de menos de un paquete al día hasta hace 12 años (148), al menos 3 imágenes (42), al menos 3 (126), desde hace al menos dos meses (149), de al menos 10 años de evolución” (158).

Símbolo < con el significado de ‘menor’: “niveles de colesterol < 200” (162), “< 10” (213) y, una vez más, se obtienen mayor número de resultados con las formas plenas tanto con ‘menor’ como con ‘inferior’: “Nódulos .... menores de 1cm (246), Adenopatías en espacio mediastínico paratraqueal dcho. e izdo. de unos mm. y en ventana aortopulmonar de menor tamaño” (311), menor debilidad (119), de menor tamaño (126), menor a 1 (179), estenosis menor del 10% (179), menor tamaño (186), con resultado menor” (208); “ESTENOSIS CARÓTIDA IZQUIERDA inferior a un 10% (179), en número no inferior a 3 (127), en porción más inferior (94), ...tamaño no inferior a 6 x 4 cm. (230), en tercio inferior (237), en dos tercios inferiores (238), tercio inferior de muslo (239), mitad inferior secundaria a....” (283).

Símbolo mayor: >. Se registran datos de presencia del símbolo: “Cr>4 mg/dl” (22), “con una EVA > 8” (279) y más comúnmente de la forma plena: “1.5 cm de eje máximo (35), eje mayor de tamaño 50mm. (168, 169), el de mayor tamaño de 4 cm en polo superior (262), Metástasis múltiples, la mayor de ellas de 4 cm de diámetro (246), fiebre mayor de 38° (254), Hepatomegalia dolorosa mayor de 10 cm” (305, 306, 307), incluso con abreviatura: “max = 16,6 (20), temperaturas máx de 38° C” (127)

#### 8. Símbolo por: x, con diferentes significados:

##### ✓ Multiplicación:

###### De dos cifras:

En el apartado ecografía: “masa en lóbulo hepático derecho 11 x 12 cm: (10, 200) / Masa hipoecoica de 42x30 mm (18, 19, 58) / Tumoración pélvica en zona anexial derecha, sólida, abigarrada, heterogénea, de 100 por 66mm (62) / imagen de aspecto ateromatoso al nivel de la misma que mide 2.8 x 1.1 mm. (179) / placa de ateroma de aspecto calcificado, que deja sombra posterior y que mide 5.8 x 3.6 mm (179) / Nódulo bien delimitado en CII de mama derecha de 22x22 mm (246) / Nódulo de contorno irregular inespecífico de 21 x 19mm” (6).

En TAC: y una tercera parietal izquierda de 4 x 3 cm (19, 230) /Hiperdensidad frontal derecha de unos 3x 2.5 cm (26) /Masa de 6 x 4.5 cm (326, 54, en este mismo documento dice: imagen hipoecoica de 3.5 x 2.3 sin el símbolo de los centímetros) /tumoración en lóbulo pulmonar inferior izquierdo de 5x2 cm. (78, 126) /Tumoración ... de 3,5 x 2,5cm (126) /La tumoración descrita es sólida de 3,5 x2,5 cm de tamaño (127) /Masa ... siendo su tamaño de 60 x 47 mm (14, 219, 287, 288) /Bocio multinodular de un tamaño de 98x54 mm (58, 204) /Dilatación de vías excretoras de riñón izquierdo ...en la pelvis renal de 30 x 35 mm. (301, no se sabe a quién corresponde la medida) /Dos imágenes nodulares 1 de 15 mm. a la dcha. del tronco celiaco y otra de unos 20 x 30 mm. (311) /Masa submandibular izda. de 40 x 25 mm. (328, distinto que el anterior) /Lesión en cuerpo-cola, de 1.8 X 2.5cm (18, 19) /imagen hipoecoica en lóbulo hepático izdo. de 2.7 x 2.3 (193)

En resonancia: masa con captación irregular y periférica, de 9,5x6,5 cm de diámetro (177) / adenocarcinoma...de 3 x 3 cm 42 [clínica al diagnóstico]; en pleuroscopia: Formaciones verrugosas, algunas de gran tamaño (hasta 1x1 cms) (141)

En otros apartados: múltiples fragmentos que en conjunto miden 0,5 x 0,4 cms. (165, anatomía patológica); nódulo palpable en mama derecha de 8 x 5 cm. de diámetro (274, exploración física); Masa submandibular izquierda de 40x25 mm (327, Hª oncológica) / presenta un tamaño de 62 x 38 ml (124) / 3.5 x 2.3 (54) / diámetro de 9'5 x 6'5 (176) / Impronta prostática de 4.1 x 3.81 (48) / 22X 22 mm. (246) / imagen hipoeoica..... de 2.7 x 2.3 (192, 193)

#### De tres cifras:

En ecografía: Glándula prostática aumentada de tamaño de 5 x 4,8 x 5 cm, de unos 65 g. (74) / Lesión polipoide vesical en pared posterior lateral izquierda de 2 x 1.5 x 1.9 cm. (221) / Próstata de 47 x 43 x 41 mm (127) / hipertrofia prostática (53 x 44 x 47 mm) (183)

En TAC: masa de 9x7x5 cm (39) / Gran masa heterogénea en riñón izquierdo de 17 x 12 x 9.5 cm. (293) / dos lesiones intraaxiales localizadas en lóbulo parietal izquierdo, con un tamaño aproximado de 23 x 17 x 26 mm la situada más posterior, y 21 x 18 x 20 mm... la situada más anterior e superior (33) / Nódulo pulmonar de 25 x 20 x 18 mm en LSD (246) / Masa quística tabicada en cuerpo pancreático de 50 x 50 x 45 mm (287, 288)

En PET: masa pulmonar en LSI de 8 x 8 x 11 cm (196)

En resonancia: La lesión que presenta un tamaño aproximado de 10x8x8 cm. (272) / Zona más heterogénea en su vertiente posterior de 41 x 22 x 30 mm (27) / lesión, que presenta un tamaño de 81 x 98 x 149 mm (240) / glándula....aumentada de tamaño de 5 x 4,8 x 5 cm, de unos 65 g. (74)

Duplicando la cantidad encontramos: Negativo (por dos) (4) / HEMOCULTIVO (X 2): negativo (122) / baciloscopias x 3 negativas (184)

Con el significado de 'durante' hay que llevar especial cuidado ya que puede confundirse con 'cada': x 5 días (cada o durante cinco días)

x 11 ciclos (122) / x 2 ciclos (168, 169) / x 5 días (27) / (20/07/2.007) x 2 ciclos (168, 169)

- ✓ Causa: "ACXFA (=arritmia completa por fibrilación auricular) (287, 288), AcxFA (129, 152), AcXFA (129), AC X FA (163, 287, 288, 341), A.C. x F.A. (141), A.C. xF.A. (141, 424), Arritmia completa por fibrilación auricular" (165)

- ✓ Símbolo por minuto: x´

Medida de la frecuencia cardiaca, la auscultación cardiaca y el oxígeno –latidos por minuto, pulsaciones por minuto, litros por minuto - y otros ejemplos similares ya analizados previamente tanto en minúscula como en mayúscula: “F<sup>a</sup> C<sup>a</sup> 134 X’ (141), FC 96 x’ (166), AC: tonos apagados rítmico a 80 x’ (280), Saturación de oxígeno 96% a 2 litros x’ (39), etc.

9. Asterisco: \*, encontrado en los siguientes contextos: “Inmunoglobulina G 4950 \* [840 – 1600 ] mg/dL, Inmunoglobulina A 12 \* [90 – 395 ] mg/dL, Inmunoglobulina M 10 \* [48 – 220 ] mg/dL, Beta-2-microglobulina (suero) 4.0 \* [1.42 – 3.21 ] mg/L”: 122, “(3 \* 1 y 4 \* 1)” (143).

10. Barra o diagonal (/): al, por. Su uso puede inducir a confusión: 4 mg/ml de sulfuro sódico

Usos:

✓ Para siglas y abreviaturas: C/, c/ (=calle), C/ (=comprimido), Dr./, Dr/ (=doctor). A veces sirven para separar la abreviatura del masculino y la del femenino: Dr./a. (=doctor/a), Dr/a (=doctor/a), la abreviatura de dos términos opuestos o complementarios: E/A, FEV-1/ FVC: (el volumen máximo exhalado con el máximo esfuerzo desde la posición de máxima inspiración y la capacidad pulmonar total hasta el final de la máxima espiración), FEV-1/FVC/I. Tiffenueu (los anteriores y el Índice de Tiffenueu), GOT/AST, GOT/GPT, GPT/ ALT, GOT/GOT/GGT, SMPC/ SMD (síndrome mieloproliferativo y mielodisplásico), T/B (índice tobillo/brazo en pruebas físicas), LPV/r (Lopinavir/ ritonavir), SQV/d (error en la consonante final), SS I-II/IV, soplo sistólico II/IV. Y en otros casos de más términos equivalentes: “De/co/ce, 1c/de 1c/co 1c/ce (=1 comprimido al desayuno, 1 comprimido en la comida, 1 comprimido en la cena), De, Co y Ce, DNO-CDA-CNA”.

✓ Equivalente a ‘por’: “TLCO/VA” capacidad de difusión por volumen alveolar, “comp/noche” (4) y expresiones de tiempo similares: “hematíes/campo” (80, 173, 211, 219, 244, 256, 262, 263), “leucocitosis/ campo” (94), “100/ campo” (23, 39, 141), “20-50/ campo” (98, 99, 224); sin embargo, obtenemos ejemplos distintos en “20-50 por campo” (4), “mayor de 100 por campo” (4)

✓ Como hemos visto más arriba, alterna con las formas p.m, x’, por minuto y /min

✓ Equivalente a ‘cada’: “subcutáneo/24 h.” (98, 99), “enjuagues/ 8 h.” (121), “10/ 8 h.” (39, 141, 171), “1 sobre/ 8 h.” (39, 66, 150), “cápsula/ 8 h.” (43) y otros ejemplos similares que ya hemos analizado anteriormente. Estas construcciones se localizan preferentemente en el apartado de tratamiento y, como hemos comprobado anteriormente, alternan las formas con / y las que llevan ‘cada’. Otras formas que localizamos son del estilo: c/2-3 días (pero no siempre se emplea ya que tenemos también cada uno o dos días: 41)

✓ Equivalente a ‘al’: “cigarrillos/ día” (34, 35, 98, 99, 104, 108), “< 40 cig./ día” (141), “40 c/ día” (68, 184, 252); sin embargo, “5 cigarrillos día” (182) y “cigarrillos al día” (26, 32, 82, 83, 124, 187, 213), “(40 cigarrillos/día)” (35), “Fumador de 30 cigarrillos/día” (34), “Fumador de 40-50 cigarrillos/día” (98, 99), “Ex Fumador < 40 cig. /día (hasta hace unos 7 años)” (141) pero “20 cigarrillos al día” (3), “fumador de 30-40 cigarrillos al día” (26), “Fumador de 30 cigarrillos diarios” (27), “Fumadora de 3 a 4 cigarrillos al día desde la juventud” (124), “(hasta hace 40 años y de 5 cigarrillos día hasta hace 3 meses)” (182), “Exfumador de 12 cigarrillos día” (82), “Exfumador de 12 cigarrillos al día hasta hace 6 años” (83), “2 paquetes/ día” (20, 182, 183) pero, en cambio, “2 paquetes al día” (184), “(dos paquetes/ día)” (20), “Exfumador de 2 paquetes/día” (182) pero “1 paquete al día” (5), “Fumador de 2 paquetes al día desde los 16 años (...) los 69 años” (53), “Fumador hasta los 65 años de un paquete al día” (87), “Fumador de los 25 a los 73 años de 2 paquetes al día” (145), “fumador de menos de un paquete al día hasta hace 12 años” (148), “Exfumador de unos 2 paquetes al día hasta hace 10 años” (49), “Exfumador de 2 paquetes al día, hasta hace 40 años y de 5 cigarrillos día hasta hace 1 mes” (184). En cambio, en dos construcciones se prescinde de la barra: “fumador de 1 puro por día” (42, pero “2 puros al día” en el documento 3), “Fumador de 1 puro al día hasta hace 1 año” (54).

Los dos formatos los tenemos en una misma frase: “Exfumador de 2 paquetes/día (hasta hace 40 años y de 5 cigarrillos día hasta hace 3 meses)” (183)

También se emplea la barra en Paquetes/año: “Fumador (100 paquetes/año)” (80), Vino/día: “Exbebedor de 1-1.5 l vino/día” (280). Esta construcción coincide con su equivalente cigarrillos/día en dos informes: “Bebedor de 2-3 vinos/día. Exfumador de 12 cigarrillos/día hasta hace 6 años (85) y bebedor de 2-3 vasos vinos/día y exfumador de 12 cigarrillos/día” (86)

Por el contrario, hemos obtenido sintagmas en los que se prescinde de la barra: “bebedor de 1 l de vino más 1 copa al día (34), bebedor de 200 gr. de etanol al día (53), Bebedor de 40 gr. de etanol al día (54), Bebedor de medio litro de vino al día (83), Enolismo de unos 40 g. de alcohol al día (49), Exbebedor de 1 a ½ litros de vino al día (279) y con elipsis en Bebedor de 2-3 litros vino día” (82).

Otras construcciones similares serían: “Enolismo severo hasta hace 10 meses (99), Tabaquismo durante 40 años (252), exfumador hasta hace 12 años (103), Ex fumador de tres años (143), Exfumador hace 14 años (147)

Se emplea asimismo la barra en “gotas/ noche” (39) y otras medidas ya vistas: “Proteinuria 950 mg/día (4) pero “Sutent 50 mg. al día” (126). Observamos que lo habitual es /hora sea equivalente a ‘cada hora’ mientras que /día se emplee como ‘al día’.

✓ Se usa especialmente en las cifras de tensión arterial para diferenciar la tensión sistólica y la diastólica: TA 12/8 (136) y ejemplos similares. Asimismo, la medida de la tensión en ocasiones lleva / y en otras no: mm./Hg (148) y otros ejemplos ya vistos pero T.A.d. 65 mm Hg (181) y otros ejemplos, incluso en algunos informes con la cifra unida: mmHg (145) y otros o cifras de tensión adecuadas (120-110/60-70 mlHg) (179).

Un ejemplo de los dos casos mencionados lo tenemos en el siguiente ejemplo: “con insuficiencia tricúspidea 2/4 con gradiente 36 mm/Hg” (136). Podríamos incluir, asimismo, “Flutter con transmisión 2/1-3/1 con frecuencia en rango 90-100 lpm” (136)

✓ En el apartado de medidas se han citado numerosos ejemplos en los que se emplea la barra: mg/dl o mg/dL y el resto de variantes, mg/l y variantes, mEq/l, gr/dl y variantes, mcg/ml, U/ml, mOsm/kg, mOsm/l, ng/ml, ng/ml, ng/dl, pg/ml, μU/ml, μg/d, g/dl (4) y variantes, U/l, mmol/l, ml/min., M/SEG

✓ Para separar los días, meses y años se emplea también la barra en fechas como hemos comprobado ya: “el día 03/02/05/06” (249, con error en la fecha)

✓ Del mismo grupo podrían ser: “gafas nasales a 1,5-2 l/min durante unas 16-18 horas/día (66), VSG/ en 1ª hora (335), VSG 6 mm/ en 1ª hora (3), VSG 1 mm en 1ª hora” (6)

✓ La barra separa dos cifras hace 6/7 años (117). En ocasiones las dos cifras corresponden a una escala: “CMG I/IV (66); CMG I/IV global (141); IM grado II/IV (148); INSUFICIENCIA MITRAL II/IV (161); Insuficiencia mitral grado III/IV (182, 184); Insf. Mitral grado III/IV (183); soplo PMS I/IV en todos focos (183); grado II/IV (88); grado III/IV (124); IM grado II/IV (148); Insf. Mitral grado III/IV (183); Insuficiencia mitral grado III/IV (184); Ureterohidronefrosis.... grado III/IV.... y II-III/IV (206); II/IV (6); T4/T8 0.2 (280); fuerza 3-4 / 5 (27); miembros inferiores 2 / 5 (27); en miembros superiores 3 / 5 (27); hemiparesia izquierda a 4 / 5 ya conocidas (32); hemiparesia grado 2 / 5 (68); hemiparesia grado 3/ 5 (68); Paresia 3 / 5 de extremidades izquierdas (50); Reflejos miotáticos a 2/ 5 (68); Soplo con sistólico 4/ 6 (87); fuerza 3/ 5 en miembro superior.... y 2/5 en miembro inferior (111); Leve déficit de miembro superior... de 4 sobre 5 (112); Fuerza 2 sobre 5 (112); balance muscular 4/5 en la flesoextensión (119); fuerza 4/4 en todas las extremidades (176); Paresia distal de ESD 2-3/5 (228); disminución de fuerza 2/5 (251); Paresia 4/5 (252).

- ✓ Barra que separa una fracción: “lesión ulcerada de 3 cms. en 1/3 superior de labio mayor” (175); “en 1 / 3 medio colon desc” (17); “en los 2/3 inferiores del hemitórax” (240); “de 1 a ½ litros” (279, pero Hoy le han cambiado a 70 hace aproximadamente una media hora en el documento 248)”
- ✓ Separa las cifras del número de colegiado como ya hemos visto anteriormente
- ✓ La barra separa dos sinónimos: “Exeresis/Biopsia” (160)
- ✓ Otros: “E. Hodgkin/ 83” (347), “p/a” (398)

#### 11. Entrecorchetados: “”

FEF “25” (%) (141)

FEF “75” (%) (141)

**AVIDART “0.5”**: 1 comprimido/día (183)

#### 12. Paréntesis (...):

(ARUB) (puede ser un error por AREB –anemia refractaria por exceso de blastos) (262, 263), “[hemopatía crónica grave (ARUB)]”

Ca. (cáncer gástrico) [con forma completa incluida entre paréntesis] (200)

(Fco1), (Fco2), puede ser frasco 1 (10)

#### 13. Dos puntos no empleados como signos ortográficos, tal vez por error: “Ca: (= carcinoma)” (7, 9), “T: Protrombina” (187)

### NÚMEROS

No se pueden considerar, evidentemente, como símbolos aunque se encuentran muy relacionados con éstos como hemos visto en varias ocasiones a lo largo de esta investigación; por tanto, dedicamos un apartado a la caracterización de los números en nuestros informes.

Su aparición en los textos se repite en varios apartados, como ya hemos indicado: fechas, cantidades de fármacos, cifras de parámetros de analítica, números de colegiados principalmente. Sin duda, deben regirse por una serie de principios normativos que veremos a partir de aquí.



Para separar los grupos de tres dígitos en la parte entera de un número no se deben utilizar ni el punto ni la coma —como el caso de los millares—. Aunque tradicionalmente se han solido emplear ambos signos como separadores de grupos de tres dígitos en expresiones numéricas —especialmente el punto, la coma ha tenido un empleo menos frecuente para tal fin—, la normativa internacional dispone que no se emplee ninguno de los dos cuando el número exprese cantidad, sino un espacio en blanco. Para que dicha separación mediante un espacio en blanco no resulte excesiva, puede optarse por insertar entre los bloques de tres dígitos un espacio en blanco fino —esto es, un espacio algo menor que el ordinario—. Como resulta lógico, se ha de tener especial cuidado en que de dicho espacio en blanco no pueda originar un error de maquetación tan característico y que escapa a la labor del corrector ortotipográfico, como es una división de líneas —esto es, que la expresión numérica quede dividida en dos líneas contiguas. En los informes revisados, en ningún momento se recurre a la formación normativa sino que todos los resultados se presentan con la cifra unida: plaquetas 477000, o con punto: leucocitos 16.900.

Además, la normativa académica recoge algunas excepciones para el empleo del espacio fino como separador. Así, resulta incorrecto su empleo cuando el número en cuestión no exprese cantidad, sino que sirva para identificar un elemento dentro de una serie, como los años o los números de colegiado en nuestros informes: las fechas que incluyen el año con punto, por tanto, son incorrectas (vid. apartado FECHAS).

Para la escritura de una expresión numérica con decimales se han admitido, tradicionalmente, tanto la coma (,) como el punto (.) como signos de separación de la parte entera y la decimal aunque en las publicaciones en España se prefería el empleo de la coma. La nueva normativa académica, no obstante, y con el objetivo de iniciar un proceso tendente a la unificación, pretende promover el punto como signo separador de decimales, aunque la ISO admite únicamente la coma como separador decimal y la Conferencia General de Pesos y Medidas admite el punto decimal solamente para los países de habla inglesa —y aquellos en los que se haya empleado tradicionalmente—. Así, sería ya desaconsejable —aunque aún no incorrecto— emplear la coma en lugar del punto en este sentido.

el apóstrofo ('): forma incorrecta:  
coma (,): no recomendada  
punto (.): recomendado

En las dosis de fármacos si se expresa en número entero, no se debe poner 0 detrás de la coma sino únicamente el número entero.

En los informes localizamos decimales en los siguientes contextos:

1. Medida de los nódulos y sus sinónimos:

APÓSTROFO: “nódulo de 1'5 cm.” (1, 2, H<sup>a</sup> oncológica), “Imagen de lesión ocupante de espacio hipercaptante, de 2'6 cm” (31, pruebas complementarias, TAC)

PUNTO: “nódulo de 1.5 cm” (35, H<sup>a</sup> oncológica), “nódulo adrenal izdo. de 1.5 cm” (83, H<sup>a</sup> oncológica, resonancia), “Masa de 6 x 4.5 cm” (54, pruebas complementarias, TAC; en este mismo documento dice: “imagen hipocóica de 3.5 x 2.3” sin el símbolo de los centímetros), “Gran masa heterogénea en riñón izquierdo de 17 x 12 x 9.5 cm.” (293, TAC), “Ha desaparecido la masa subdiagástrica izda. que previamente presentaba y que era de 5.5 cm. de diámetro” (330, E.F.) (en el 331, 332 desaparece la medida: “Ha desaparecido la adenopatía subdiagástrica izda.”), “Nódulo pulmonar de 0.7 cm. en lóbulo inf. dcho y nódulo pleural de 1 cm.” (390, 391, 392, TAC), “Lesión en cuerpo-cola, de 1.8 X 2.5cm” (18, 19, pruebas complementarias, TAC), “Lesión sólida de 3.5 x 2.5 cm. de diámetro” (126, TAC), “Lesión polipoide vesical en pared posterior lateral izquierda de 2 x 1.5 x 1.9 cm.” (221, ecografía), “Lesión única hipodensa en LHD de 4.5 cm.” (293, ecografía), “Lesión ocupante de espacio intra-parenquimatoso, en segmentos IV – VIII, adyacente a la bifurcación portal intra-hepática de aproximadamente 3.5 cm. de densidad homogénea” (200, 201, TAC; ambigüedad por la lejanía), “Lesión en pared torácica anterior 3.3 x 2.6 cm.” (390, 391, 392, eco tiroidea), “Dos lesiones focales intraaxilares redondeadas, una de 1.6 cm localizada en vertiente anterior del núcleo lenticular izquierdo” (396, TAC), “imagen de aspecto ateromatoso al nivel de la misma que mide 2.8 x 1.1 mm.” (179, ecografía Doppler), “imagen hipocóica en lóbulo hepático izdo. de 2.7 x 2.3” sin incluir el símbolo; también en 193), “carcinoma de células renales de células claras de 1.5 cm de eje máximo” (35, H<sup>a</sup> oncológica), “Adenopatía de retrocarinal de 1.5cm y otra retroaortica de 1.5cm.” (306, 307, TAC), “Poliposenil de 0.5cm” (306, 307, colonoscopia), “Voluminoso conglomerado adenopático que ocupa espacio carotídeo y latero-cervical izquierdo de 4 x 3.5 cm” (326, TAC), “(tamaño tumoral: 0.6 cm....)” (390, 391, 392, historia oncológica)

COMA: “Nódulo adrenal izquierdo de 1,5 cm.” (86, pruebas complementarias, colangiografía), “Tumoración hiliar izquierda de 6,2 centímetros” (123, Hª oncológica), “Tumoración ovoide de contorno ligeramente irregular y con captación periférica de contraste de dimensiones similares a exploración previa, de 3,5 x 2,5cm” (126, TAC; ambigüedad por la lejanía entre el objeto y su medida), “La tumoración descrita es sólida de 3,5 x 2,5 cm de tamaño” (127, TAC), “masa con captación irregular y periférica, de 9,5x6,5 cm de diámetro” (177, pruebas complementarias, resonancia), “Lesión sólida redondeada de unos 2,8 cm de diámetro” (298, ecografía), “lesión ocupante de espacio de 4,5 cm” (256, TAC), “Lesión ..... que en la actualidad muestra unas dimensiones de 5 x 4,3 cm” (200, eco abdominal; se rompe la ambigüedad), “Lesión de 0,5 cm.” (363, 365, 366, 367, 368, fibroscopia), “Lesión expansiva renal de 6,5 x 4 cm” (385, ecografía), “Imagen quística 1,8 cm” (66, pruebas complementarias, TAC; SIN PREPOSICIÓN), “imagen de masa de 4,5 x 5 x 7cm” (385, TAC), “Y otro en el derecho de 0,5 x 0,5 x 1 cm.” (363, 365, 366, 367, 368, TAC), “(quistes), múltiples fragmentos que en conjunto miden 0,5 x 0,4 cms.” (165, anatomía patológica)

2. Parámetros de analítica: se comprueba la falta de unificación de criterios a la hora de puntuar cada parámetro. Veámos un ejemplo de cada parámetro<sup>10</sup>:

#### Potasio:

Punto: potasio 4.1 (1, 4, 16, 18, 22, 47, 54, 74, 122, 137, 143, 181, 186, 214, 238, 244, 261, 262, 359, 363, 428), K: 4.1 (7, 66, 150, 169, 183, 194, 195, 201, 232, 298, 403, 249, 386)

Coma : potasio 5,3 (33, 56, 134, 382, 398, 408, 211), K 4,4 (19, 28, 112, 240, 136, 374, 375), k 4,5: 23

Apóstrofo : potasio 2'8 (93, 236, 276), K 4'7 (141, 181, 424)

#### Creatinina

Punto : creatinina 0.30: (1, 3, 4, 5, 7, 9, 16, 18, 22, 25, 35, 40, 47, 64, 70, 73, 74, 80, 86, 115, 122, 132, 137, 142, 148, 158, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 201, 206, 214, 221, 238, 244, 261, 262, 274, 287, 298, 336, 359, 363, 386, 393, 395, 403, 428, 429), creat 0.79 (12, 17, 169, 192, 194, 252, 427), Creat 1.19: 230, Cr 1.0 (112, 136, 150, 168, 191, 193, 195, 232, 249)

Coma : Creatinina 1,3 (14, 49, 66, 84, 96, 98, 99, 127, 134, 173, 177, 187, 211, 215, 224, 240, 250, 256, 316, 374, 375, 382, 398, 408), creat.: 1,0: 66, Creat: 7,48: 144, Cr. 1,5 (19, 23, 28, 112, 136), creatininemia 1,83 mg/dl: 143.

Apóstrofo : creatinina 0'61 (93, 95, 141, 236, 276, 424)

<sup>10</sup> entre paréntesis los documentos en que se emplea este recurso y para su comprobación vid. anexo 5.

Fuera de analítica : Cr al alta 4,2 mg/dl: 4, Cr 6.7 mg/dl (4, 5), Creatinina de 8.5 mg/dl (4, 5, 137, 158, 179) / cr 2.7 mg/dl al alta: 22 / Cr 1.5 mg/dl (22, 249) Al alta Cr 7 ,9 mg/dl: 22 / creatinina 1.4: 35, (última Cr 1.6): 249

Eritrocitos: Eritrocitos (sist.orina) 150.0 cel/ $\mu$ L (0.0 - 11.0): 429

### Bilirrubina

Punto: bilirrubina 0.5 mg/dl (4, 18), Bilirrubina 0.6 mg/dl: 4, bilirrubina total 0.3 (1, 9, 200, 393), Bilirrubina total 2.3 mg/dL (73, 74, 183, 244, 261, 262, 293, 298, 336), Bilirrubina total: 4.0. Directa: 2.8. Indirecta: 1.2 (41, 47), Bilirrubina directa 1.4 mg/dL (73, 74), BT 6.3 ( BD 2.3) (10, 272), B I: 14.0: 74, BD: 5.1: 74, Btotal 0.6: 150, Bil t 0.2: 169 / Bil T 0.5: 194

Coma: bilirrubina 0,6: 96, bilirrubina total 1,6 (66, 94, 256), Bilirrubina Total 21,1 (BD: 17,4. B I: 3,8): 86, Bilirrubina total 3,2: 187, directa 0,4: 94, indirecta 1,2: 94, Bilirrubina directa 2,1: 187, Bilirrubina indirecta 1,1: 187, bilirrubina directa 0,4: 256

Apóstrofo: bilirrubina total 1'6 (bilirrubina directa 0'8) (95, 236) / Bilirrubina Total 0'4: 141 / Bilirrubina total 0'4 (181, 424), BT 17,4: 133, BD 14,7: 133

Mezcla en un mismo documento: Bilirrubina Total 3,6 (Bilirrubina Directa 0.7, Bilirrubina Indirecta 2,9): 264.4

### Calcio

Punto: calcio 8.9 (1, 4, 9, 16, 18, 40, 74, 244, 261, 262), Ca 8.7 (336, 386, 169, 183, 201), Calcio 7.7 mg/dl: 4

Coma: calcio 9,6 mg/dl: 278, Ca 8,2 (256, 66)

Apóstrofo: calcio 8'1: 276, Ca 8'6 (424, 141, 181)

### Albúmina

Punto: albúmina 3.2 (1, 4, 7, 9, 18, 25, 34, 40, 41, 47, 169, 201, 214, 238, 262), Proteinograma: Albúmina 42% (2.2 gr.) (53, 132, 137, 158, 184, 232, 335, 336), (alb 3.1): 150, proteinograma normal (albúmina 3.5 gr/dl):179, Albúmina: 2.6. (217, 244, 326).

Coma: Proteinograma con una albúmina de 2,8: 14, Bioquímica: albúmina 3,4: 58, albúmina 2,7 (58, 256, 283), Albúmina 3,1: 136, gradiente albúmina 0,2: 58.  
Apóstrofo: albúmina 3'7 (105, 236, 276), Proteinograma: Albúmina 2'9 gr/dl: 181

### Hematocrito

Punto: Hematocrito 30.4% (4, 18, 22, 40, 41, 64, 132, 181, 191, 206, 217, 219, 244, 261, 262, 363, 389, 395), Hto 35.2% (10, 23, 25, 64, 70, 74, 115, 119, 150, 185, 232, 249, 423), Hcto 19.9% (12, 169, 193, 194, 288, 427), hematocrito 37.6 (21, 47, 68, 179, 214, 238), hcto 32.5%: 168, HCto. 31.3%: 182, Hemograma: Hco 36.5 (195, 272), Htc 27.2: 201, Htco :22.6% : 262, Ht° 27.5%: 335, hto 28.7: 403.

Coma: Hematocrito: 22,7: 217, Hto 28,9 (19, 23, 58, 66, 84, 89, 94, 98, 99, 134, 166, 173, 211, 240, 264, 319, 347, 348, 351), Ht° 34,8% (14, 127) En el área de Urgencias: hemograma: hto 39,3 (39, 374, 375), Hemograma: Htco 35,9: 237, Hcto 30,8 (250, 283, 316), htco, 101,0: 252, HCTO: 32,9: 259, Hcto 33,9 (283, 316), hematocrito 39,9%: 412

Apóstrofo: hematocrito 35'9% (95, 255), Ht° 27'5%: 181

### Ácido úrico

Punto : ácido úrico 8.8 mg/dl (4, 7, 18, 145, 179, 240), Ácido úrico 8.4 mg/dl (4, 6, 74, 116, 182, 184, 186, 244, 258, 261, 262, 298, 319, 336, 391, 392), A. Úrico 7.8 (137, 142, 158), ác.úrico 6.5 (150, 194, 354), <c úrico 6.7: 169, Ác. Úrico 10.0 (183, 392)

Coma: ácido úrico 7,4 (25, 66, 173, 318, 319), úrico 9,6: 177, ac. úrico 20,8 (187, 256)

Apóstrofo: Ác. Úrico 6'0: 141, Ácido úrico 8'4: 181

### Ácido fólico

Punto: Ácido fólico 5.6 ng/ml (4, 244), ácido fólico 5.8: 238, 258

Coma: Acido fólico 2,8 (3,1-12): 58, ácido fólico: 2,3: 318

Apóstrofo: Ác. Fólico 18'3: 424

### Fósforo

Punto: fósforo 5.3 mg/dl: 4, P 3.7: 201, Fósforo 3.2 (4, 74, 183, 244, 261, 336)

Coma: P: 4,0 (66, 256)

Apóstrofo: Fósforo 3'9 (141, 181, 424)

### Proteínas totales

Punto: proteínas totales 5.4 g/dl (4, 7, 18, 21, 34, 40, 47, 73, 74, 119, 132, 137, 150, 166, 192, 200, 201, 217, 238, 244, 249, 261, 262, 288, 298, 336), Proteínas 3.8 (en suero 10) (7, 40, 137, 391, 429), Pr T 5.1: 169, Proteinograma 6.7 ( 40.4; 8.5;13.7; 12.7; 24.7): 183, Proteína C Reactiva 312.0 mg/L (181, 395)

Coma: Proteínas totales 6,1 (25, 56, 136, 173, 213, 250, 256), Líquido ascítico: proteínas 4,5: 58, Proteinograma: 5,0: 66, proteínas plasmáticas: 5,6: 66, proteínas totales: 5,8: 240

Apóstrofo: proteínas totales 6'6 (105, 181, 236, 276), Proteinograma 7'1( 56'1; 6'4; 10'2; 12'2; 15'1) (141, 424), Proteínas<sub>lp/s</sub> 0'6: 298, (Proteínas 4'2: 141)

### Hemoglobina

Punto: Hb 14.4 (7, 9, 10, 12, 16, 17, 23, 25, 27, 35, 64, 70, 73, 74, 76, 80, 102, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 126, 142, 150, 158, 169, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 192, 193, 194, 200, 201, 230, 232, 246, 249, 255, 262, 264, 272, 288, 301, 306, 318, 319, 386, 391, 392, 423, 427, 428), hemoglobina 10.9 g/dl (18, 22, 47, 68, 137, 196, 333, 335, 336, 346, 359), Hemoglobina 7.5 (39, 40, 41, 191, 206, 217, 219, 238, 244, 257, 261, 262, 345, 363, 389, 395), **HEMOGRAMA (21/02/07):** HB 9.4: 126,0, Hemoglobina de 11.1g/dl (306, 307), HM: hgb 9.9 (393, 403), Hgb 10.4): 262

Coma: Hemograma: Hb 11,4 gr (14, 19, 49, 56, 58, 66, 84, 89, 94, 121, 122, 127, 134, 166, 173, 187, 211, 215, 224, 256, 258, 259, 264, 340, 341, 344, 347, 348, 351, 354, 382, 398, 408), HMGR: Hb 8,1: 28, Hemoglobina: 7,4 (217, 278, 342), hb 13,4 (252, 283, 374, 375), hemoglobina 13,2: 412

Apóstrofo: Hb. 10'5 (93, 95, 141, 181, 236, 255, 276, 424)

### Hematías

Punto: H. 3.73: 23, Hemograma: Hematías 2.62 (40, 41, 86, 118, 132, 191, 335, 363, 389, 395), hematías 3.73: 214

Coma: He: 3,980: 66, Hematías: 2,23: 217, 347, 348, 398, 403

### Magnesio

magnesio 1.8 mg/dl: 4

### VCM

Punto: VCM: 95.8 (7, 18, 80, 115, 132, 181, 183, 184, 217, 232, 244, 238, 249, 261, 262, 272, 298, 363, 389)

Coma: VCM: 70,9 (66, 89, 211, 252, 347, 348)

Apóstrofo: VCM 95'7 (141, 424)

### HCM

Punto : HCM: 31.8 (7, 18, 132, 181, 363, 389)

### INR

Punto: Coagulación: INR: 1.11 (7, 12, 17, 168, 18, 25, 53, 64, 68, 70, 73, 86, 137, 142, 158, 181, 182, 183, 184, 186, 194, 195, 230, 244, 261, 262, 298, 326, 336, 363, 393, 427)

Coma: Coagulación con INR de 1,2 (14, 19, 23, 28, 49, 66, 98, 99, 136, 173, 228, 240, 256, 257, 283, 398, 412, 423)

Apóstrofo: INR 1'46 (141, 181, 424)

### Leucocitos

Punto: Leucocitos 6.0 (21, 23, 80, 86, 89, 115, 118, 232, 363, 389, 429), Leucos 5.100 (28, 217), Leu:3.6: 192

Coma: leu. 1,2: 121, Leucocitos 3,7 x 10<sup>3</sup> / microl.: 343, leucocitos 3,6 x 1000/microl (347, 348)

Apóstrofo: Leucocitos 7'500: 181

### Linfocitos

Punto: (3.1 Linfocitos: 80), (5.4 linfocitos: 115), linfocitos 8.4: 214, (Linfocitos 23.5%: 244), Linfocitos (s. periférica) 3.0 % (19.0 - 48.0) (363, 389, 395, 429)

Coma: L:12,8%: 116

### Monocitos

Punto: (0.4 Monocitos: 80), (7.7 monocitos: 115), Monocitos (s. periférica) 5.6 % (2.0 - 13.0) (363, 389, 395, 429)

### Basófilos

Punto: (0.1 basofilo: 115), Basófilos (s. periférica) 0.0 % (0.0 - 2.5) (363, 389)

### Eosinófilos

(0.8 Eosinófilos: 80), (4.2 eosinofilos: 115), Eosinófilos (s. periférica) 0.1 % (0.0 - 7.0) (363, 389), (eosinófilos:3.9%: 262), (E 8.0 %): 23, (E:8,7%: 116.1)

### Neutrófilos

Punto: (18.9 Neutrófilos) (3, 244), 95.7 Neutrófilos (80, 115, 184, 363, 389, 395, 429), (82.6 neutrofilos: 115), N:2.4: 192, neutrófilos 84.6: 214, ne:44.5%: 262

Coma: ( N 91,3%) (23, 28, 89, 121, 343, 347, 348, 341), neutrófilos 72,4% (98, 99)

### Reticulocitos

Punto: reticulocitos: 2.8%: 7

Coma: Reticulocitos corregidos 0,59: 354

### PH (orina y gasometría)

Punto: PH 6.5: 4, pH 7.33 (5, 6, 9, 53, 80, 115, 142, 145, 181, 183, 214, 244, 261, 262, 298, 335, 403)

Coma: Orina: pH: 6,5 (14, 39, 66, 112, 116, 134, 136, 173, 213, 240, 262), Ph: 7,29 (382, 408)

Apóstrofo: Orina: pH 7'0 (141, 183, 298, 424)

### TSH

Punto: TSH 1.45µU/ml (4, 137, 238, 244, 262, 391, 392)

Coma: TSH 0,13 (0,27-5) (58, 136)

### T4 LIBRE

Punto: T4 libre 1.27 ng/dl (4, 137), T-4 libre 1.37: 238, T4 Libre 1.32: 244, T4:0.97 : 262 / T4 1.85 (0.7-1.52) (391, 392)

Coma: T<sub>4</sub> L: 1,87 (0,9-1,8): 136



### Troponina T

Punto: troponina T 0.03 (9, 70), Troponina T: 0.004 (142, 181, 214, 403)

Coma: Troponina 0,18: 23, troponina I 0,78: 39, Troponina T en valores de 0,1: 136

Apóstrofo: Troponina T 0'02: 141

### Tiempo de protrombina

Punto: Tiempo de protrombina 78.0 % (181, 363), T.protrombina (Ratio) 1.18 (0.8 - 1.2): 363

### Globulinas

Punto: Gammaglobulina 27% (1.98 gr/dl): 6, gamma globulina de 1.2 g/dl: 47, Beta-2-microglobulina 2.6 (244, 354, 122, 183), Iβ2 micro globulina: 4.7 (0.7-1.8): 7, gammas de 1.1: 137, Alfa 1 Globulinas: 5.4: 145, Gamma 2.1 gr/dl (184, 336, 319), Alfa1 6.8% (158, 232), Alfa2 1.0 g/dL (40, 158), Alfa 1 0.2 : 336, Alfa 2 0.7: 336, Beta 0.6: 336, AFP 2.9 (10, 183, 244), alfa fetoproteina 4.2 ng/ml (18, 19), alfaceto 1.5: 137, Alfafetoproteina 4.4 (201, 293)

Coma:Alfa 1 y Alfa 2 y betaglobulinas al 6,5 de 7,3 y 16,2% respectivamente: 124, Carga viral (24 febrero 2005): RNA VIH: log 5,43: 319 beta: 1,3: 319

Apóstrofo: Alfa-2 11'5: 298, Gamma 18'7%: 298

### CA-19.9

El símbolo lleva punto entre las dos cifras en los documentos: 7, 10, 33, 34, 58, 93, 94, 96, 98, 99, 105, 112, 137, 158, 165, 166, 181, 183, 219, 232, 244, 293, 311). Además en tres documentos la cifra lleva decimales: Ca-19.9 361.5: 183 y CA-19.9 : 5.2 (232, 244) /

Guión: Marcadores: Ca 19-9: 230: 206

Coma: diferenciándola del decimal escrito con apóstrofo: Ca 19,9 1'2: 424

Espacio en blanco: CA19 9 (40, 41, 132, 305, 306, 307). Los decimales, en cambio, llevan punto: CA 19 9: 148.3 (132, 305, 306, 307)

### CA-15.3

Punto: CA15.3 (40, 58, 192, 193, 194, 230, 232, 244, 274, 293, 371, 391, 392), Ca 15.3 : 34: 112; los decimales, asimismo, llevan punto: CA 15.3: 108.2 (0-30) (192, 193, 194, 230, 232, 244, 371)

Espacio y punto en los decimales: CA 15 3: 46.1: 41

Coma y apóstrofo en los decimales: Ca-15,3 21'4: 424

### CA-125

Punto: Ca-125 51.3: 183, CA-125 101.5: 244 y en un caso se separa el número del CA con punto: CA 12.5 145: 293

Apóstrofo: Ca-125 858'7 (141, 424)

Punto y coma: CA 12.5 de 140,8: 295

### CEA

Punto: CEA 9.9 (10, 18, 19, 38, 192, 193, 201, 230, 232, 244, 274, 293), C.E.A. 23.3: 183

Coma: CEA 8,3 (0-6) (56, 295)

Apóstrofo: C.E.A. 0'5: 42

Error como ya dijimos se halla en CA 19.8 10.8 U/ml (18, 19) y localizamos, asimismo, la forma CA 6.9: 137

### PSA

Punto: PSA 0.97 (232, 262)

Coma : P. S.A: 12,35 (66, 96, 112, 166, 213)

PSA 2'0: 424

### GASOMETRÍA ARTERIAL BASAL

Punto: pCO<sub>2</sub> 34.0 mmHg: 181, pCO<sub>2</sub> 32.0: 183, pCO<sub>2</sub>:33.4: 262

Coma: PO<sub>2</sub>: 57,2: 66

Apóstrofo: pCO<sub>2</sub> 76'0 (141, 424), pCO<sub>2</sub> 50'0: 141

Punto: HCO<sub>3</sub> - 18.0 mmol/: 181, CO<sub>3</sub>H 22.4: 298

Coma: CO<sub>3</sub>H: 23,0: 66

Apóstrofo: CO<sub>3</sub>HNa 30'0 (141, 424)

Punto: SatO<sub>2</sub>. 94.0%: 183 / sO<sub>2</sub>:94.4%: 262

Coma: sat. O<sub>2</sub>: 80,7%: 66, Saturación de O<sub>2</sub>: 90% con O<sub>2</sub> a 1,5 litros por minuto:  
135

Apóstrofo: Sat.O<sub>2</sub> 91'0%: 141

Punto : pO<sub>2</sub> 57.0 mmHg (181, 262), pO<sub>2</sub> 66.0: 183

Coma : PO<sub>2</sub>: 90,0: 66

Apóstrofo : pO<sub>2</sub> 84'0: 424

FiO<sub>2</sub>: 0,31: 115.1

#### Exceso de Base

Punto: EB -7.7 mmol/L: 181, exceso de base -17.5 (382, 403)

Coma: EB: 1,3 mmol/l: 212

Apóstrofo: EB 3'3: 116

#### Digoxina

Punto: Digoxina 1.0: 136, Digoxinemia 0.87: 221

Coma: Niveles de digoxina 0,49: 134, Digoxinemia 0,7 (136, 189), Digoxina:  
0,53: 341

Apóstrofo: Digoxinemia 2'56: 141

#### HB A1C

Punto: HbA1c 6.5%: 150, Hg A1c 7.2: 262

Coma: Hb A1c 6,6% (58, 94)

#### PRUEBAS FUNCIÓN RESPIRATORIA

Van siempre con punto excepto en un caso

FVC 2.890 (82.5%): 54, FEV-1 1.960 (74.1%): 54, FEV-1/FVC 67.8% (alteración  
ventilatoria obstructiva de leve intensidad): 54, CV 1.33 (68%): 295

VEMS 0,94 (59%): 295

## GLUCOSA

Punto: Glucosa 130.0 (181, 363, 429)

## CHCM

Punto: CHCM 32.3 g/dL (181, 238, 363, 389)

Apóstrofo : CHCM 32'2 gr/dl: 181

## ADE

Punto: ADE 16.9 (214, 232, 363, 389, 395)

## VPM

Punto: VPM 8.2 fL (7.0 - 11.0) (363, 389, 429)

Coma: Volumen plaquetar medio: VPM: 6,1: 217

## PLAQUETAS

Punto: Plaquetas 221.00 (64, 363, 389)

Otros parámetros con punto: Trásferrina 1.79: 40 / AD: 22.8: 41 / N=81.4%: 62.1 / GPT 6.5: 150.1 / proBNP 4443.0 pg/mL: 181 / Coagulación: APTT 29.0 seg: 181 / Bioquímica líquido ascítico: pvto 4.8: 214 / Ac. Anti-dsDNA 5.4: 244 / Cortisol 8 h 17.6: 244 / **Citología del BAL**: T4/T8 0.2: 280.2 / Antígeno prostático específico 12.2: 35 / Sodio (suero) 140.0 mmol/L (135.0 - 148.0): 363 / [BIOQUÍMICA] Sodio (suero) 130.0 mmol/L (135.0 - 148.0): 395 / Urea (suero) 82.0 mg/dL (10.0 - 50.0): 363 / TTPA (Ratio) 0.9 (0.8 - 1.2): 363 / APTT(T.tromb.parcial activada) 27.0 seg. ( ) : 363 / GOT/AST (suero) 62.0 U/L (0.0 - 40.0): 429 / Cloro (suero) 94.0 mmol/L (98.0 - 108.0): 395 / 8.5% de LUC.: 354

Otros parámetros con coma: Niveles de Fenitoína 20,1 mcg/ml: 32 / F. Reumatoide: 8,8: 66 / Anticuerpos antinucleares positivo a 1, 40: 354

Otros parámetros con Apóstrofo: LDH<sub>ip/s</sub> 0'82: 298 / A. Izda.: 3'7x6'2 cms.: 424 V. Dcho.: Agrandado, ( 4'5 cms.) con flujo de I. Tricuspidea 25 mmHg gradiente: 424

### 3. Exploración:

- temperatura en punto: 36.5 ° C: 3 / 36.4° C: 9 / Tª 37.2°C: 115 / Tª 37.3° C: 158 / Tª 36.5° C: 137 / Tª 36.5°: 148 / Tª 36.7 Grado C°: 181 / Tª 36.8° C: 80 / Tª 35.8: 70 / Tª de ingreso 37.6°C: 145 / décimas de 37.4: 168, 169 / pico de 38.7° C: 169 / fiebre de 38.5°: 35 / fiebre de 38.5° C en las últimas 24h.: 257 / de hasta 38.5 desde hace 24 horas: 168, 169

- temperatura en coma: T<sup>a</sup> 38,3° C: 23 / T<sup>a</sup> 37,5°: 32 / T<sup>a</sup> 37,8°C: 84 / T<sup>a</sup> 37,3° C: 261 / T<sup>a</sup> 36,4° C: 24 / T<sup>a</sup> 36,5°C: 98, 99, 103, 215, 224 / T<sup>a</sup> 36,6: 39 / T<sup>a</sup> 36,7: 94 / T<sup>a</sup>: 36,8 °C: 240 / T<sup>a</sup> 35,4° C: 56 / Temp 36,8: 187 / temperatura al ingreso 36,8: 124 / temperaturas: 37,8° C: 168 / Temperatura: 36,2°: 238 / 37,8°C: 169 / pico febril de 38, 5°C: 84 / Fiebre de 38,2°: 19 / fiebre de 38,5°: 133 / fiebre de hasta 39,5 desde hace 4 ó 5 días: 126 / febril (38,5°C): 250 / aumento de T<sup>a</sup> por las tardes 37,7-37,8 °C diaria: 244

- temperatura en apóstrofo: T<sup>a</sup>: 37°3: 190

- Peso en punto: 73.3 kg: 7

- IMC: IMC: 0.0: 29

-Talla: Talla 1,61: 58

- Otras con punto: 1.87 µU/ml: 4 / 8.9 g/dl: 4 / 1.98 gr/dl: 6 / 4.3 mmol/l: 4 / 5.8 ng/ml: 4 / 1.21 ng/dl: 4 / de 1-1.5 l vino: 280 / 16.900: 3 / 18.9: 3 / 31.800 (entero): 5 / 7.33 (decimal): 5 / 11.100: 6 / 25.6%: 4 / 31.800 (entero): 5 / 7.33 (decimal): 5 / 3.5 x 2.3: 54 / Impronta prostática de 4.1 x 3.8: 148 / 1.5 cm de eje máximo: 35

- Otras con coma: glándula...aumentada de tamaño de 5 x 4,8 x 5 cm, de unos 65 g.: 74 / a 1,5 litros: 135 / FLUJO PULMONAR CON VELOCIDAD LIGERAMENTE AUMENTADA (1,45 M/SEG): 161 / lente de 23,5 dioptrías: 146 / gafas nasales a 1,5-2 l/min durante unas 16-18 horas/día: 66 / max = 16,6: 20

- Otras con apóstrofo: diámetro de 9°5 x 6°5: 176

#### 4. Fármacos:

##### AVIDART

Punto: Aavidart 0.5 mg: 3 / AVIDART 0.5 1 Comprimido al día: 3 / Avidart 0.5: 181 / AVIDART 0.5, 1 comprimido cada 24 horas: 182 / **AVIDART “0.5”**: 1 comprimido/día: 183 / Avidart 0.5: 181 / Avidart 0.5 1-0-0: 181

Coma: AVIDART -0,5 mg: 1 comp cada 24 horas: 185 / Avidart 0,5 cada 24 h.: 187

Apóstrofo: AVIDART 0°5, 1 comprimido al día: 181

##### ALPRAZOLAM

Punto: Alprazolam 0.25 1 comp. en desayuno y comida: 230

Coma: ALPRAZOLAM 0, 5MG – 1 – VO – Cada 24 horas: 169 / ALPRAZOLAM 0,5 ½ comprimido en desayuno y comida (y si ansiedad): 228 / ALPRAZOLAN 0,5 mg un comp. por la noche: 232

### EMCONCOR

Punto: Emconcor 2.5, ½ comprimido cada 24 horas: 161

Coma: EMCONCOR COR 2,5 mg: ½ comp cada 12 horas: 29 / Enconcor cor 2,5 mg ½ comprimido cada 12 horas: 143

### HALOPERIDOL

Punto: Si intranquilidad o insomnio Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) y si no cede 5 mg (1 cc) de midazolam subcutáneo: 16 / Si náuseas o vómitos Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) subcutáneo: 16

### LEXATIN

Punto: lexatin 1.5: 0-0-1: 4 / LEXATIN 1.5 mg: 1 comp/noche: 4 / Lexatin 1.5 mg., 1 comprimido cada 24 h.: 58

### MIDAZOLAM

Punto: Si intranquilidad o insomnio Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) y si no cede 5 mg (1 cc) de midazolam subcutáneo

Coma: 7,5 mg de midazolam sc: 31

Apóstrofo: Si crisis convulsivas o intranquilidad, MIDAZOLAM 7'5 mg subcutáneo: 31

### OMNIC

Coma: OMNIC 0,4: 1 comprimido al día: 5 / Omnic 0,4 1 comprimido al día: 281

Otros fármacos con punto: Toma moxon 0.2 mg: 177 / CLINUTREN 1.5 cada 24 horas: 196 / MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas: 115 / ZYPREXA 2.5 mg: 1 en la cena (DORMIR): 9

Otros fármacos con coma: Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, / 6 h.: 150 / COLCHIMAX 0,5 mg, 1 comprimido cada 8 horas: 182 / ROCALTROL caps 0,25 mcg-1 comp. cada 48 horas: 4

Otros fármacos con Apóstrofo: Tratamiento actual con Trankimazin 0'5: 282

## 5. Horario

Para separar las horas de los minutos se utiliza punto o dos puntos y no se deja espacio entre éstos y el número. El símbolo de hora es h, en minúscula, sin punto e invariable en plural.

**Con punto:** el día 1/Agosto/07 a las 10.36 h.: 142 / el día 18 de Diciembre del 2006 a las 12.30 horas: 6 / el día 9 de enero de 2007 a las 12.45 horas: 244 / El próximo día 24 de enero de 2007 a las 9.15 horas de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes: 230 / el próximo día 24 de enero de 2007 a las 10.45 horas: 34 / el próximo día 02 de marzo de 2006 a las 11.30 horas: 35 / El día 28-3-06 a las 11.25 horas: 71 / El día 30-4-04 a las 11.10 horas.: 51 / El día 14-10-05 a las 11.30 horas: 155 / el día 18 de diciembre a las 12.30 horas: 259 / el 19 de Junio de 2007 a las 11.50: 186 / 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes: 34, 37, 42 / de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes: 27, 78, 83, 122, 192, 196 / De 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes: 168 / a las 13.15 horas: 42 / 14-9-05 a las 12.15 h cta 28, 2ª planta: 153 / REVISIÓN: 5-10-06 a las 11.30 h.: 216

**Con coma:** el día 14/09/2005 a las 13,20 horas: 281 / el día 5 de mayo de 2005 a las 9,50 horas: 74 / el día 10 de julio de 2006 a las 8,30 horas [negrita]: 100 / el próximo 9 de marzo del 2007 a las 10,45 de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes: 126 / 10,40 horas: 5

**Con apóstrofo:** el próximo día 15 de febrero de 2006 a las 10'20 horas: 280

**Con dos puntos:** ...el día 26 de marzo de 2007, .... a las 11:00 h: 84 / el día 23 de ABRIL-07 a las 13:30 horas: 27 / el día 7 de Septiembre a las 10:20 h.: 119 / el día 27 de diciembre a las 10:45 horas: 78 / el próximo 10 a las 11:30 horas: 83 / 11:30 h.: 1 / 11:30 horas: 4 / a las 12:00 horas: 22 / a las 11:30 h.: 24 / a las 12:10 h.: 24 / a las 21:45 de dicho día: 79

**Con letra:** EL DÍA 17-AGOSTO-2005 A LAS 10 HORAS 45 MINUTOS EN LA CONSULTA Nª 20: 104

**REVISIÓN:** En USM del Centro de Salud... el día 5/01/06 a las 12h 30': 207 (en estos ejemplos el apóstrofo conduce a confusión: unos 5': 33 ya que coincide el indicativo que separa las horas de los minutos con el de los propios minutos)

## 6. Otros números decimales:

**Punto:** "Aneurisma de ambas arterias ilíacas comunes con un diámetro trasversal máximo de 8 cm en la derecha y 8.5 cm. en la izquierda": 238 [TAC], "Aneurisma bilateral de arteria ilíaca común de 7.5 y 8.0 cm.": 239 [pruebas complementarias], "Hiperdensidad frontal derecha de unos 3x 2.5 cm": 26 [pruebas complementarias, TAC], "hipertrofia ventricular izquierda ligera (espesor de paredes 1.18 cm)": 179 [pruebas complementarias, ecocardiograma], "Colección fusiforme..... Mide 11cm. De extensión craneocaudal por 4X2.5cm. de diámetro anteroposterior y trasversal máximos [RNM ]": 359, "la velocidad picosistólica... es de 47.7 cmx'' y la de carótida común derecha es de 69 cmx''": 179 [pruebas complementarias, ecografía Doppler], "la velocidad picosistólica...es de 80.7 cmx'' y la de carótida común izquierda es de 78.5 cmx'', la relación es aproximadamente de 1.1. lo que daría una estenosis menor del 10%": 179 [pruebas complementarias, ecografía Doppler], "velocidad picosistólica de 38.2 cmx''": 179 [pruebas complementarias, ecografía Doppler], "placa de ateroma de aspecto calcificado, que deja sombra posterior y que mide 5.8 x 3.6 mm": 179 [ecografía Doppler], "El día 6 se realiza recambio de la gastrostomía, colocando un sistema similar al que llevaba de carótida común derecha de 7.6 mm. de diámetro": 179 [ecografía Doppler]

Coma: “Segundo depósito patológico en pericardio porción posterolateral izda de 4,8 cm”: 196 [PET] (ambigüedad), “Depósito pretraqueal derecho .... de 1 ó 2,5cm de diámetro máximo”: 20 [pruebas complementarias, PET], “Riñones en el lado izdo de 4,4 cm”: 5 [pruebas complementarias, ecografía], “Glándula prostática aumentada de tamaño de 5 x 4,8 x 5 cm, de unos 65 g.”: 74 [pruebas complementarias, ecografía], “Colestasis extrahepática hasta páncreas con colédoco de 1,8 cm”: 86 [pruebas complementarias, ecografía] (ambigüedad, ¿qué tiene 1,8 cm?, muy común), “El día 6 se realiza recambio de la gastrostomía, colocando un sistema similar al que llevaba de 20 F. y 1,7 cm. de longitud”: 198 [antecedentes personales], “Válvula aórtica severamente calcificada con apertura restringida con área de 0,5 cm<sup>2</sup>”: 136 [Antecedentes personales, ecocardiograma], “Higado con 4 lesiones 1 en lóbulo hepático izquierdo de 3cm y 3 de 1,3,5 y 2,5cm en lóbulo hepático derecho [TAC]”: 385

En relación a los números solo queda constatar aquellos casos en que se ofrecen cifras aproximadas en los que alterna el uso de o (por error acentuada) -con pérdida de 2 ó 3 kgs. de peso: 158- y el guión: “Posteriormente 3-4 episodios de sangrado (168, 169)

En conclusión, la escritura de los símbolos debe ceñirse a las reglas marcadas normativamente; sin embargo, comprobamos que existe una serie de símbolos cuya escritura formal en textos científicos médico-quirúrgicos resulta frecuentemente errónea: el gramo —que es g, y no \*g., \*gr, \*gr. ni \*grs—, el de metro —m en lugar de \*mt o\*mts— o el de hora(s) (que es h, en vez de los erróneos \*hr, \*hr. o \*hrs—, el del aspa de la multiplicación —que no es la letra \*x, sino ×, con código Unicode 00D7 y que se consigue con la combinación de teclas Alt+0215—, el de grados, el de la resta — que es −, con código Unicode 2212 y que se consigue con Alt+X—, etc.

### 7.3.5.HÍBRIDAS

Finalmente, en relación a los fenómenos de abreviación se comprueba que son bastantes las formaciones que presentan algún tipo de hibridismo: hay siglas en las que se mezclan letras y números (*scl-70*), otras presentan alternancias entre mayúsculas y minúsculas (*pH* ‘potencial de hidrógeno’) y algunas se combinan con palabras en compuestos sintagmáticos (*bloqueo AV, relación E/A*). Veámos, pues, las combinaciones:



## 1. DE ACRÓNIMOS

Con acrónimo + palabra plena: tac craneal, Tac pulmonar, Tac abdominal, tac abdominal

Prefijo + acrónimo: post-iam (la Ortografía indica que en las palabras prefijadas formadas por letras minúsculas —el prefijo— y mayúsculas —una sigla— se escribe guion para evitar el tránsito brusco de los dos tipos de letra por lo que es incorrecta su escritura soldada o separada por un espacio; por tanto, la combinación recogida es incorrecta dado que no emplea mayúsculas en la sigla).

Acrónimo + acrónimo: PET-TAC

Acrónimo + prefijo + Sigla Morfema: TAC Post-RTU

Acortamiento + acrónimo: ANGIO-TAC y sus variantes –con mayúsculas sin guión ANGIO TAC, con mayúsculas y guión ANGIO-TAC, con mayúsculas sin separación ANGIOTAC, con minúsculas y guión Angio-Tac, con minúscula la primera y mayúscula la segunda Angio-TAC.

Este grupo se caracteriza porque en ningún caso obtenemos siglas separadas por puntos; son pocos los casos de formas con mayúscula; hay gran abundancia de sinónimos y no hay casos de polisemia

## 2. DE SIGLAS PROTOTÍPICAS

### 2.1. En español

2.1.1. S.P. + S.P.: BRD en español: BRD + HHAJ.

2.1.2. S.P. + ABREVIATURA IRREGULAR: BCR-ABL o abreviatura inicial: LLC – B, AREB-t, esta última con enlaces

2.1.3. PREFIJO + S.P: AntiVHC, Anti VHC, en un caso la S.P. es de más de tres y con enlaces: ExUDVP

2.1.4. S.P. + PALABRA PLENA: H. G. de la Rioja, M.A.Primaria, PPR bilateral, U.C.Paliativos, LI Hepático.

2.1.5. S.P. + S.P. de 2 EN PLURAL: RMN EEII

2.1.6. PALABRA PLENA + SÍMBOLO + S. P.: radioterapia + BHC

2.1.7. S.P. (CON ENLACES) + PALABRA PLENA + ABREVIATURA INICIAL: IAM no Q

2.1.8. S.P. + SÍMBOLO + S.P.: ACXFA, AcxFA, AcXFA, AC X FA, A.C. x F.A., A.C. xF.A.

2.1.9. S.P. DE 2 + PALABRA PLENA: DM no insulino dependiente, F.A. crónica (fibrilación auricular no es igual que fosfatasa, FA crónica, MI Derecho, PC normales, BMTes. Otras con enlace en 'de dos' y 'dos sintagmas': C.S. de San Román / C.S. DE HARO / C.S. MARGUBETE / C.S. DE NÁJERA / H.I.CIRUGÍA TORÁCICA

2.1.10. S.P. DE 2 + SIMBOLO: IY +, IY (+)/ IY (-)

2.1.11. S.P. DE 2 + S.P. DE 2: VD-AD

2.1.12. S.P. DE 2 + NÚMERO: DM2, con número romano: DM-II

2.1.13. S.P. DE 2 + ABREVIATURA IRREGULAR: EIIzda

2.1.14. S.P. DE 2 (CON ENLACE) + S.P. DE 2 (CON ENLACE): RE y RP, REIRP

2.1.16. PALABRA PLENA + S.P. DE 2: Anastomosis ileo-ileal LL.

2.1.17. S.P. DE 2 + PALABRA PLENA + NÚMERO: DM TIPO 2, DM tipo 2, DM tipo II

## 2.2. En inglés

2.2.1. S.P. + S.P.: GOT/GPT

2.2.2. S.P. + S.M.: GOT/AST, GPT/ ALT, incluso con una S.M. de dos: HBs Ag, Hbs Ag

2.2.3. S.P. + ABREVIATURA: TLC-pletis, TLC pletis y con abreviatura inicial minúscula: HDLc / LDLc

2.2.4. S.P. + SÍMBOLO: TLC-He

2.2.5. S.P. + PALABRA PLENA: HDL -colesterol, HDL colesterol, HDL - Colesterol, LDL-colesterol, LDL colesterol, LDL - Colesterol . Puede ser un nombre propio: MD Anderson: clínica.

2.2.6. S.P. + NÚMERO: FEV<sub>1</sub> , FEV1, FEV-1, con número romano: FEVI. A veces la S.P. es de más de tres: BIRADS 5

2.2.7. PREFIJO + S.P.: proBNP, ProBNP, Pro-BNP, Pro BNP, Anti ENA, Anti HCV, Anti-LKM, Anti-HBs

2.2.8. S.P. DE MAS DE TRES CON ENLACES + S.P. DE 2: TLCO/VA

2.2.9. LETRA GRIEGA + S.P.: Beta HCG

2.2.10. PALABRA PLENA + S.P.: COAGULACIÓN DE INR, Insulina NPH, coagulación de INR, Hbs: Antígeno Hbc y Hbs (Vid. Hbs Ag)

2.2.11. S.P. + S.P. + S.M.: GOT/GOT/GGT

2.2.12. PREFIJO + S.P. + S.M. : Anti HAV IgG, Anti HAV IgM, lo correcto sería IgM anti HAV o VHA IgM)

2.2.13. PREFIJO + S.P. + PALABRA PLENA : Anti HBc positive

2.2.14. PALABRA PLENA + PREFIJO + S.P.CON ENLACES: Anticuerpos anti VIH

2.2.15. S.M. + PREFIJO + S.P.: [antiENA (ro, la, scl-70....)]: Ac. Anti-ENA

2.2.16. S.P. + NÚMERO + S.P.: FEV-1/ FVC

2.2.17. PALABRA PLENA + SÍMBOLO + S.P.: valvulopatía mitroaórtica + HVI

2.2.18. S.P. + S.M. + SIGLA INICIAL: VCA IgM; lo normal es IgM VCA

2.2.19. S.P. + NÚMERO + S.P. + ABREVIATURA INICIAL + PALABRA PLENA: FEV-1/FVC/I. Tiffeneau

2.2.20. PALABRA PLENA + PREFIJO + S.P. + SÍMBOLO +. DE DOS Y DOS SINTAGMAS: Anticuerpos anti VIH negativos

2.2.21. SP DE DOS + ABREVIATURA: RV-He, Rv-Pletis. RV =FRC-ERV o RV =TLC –IVC. Por plestimografía corporal

### 3. DE SIGLA MORFEMA

#### 3.1. En español

3.1.1. S.M. + S.M.: ENG-EMG, EMG-ENG

3.1.2. S.M. + ABREVIATURA INICIAL: IgA inmunoglobulinas A, M, G, IgG, IGgg (por ERROR o en plural), IgG: anticardiolipina IgG: 434, inmunoglobulina IgG: 179, plasmocitoma IgG: 121, mieloma múltiple IgG: 122, mieloma múltiple y IgG/ IgM: citomegalovirus IgM: 244, anticardiolipina IgM: 434, VCA IgM: 244

3.1.3. S.M. + NÚMERO: ACP2

3.1.4. S.M. + S.P. DE 2: Ab iv

3.1.5. S.M. + PALABRA PLENA: TBC pulmonar, TBC PULMONAR

3.1.6. PREFIJO + S.M: AntiHTA, Post- RTU

3.1.7. PALABRA PLENA + S.M.: Antinucleares (IFI), Test TBD

3.1.8. PALABRA PLENA + S.M. + S.M. PLURAL: pupilas ICNRs

3.1.9. S.M. DE MÁS DE TRES + SÍMBOLO: PPRB (-)

3.1.10. S.M. + PREFIJO + S.M. : Ac. Anti-RNP

3.1.11. S.M. + PREFIJO + SÍMBOLO +... : Ac. Anti-Ro, Ac. Anti-La

3.1.12. S.M. DE MÁS DE TRES + SÍMBOLO + S.M.: SMPC/ SMD

3.1.13. PALABRA PLENA + S.M. + ABREVIATURA INICIAL:  
inmunoglobulina IgG: Anticardiolipina, IgG, Citomegalovirus IgM, Anticardiolipina  
IgM (vid. Supra)

### 3.2. Del inglés

3.2.1. S.M. + S.P.: RNA VHC/ RNAVHC/ RNA VIH

3.2.2. PREFIJO + S.M.: Anti DNA, Anti-DNA, Anti-DNA

3.2.3. S.M. + PREFIJO + S.M.: Ac Anti-DNA, Ac. Anti-ds DNA

3.2.4. S.M. + PREFIJO + S.P.: Ac. Anti-LKM (=AntiTPO) [curiosamente se  
desarrolla entera]

3.2.5. S.M. + PREFIJO + SÍMBOLO + S.M. : Ac. Anti-ds DNA, Ac. Antids  
DNA, Ac. AntidsDNA

3.2.6. PREFIJO + S.M. + S.P.: Anti-ds DNA =anti DNA de doble hebra o  
doble cadena//ds = double strand [creo]

3.2.7. S.M. + PREFIJO + ABREVIATURA: Ac. Anti-Sm (anti Smith)

3.2.8. S.M. + PREFIJO + SÍMBOLO + .... + NÚMERO: Ac. Anti-Jo-1

3.2.9. S.M. + PREFIJO + ABREVIATURA + NÚMERO: Ac. Anti-Scl-70  
(Scleroderma)

### 3.3. Sigla morfema de dos

3.3.1. S.M. de dos + S.M. de dos: NC y NH, NH y NC

3.3.2. S.M. de dos + ABREVIATURA: PA. y L., P.A. y LAT.

3.3.3. S.M. de dos + S.P. de dos: Ab iv. (vid. Supra)

3.3.4. S.M. de dos + PALABRA PLENA: NC y Deshidratación, P-A y lateral, RT craneal

3.3.5. PALABRA PLENA + S.M. de dos: Percusión CV, Diagnóstico AP

3.3.6. ABREVIATURA INICIAL + ABREVIATURA INICIAL + S.M. de dos: CyO. NC

4. ESPECIALES: S.M. + DE DOS Y DOS SINTAGMAS + SÍMBOLO + ABREVIATURA INICIAL ESPECIAL: LDH lp/s. (Líquido pleural, Suero) , proteínas lp/s: proteínas Líquido pleural/suero

Para concluir este apartado, se hace necesario ofrecer una visión contrastiva entre lo que hemos obtenido y la norma propuesta por los organismos oficiales.

En el plano fónico, las reglas que atañen a la escritura de los grafemas de una sigla son flexibles porque reflejan el avance de su proceso de incorporación al lenguaje habitual. Por norma, las letras de las siglas se escriben con mayúscula y sin puntos, excepto en el caso de los acrónimos; por tanto, es incorrecta la escritura de una sigla separando cada una de las letras que la conforman mediante un punto (\*A.C. xF.A., c.c., c.v., d. l.n.), mediante comas (\*C, O, C) o, a su vez, mediante punto y espacio en blanco (\*E. E.), formas que obtenemos en nuestros informes en bastantes casos ya que, a pesar de la norma, la escritura más clásica consiste en letras mayúsculas separadas por puntos.

Tampoco se deben incluir espacios de separación entre cada una de las letras que las componen.

Esta falta de uniformidad gráfica se complica al observar que una misma sigla presenta formas con mayúsculas o minúsculas sin que esta diversidad obedezca a criterio alguno (AINEs, Aines; AMP, amp; AP, A.P., Ap; VS, vs; vo, v.o., VO). No obstante, el uso, junto a su estructura fonológica, podría determinar el empleo de las minúsculas, ya que la pérdida de las mayúsculas es muy difícil cuando la sigla no tiene forma silábica.

Normativamente, no se respetan los dígrafos ni los grupos consonánticos y se omiten las partículas a, de, y, con, el, la: UVI, unidad de vigilancia intensiva; FUR, fecha de la última regla; sin embargo, se obtienen ejemplos del caso contrario (OTC 'over the counter', PMV 'para mantener vía', REIRP 'receptores de estrógenos y receptores de progesterona', SMDAR 'síndrome de anemia refractaria')

Cuando se compone la sigla, aunque las iniciales de los términos originales lleven acento la sigla nunca la lleva, puesto que su pronunciación es nueva, y, por ello, también la sílaba tónica, al contrario que las abreviaturas. Tampoco se deben tildar las siglas que por reglas ortográficas deban tildarse y tanto lo uno como lo otro comprobamos que se realiza de esa manera en los ejemplos obtenidos. Como apunta Manuel Seco (1977): "en lo relativo al acento, en general se pronuncian como palabras graves cuando terminan en vocal, y como agudas cuando terminan en consonante. Frente a esta norma general, naturalmente, no faltan vacilaciones".

Dado que en los textos escritos no queda patente la forma de lectura de una abreviación, se incluye en esta investigación un análisis empírico que intenta aclarar las maneras de pronunciar estos elementos.

Para ello, se eligieron tres informes caracterizados por la abundancia de fenómenos de abreviación, que incluyeran la mayoría de las modalidades analizadas de abreviaciones y que no fueran muy extensos (documentos 10, 345, 346). Se grabó a veintiuna personas de diferentes perfiles; como personal sanitario: dos médicos, dos enfermeras, un estudiante de medicina, dos auxiliares de enfermería, dos psicólogos, dos trabajadores sociales, tres administrativos, un técnico de rayos, un celador y, como no sanitarios, tres hombres y dos mujeres más, de mediana edad y de diferente nivel cultural.

Las abreviaciones obtenidas en estos tres informes serían las siguientes:

-Siglas prototípicas: C.S., AMC, DM, CORP, TA, FC, lpm, AC, RsCsRs, AP, MVC, EEII, GOT, FA, BT, BD, VCM, TAC abdominal, LOE, LI, MIR, VCM, C.E. para hemoterapia, ARS.

-Siglas morfema: HTA (3 veces), DLP, HCD, NH, GPT, GGT, Hb (2 veces), Hto (2 veces), CEA, AFP, HDK, Hb 6.1., Hb 10.3

-Abreviaturas: tto, abd, s. constitucional, T<sup>a</sup>, ABD, H, E. Coli, ECO ABD, Fco1, Fco2, Fdo. (3 veces), Dra., Dr. (3 veces), A. refractaria, S anémico, E. HODGKIN/83, CA RECTO, N 1,2, 3 unidades de c. de hematíes, c. de hematología, Ca recto, cuatro U. de C.H.

-Símbolos: Sat O2, cm (3 veces), Fe, Ca 125, Ca 19.9, 11x12, suerente, Buscapina IV, 30 cm, 1 cm, 38°C, 27/08/2007, millon/microl., fl, 119x1000 microl., 3'6x1000/microl., 21/ \*Dic\*/\*05, a las 13,10, nó 44, el día 7-2-06

Una vez leídos los informes por los encuestados y grabados, se analizan las respuestas obtenidas llegando a determinar que las siglas prototípicas y siglas morfemas se pueden leer:

- en forma completa, como si la palabra no estuviese abreviada (DMNID, diabetes mellitus no insulino dependiente; BCRD, bloqueo completo de rama derecha.). Se rescata, por tanto, la denominación pluriverbal de la que se ha originado lo cual suele hacerse cuando, aunque la finalidad de la aparición de la sigla en el escrito haya sido ahorrar espacio, se prefiere la mención completa del término complejo. Los resultados que desarrollan el sintagma o palabra original se muestran en la tabla:

	todos	médicos y enfermeras	médicos	sanitarios
siglas prototípicas	C.S.	AMC, DM, AC, RsCsRs, AP, MVC	FA, BT, BD, LOE	FC, lpm, EEII, VCM (2 veces), LI, C.E. para hemoterapia
siglas morfema		DLP	NH, CEA (uno solo)	HTA (3 veces), HCD, Hb (2 veces), Hto (2 veces), AFP, Hb 6.1., Hb 10.3
abreviaturas	Fdo. (3 veces), Dra., Dr. (3 veces)	H.	Fco. 2 (uno solo), N 1,2 (solo uno)	s. constitucional, E. coli, A. refractaria, E. HODGKIN/83, CA RECTO, 3 unidades de c. de hematíes, c. de hematología, cuatro U. de C.H.
símbolos	cm (2 veces), 11x12, 30 cm, 1 cm		fl (uno solo)	Buscapina IV

Puntualizaremos que en AMC se citan como sinónimos ‘médicas’ y ‘medicamentosas’ y dos informantes omiten el adjetivo ‘conocidas’; en DM se lee lo mismo ‘diabetes’ que ‘diabetes melitus’; en RsCsRs, forma que solo reconocen un médico y una enfermera, la primera sigla se articula como ‘ritmos’ cuando en realidad es ‘ruidos’; MVC lo enuncian como ‘murmullo vesicular conservado’ solo los médicos mientras que una enfermera lo emite como ‘murmullo ventricular conservado’. En la sigla DLP, a pesar de que conocen su significado y así lo transmiten las dos enfermeras y los dos médicos, uno de éstos ofrece la forma en singular ‘dislipemia’ y el resto en plural. Solo un médico y una enfermera leen como ‘hemograma’ la abreviatura H.

En las siglas prototípicas que solo reconocen y así pronuncian los médicos observamos una vacilación en FA ya que para uno es ‘fosfatasa alcalina’ y para el otro ‘fibrilación auricular’; en el caso de la sigla LOE mientras que uno de los médicos la lee desarrollando su significado, el otro la lee silabeada y añade “que es lesión ocupante de espacio”. Únicamente un facultativo profiere la forma desarrollada de las siglas morfema NH y CEA ‘normohidratado’ y ‘antígeno carcinoembrionario’, de las abreviaturas Fco. 2 y N 1,2, en la primera aunque la nombre efe- ce-o añade: “supongo que será frasco dos” y en la segunda lee “lo normal es uno con dos” y del símbolo fl ‘fentolitros’.

Respecto al resto de abreviaciones que se leen desarrolladas como sintagma o palabra plena, veremos los resultados al analizar las demás respuestas.

- como palabras, es decir, mediante la lectura silabeada de la expresión gráfica resultante, esto es, pronunciando la secuencia tal cual, como si de una palabra normal se tratase, ya que la estructura gráfica de cada una, perfectamente acomodada a los patrones silábicos del español, permite la lectura de forma secuencial, como cualquier palabra. En estos casos nos encontramos, entonces, ante «siglas silabeadas» también denominadas «siglas silábicas» que son las que más fácilmente se convierten en acrónimos. En las encuestas, se pronuncian de este modo TAC abdominal, MIR, CORP en todos los casos excepto por una enfermera y dos informantes no sanitarios que la desarrollan como ‘corporal’ y deletreándolo el técnico de rayos, un administrativo y un informante no sanitario. Del mismo modo se pronuncia LOE por todos menos los médicos que, como hemos indicado, la desarrollan íntegramente y por aquellos que la deletrean (un administrativo y dos informantes no sanitarios).



- como sucesión de letras o deletreo, cuando presentan secuencias difíciles de articular en español o directamente impronunciables deletreando cada inicial; hablamos entonces de «siglas deletreadas» o de «siglas consonánticas». Leen las abreviaciones de este modo todos los informantes que no desarrollan las siglas prototípicas AMC, DM, AC, RsCsRs, AP, MVC, FA, BT, BD, las siglas morfema DLP, NH, la abreviatura H. y el símbolo fl del cuadro anterior.

En cuanto a las demás siglas prototípicas, aquellas desarrolladas por el personal sanitario pero no así por el resto, los resultados son los siguientes:

FC: desarrollado como ‘frecuencia cardiaca’ por médicos, enfermeras, el estudiante de Medicina, los auxiliares, el celador y un administrativo; el resto lo deletrean.

lpm: desarrollado como ‘latidos por minuto’ por médicos y enfermeras, como ‘pulsaciones por minuto’ por el estudiante y el celador y el resto lo deletrean

EEII: desarrollado como ‘extremidades inferiores’ por el personal sanitario y el resto lo deletrean. Destaca en este ejemplo la confusión entre la letra i y el número 1 en un informante no sanitario ‘e-e-uno-uno’, error que obtenemos de nuevo en la sigla LI por otro informante no sanitario ‘ele-uno’

VCM: en los dos casos que aparece, se enuncia desarrollado como ‘volumen corpuscular medio’ por médicos y el estudiante de Medicina, como ‘volumen corporal medio’ por una enfermera, ‘velocidad de sedimentación’ indica un psicólogo y el resto lo deletrean

LI: desarrollado como ‘lóbulo izquierdo’ por un médico y el técnico de rayos, como ‘lateral izquierdo’ por el estudiante, silabeado por un administrativo y el resto lo deletrean

C.E.: desarrollado como ‘consulta externa’ lo leen los médicos, una enfermera, un auxiliar, un trabajador social y los psicólogos; en plural ‘consultas externas’ lo emite la otra enfermera; silabeado un administrativo y el resto lo deletrean.

De las siglas morfema que constan en el cuadro superior, obtenemos los siguientes resultados:

CEA: desarrollada por un médico como ‘antígeno carcinoembrionario’, deletreada ‘ce-e-a’ por un auxiliar, un psicólogo, un trabajador social y un administrativo y el resto leída como ‘cea’

HTA: las tres veces que se menciona coinciden los resultados y se hace como ‘hipertensión arterial’ para los médicos, las enfermeras y el estudiante; para el resto ‘ache-te-a’

HCD: desarrollado como ‘hipocondrio derecho’ por los médicos, enfermeras, el estudiante, el técnico de rayos y un administrativos; para el resto ‘ache-ce-de’

Hb: las dos veces desarrollado como ‘hemoglobina’ por médicos, enfermeras, el estudiante, un trabajador social y un administrativo (que en un caso, por el contrario, lo deletrea). El resto de encuestados lo deletrean ‘ache-be’. Para las formas Hb 6.1 y Hb 10.3, además de coincidir los resultados de la lectura de Hb, se diferencia la forma de pronunciar el punto que separa los números; así, el técnico de rayos lee ‘seis coma uno’; un administrativo ‘seis uno’, ‘diez tres’; un médico, el estudiante, un trabajador social, un psicólogo y el personal no sanitario pronuncian ‘seis punto uno’, ‘diez punto tres’ y, por último, el resto del personal ‘seis con uno’, ‘diez con tres’.

Hto: en las dos ocasiones, ‘hematocrito’ leen los médicos, enfermeras, el estudiante, un trabajador social y un administrativo; el resto lo deletrean ‘ache-te-o’

AFP: un médico dice ‘alfafetoproteína’, el otro ‘alfacetoproteína’, un auxiliar ‘alfafeto’ y los demás lo deletrean ‘a-efe-pe’.

Las restantes abreviaturas del cuadro superior ofrecen estos datos:

Fco. 1: no se menciona en el caso de muchos entrevistados; ‘francisco’ lee un médico, ‘foco’ interpretan dos informantes más, ‘efe-co-uno’ leen un auxiliar y un entrevistado no sanitario y el resto, finalmente, como ‘efe-ce-o’

Fco. 2: muchos informantes no lo mencionan al ir entre paréntesis. Solo en un caso un médico indica: ‘efe-ce-o, supongo que será frasco dos’; además, para dos informantes es ‘foco dos’ y el resto lo deletrean como ‘efe-ce-o-dos’, ‘efe-ce-dos’ o con la forma mixta ‘efe-co-dos’ (un auxiliar)

N 1, 2: un médico, en su lectura, indica ‘lo normal es hasta uno con dos’; el resto no lo identifican correctamente y leen ‘neutrófilos’ (otro médico)

s. constitucional y s. anémico: desarrollan la abreviatura los médicos, las enfermeras, el estudiante, el técnico de rayos, los psicólogos, un trabajador social, dos auxiliares y, en el caso del s. anémico, de forma anómala lo desarrolla un informante no sanitario que deletrea el s. constitucional. Los demás entrevistados deletrean estas formas ‘ese constitucional’, ‘ese anémico’.

E. coli: los resultados desarrollados de la abreviatura difieren en la pronunciación: ‘escreicha coli’ para un médico, ‘echerichia coli’ para el otro médico, ‘esqueriquia coli’ leen el estudiante de medicina y una enfermera, ‘echericha coli’ dice el técnico de rayos. El resto deletrean la forma ‘e-coli’.

A. refractaria: diferentes respuestas nos aportan los sanitarios que desarrollan esta forma: ‘anemia refractaria’ (un médico, el estudiante, una enfermera, un trabajador social), ‘antecedentes refractarios’ para el técnico de rayos, ‘aceptación refractaria’ según un psicólogo. El resto leen ‘a refractaria’ o ‘a punto refractaria’

E. HODGKIN/83: conocimiento de la forma demuestran los médicos ‘enfermedad de jodquin en mil novecientos ochenta y tres’, ‘enfermedad de jodquin en el ochenta y tres’; la e. como ‘enfermedad’ la leen también el estudiante de Medicina y un psicólogo. Los demás pronuncian ‘e jodquin’ o ‘e-ache-o-de-ge-ca-i-ene’ lo cual indica que desconocen por completo la forma, más aún en el caso de los que enuncian la forma como ‘e-punto-ache-o-de-ge-ca-i-ene barra ochenta y tres’ (dos informantes no sanitarios)

CA RECTO/ Ca recto: un médico coincide las dos veces en leer la forma desarrollada correcta ‘carcinoma de recto’; como ‘calcinoma de recto’ lo pronuncian las dos veces el otro médico, una enfermera, un psicólogo, un administrativo; ‘cáncer de recto’ indican el estudiante de Medicina, un psicólogo, un trabajador social; deletreado ‘ce-a de recto’ para una enfermera, un auxiliar de enfermería y dos informantes no sanitarios; como ‘ca recto’ lo obtenemos del auxiliar de enfermería y un informante no sanitario. Finalmente, de forma extraña en algunos interlocutores no coinciden las respuestas aportadas en las dos formas; así el técnico de rayos, el trabajador social y el celador la forma mayúscula la leen como ‘cáncer de recto’ y la minúscula como ‘ce-a recto’ los dos primeros y como ‘ca recto’ el segundo. Uno de los administrativos, seseista por su origen hispanoamericano, indica en el caso de la mayúscula ‘calsinoma de recto’ aunque dice ‘se-a de recto’ en la minúscula. Otro administrativo pronuncia la mayúscula como ‘ca recto’ y la minúscula ‘ce-a recto’ y, por último, dos informantes no sanitarios, en la forma mayúscula, leen ‘ce-a recto’ y en la minúscula ‘ca recto’.

3 unidades de c. de hematíes: deletrean la forma c. un auxiliar, un técnico de rayos, un trabajador social, un celador, dos administrativos y los informantes no sanitarios; los demás entrevistados desarrollan ‘concentrados’ (médicos, un psicólogo, un trabajador social) o ‘concentrado’.

c. de hematología: demuestran conocimiento de la forma un médico que lo desarrolla como ‘consultas’; otro médico, el estudiante, las enfermeras, los psicólogos, un trabajador social y un administrativo que lo leen como ‘consulta’. Por el contrario, para un auxiliar es ‘servicio’ y ‘centro’ lee un informante no sanitario. La forma deletreada la ofrecen el otro auxiliar, un trabajador social, el celador, un administrativo y el resto de no sanitarios. Los demás informantes evitan la lectura de esa forma.

cuatro U. de C.H.: correctamente desarrollada como ‘cuatro unidades de concentrado de hematíes’ la muestran un médico, dos enfermeras y un psicólogo; con el plural ‘concentrados’ lo leen el otro médico, un psicólogo y un trabajador social. Por otro lado, algunos informantes desarrollan solo la sigla U. y deletrean el resto: ‘cuatro unidades de ce-ache’ (un auxiliar, el técnico de rayos, celador, dos administrativos y cuatro informantes no sanitarios). Los demás leen ‘cuatro u de ce-ache’.

Por último, los demás resultados obtenidos ofrecen una heterogeneidad de formas que sintetizo seguidamente:

Siglas prototípicas:

TA: lo habitual es su lectura como ‘tensión arterial’; sin embargo, un auxiliar de enfermería, el técnico de rayos, un trabajador social, dos administrativos y dos informantes no sanitarios la deletrean ‘te-a’ y otro informante no sanitario lee ‘ta’.

Las dos siglas que quedan no se desarrollan como palabra plena en ningún caso pero mientras que ARS se deletrea siempre -quizá por no ofrecer una sílaba fácilmente pronunciable en español-, GOT reparte al 50% los resultados:

‘ge-o-te’ los médicos, el estudiante, una enfermera, los psicólogos, dos administrativos y dos informantes no sanitarios

‘got’ para una enfermera, dos auxiliares, el técnico de rayos, los trabajadores sociales, el celador, un administrativo y tres informantes no sanitarios.

Tampoco ofrecen desarrollada como palabra plena las siglas GPT y GGT y en todos los casos, dada la imposibilidad de pronunciación silábica, los informantes las deletrean ‘ge-pe-te’, ‘ge-ge-te’.

Por parte de las abreviaturas que restan, a pesar de que se especifican como palabra plena casi siempre (tto ‘tratamiento’, T<sup>a</sup> ‘temperatura’), dos informantes no sanitarios y un administrativo las deletrean ‘te-te-o’ y ‘te-a’. En cuanto a la abreviatura abd (y sus variantes ABD, ECO ABD), indicamos todos los resultados con el fin de probar la heterogeneidad de expresiones obtenidas y la falta de criterio:

	abd	ABD	ECO ABD
MÉDICO 1	en abdomen	abdomen	ecografía abdominal
MÉDICO 2	abdominal	abdomen	eco abdomen
ESTUDIANTE	abdominal	a-be-de	ecografía abdominal
ENFERMERA 1	abdominal	abdomen	eco abdominal
ENFERMERA 2	abdominal	abdomen	ecografía abdominal
AUXILIAR 1	abdomen	a-be-de	eco abdominal
AUXILIAR 2	abdominal		eco abdominal
TÉCNICO RAYOS	abdominal	a-be-de	eco abdominal
PSICÓLOGO 1	abdominal	a-be-de, abdominal	eco abdominal
PSICÓLOGO 2	abdominal		ecografía abdominal
T. SOCIAL 1	abdominal	a-be-de	eco abdominal
T. SOCIAL 2	dolor a-be-de	a-be-de	eco abdominal
CELADOR	abdominal	a-be-de	eco abdominal
ADMINISTRATIVO 1	dolor a-be-de	a-be-de	eco abdominal
ADMINISTRATIVO 2	abdomen	a-be-de	eco abd
ADMINISTRATIVO 3	abdominal		eco abdominal
NO SANITARIO 1	a-be-de	a-be-de	e-ce-o-a-be-de
NO SANITARIO 2	abdomen	abdomen	eco abdominal
NO SANITARIO 3	abdominal	abdomen	ecografía abdominal
NO SANITARIO 4	a-be-de	a-be-de	eco a-be-de
NO SANITARIO 5	abdominal	a-be-de	eco abdominal

Por tanto, la mayor parte de entrevistados son capaces de desarrollar estas abreviaturas aunque para unos se trata de un sustantivo ‘abdomen’ y para otros el adjetivo ‘abdominal’. Resulta evidente que el contexto en el que se sitúa la abreviatura influye en la decisión de optar por sustantivo o adjetivo; sin embargo, en ocasiones cuando figura como adjetivo se desarrolla como sustantivo sin preposición: dolor abd ‘dolor abdomen’.

Destaca, asimismo, que resulta más complicado identificar la voz en mayúsculas quizá porque el contexto lo facilita menos: cuando figura como adjetivo, tanto acompañando a ‘dolor’ como a ‘ecografía’, parece sencillo deducir su significado pero, en el caso de ABD, sustantivo situado en el apartado EXPLORACIÓN FÍSICA, cuesta más deducir lo que significa ya que cualquier hablante no está tan familiarizado con los apartados de que consta la exploración del paciente como con las pruebas complementarias.

En cuanto a los símbolos, el desconocimiento es evidente en los hablantes que no desarrollan sat. como ‘saturación’: técnico de rayos (ese-a-te cero-dos), dos administrativos (sat, sat oxígeno) y dos informantes no sanitarios (sat, sat o dos basal). Asimismo, demuestran ignorancia aquellos que no asimilan Fe con el ‘hierro’ ofreciendo formas deletreadas ‘efe-e’ (auxiliar, trabajador social, administrativo, tres informantes no sanitarios) o ‘fe’(auxiliar, técnico de rayos, celador, administrativo, un informante no sanitario).

Para Buscapina IV obtenemos la forma correcta ‘intravenosa’ en boca de los médicos, el estudiante, las enfermeras, un auxiliar y el técnico de rayos; para el resto, se lee ‘cuatro’ o incluso ‘cuarta’.

Conocido por todos los informantes es el símbolo 38°C leído como ‘treinta y ocho grados centígrados’; por el contrario, los marcadores tumorales Ca 125 y Ca 19.9, que ningún encuestado desarrolla con el significado del símbolo, se ofrecen deletreados casi siempre (‘ca diecinueve punto nueve’ dice el estudiante y ‘calcio ciento veinticinco’; ‘ca ciento veinticinco’ y ‘ca diecinueve con nueve’ para el trabajador social).

Con números decimales o similares localizamos seis formas cuyos resultados son relevantes dada su heterogeneidad:

	Hb 6.1	Hb 10.3	N 1,2	Ca 19.9	3'6 x 1000/ microl.	13,10
MÉDICO 1	punto	punto			-----	-----
MÉDICO 2	con	con	con	-----	punto	-----
ESTUDIANTE	punto	punto	con	punto	con	-----
ENFERMERA 1	con	con	coma	punto	coma	punto
ENFERMERA 2	con	con	con		con	coma
AUXILIAR 1	punto	punto		punto	coma	-----
AUXILIAR 2	punto	punto		punto	punto	y
TÉCNICO RAYOS	coma	con		-----	con	-----
PSICÓLOGO 1	punto	punto	coma	punto	coma	y
PSICÓLOGO 2	coma	coma		con	con	y
T. SOCIAL 1	coma	coma		con	con	-----
T. SOCIAL 2	punto	punto	coma		coma	-----
CELADOR	con	con	con	con	con	y
ADMINISTRATIVO 1	punto	punto	con	-----	coma	-----
ADMINISTRATIVO 2	-----	-----	con	con	con	-----
ADMINISTRATIVO 3			punto	punto	coma	y
NO SANITARIO 1	punto	punto	coma	coma	coma	-----
NO SANITARIO 2	punto	punto	punto	punto	coma	-----
NO SANITARIO 3	punto	punto	coma	punto	con	y
NO SANITARIO 4	punto	punto	coma	punto	coma	-----
NO SANITARIO 5	punto	punto	punto	-----	coma	y

Podemos deducir que no siempre que gráficamente se escribe punto, el hablante lo lee como tal: en los dos primeros casos supone la respuesta mayoritaria (12 entrevistados), sin embargo en Ca 19.9 desciende el número de hablantes que leen punto (9 entrevistados). Por otro lado, en casi todos los casos los hablantes no sanitarios leen el punto como tal. Además, obtenemos dos resultados anómalos ya que el punto gráficamente se pronuncia 'coma': 'ache-be-seis coma uno' (técnico de rayos) y 'ce-a diecinueve coma nueve' (no sanitario).

El desconocimiento del significado de N 1, 2 se demuestra nuevamente con los resultados obtenidos ya que la mitad se limita a leerlo como ‘ene uno coma dos’; a pesar de ello, se manifiesta como algo insólito la lectura como ‘punto’ en algunos hablantes cuando el signo gráfico corresponde a coma o apóstrofe: 3’6 ‘tres punto seis’ (médico, auxiliar), N 1, 2 ‘ene uno punto dos’ (administrativo, dos no sanitarios), 13,10 ‘trece punto diez’ (enfermera). Igualmente extraña supone la lectura de ‘coma’ en la forma 3’6, respuesta mayoritaria en este contexto. Por lo demás, para referirse a la hora lo más habitual es obviar la coma (‘las trece diez’) o añadir la conjunción ‘y’: ‘las trece y diez’.

Otro aspecto en el que no hay consenso se refiere a las fechas como vemos en la tabla (especificamos la preposición primera, el mes y la preposición segunda que es donde radican las diferencias):

	27/08/2007	21/Dic/05	el día 7-2-06
MÉDICO 1	de agosto del	de diciembre de	de febrero del
MÉDICO 2	del ocho de	de diciembre del	de febrero del
ESTUDIANTE		de diciembre de	de febrero de
ENFERMERA 1	del ocho del	de diciembre del	del dos del
ENFERMERA 2		de diciembre de	del dos del
AUXILIAR 1	del ocho del	de diciembre del	del dos del
AUXILIAR 2		de diciembre del	del dos del
TÉCNICO RAYOS	del agosto del	de diciembre del	del dos del
PSICÓLOGO 1		de diciembre del	del dos del
PSICÓLOGO 2		de diciembre del	del dos del
T. SOCIAL 1	de agosto del	de diciembre del	de febrero del
T. SOCIAL 2	de agosto ----	de diciembre de	del dos del
CELADOR	de agosto del	de diciembre del	del dos del
ADMINISTRATIVO 1	de agosto de	de diciembre de	de febrero de
ADMINISTRATIVO 2	de agosto del	de diciembre de	del dos del
ADMINISTRATIVO 3	de agosto del	de diciembre del	de febrero del
NO SANITARIO 1	del ocho del	de diciembre del	del dos del
NO SANITARIO 2	de agosto del	de diciembre del	del dos del
NO SANITARIO 3	de agosto de	de diciembre cero cinco	del dos del
NO SANITARIO 4		de diciembre cero cinco	
NO SANITARIO 5		de diciembre de	del dos del



Como vemos, para formas muy similares como la primera y tercera fecha, no siempre coinciden las propuestas; así un médico dice para la primera ‘ocho’ mientras que para la tercera ‘febrero’; el técnico de rayos, un trabajador social, un celador, un administrativo y dos no sanitarios indican ‘agosto’ para la primera y ‘dos’ para la segunda.

En cuanto a las preposiciones, apenas hay coherencia salvo que cuando el mes va en letra se antepone la preposición ‘de’ (salvo el técnico) y cuando es un número ‘del’; también se comprueba que el estudiante emplea siempre ‘de’.

Por último, solo en dos casos no se lee el año completo, a pesar de aparecer abreviado en dos fechas.

En los textos elegidos se incluyen dos erratas ‘suerente’ (por sugerente) y ‘nó 44’ (como abreviatura de número 44). El primer error solo lo rectifican un médico, el estudiante, una enfermera, un auxiliar, el técnico de rayos, un psicólogo y el celador. La segunda errata la identifican todos excepto, por un lado, el técnico de rayos y un psicólogo que la deletrean ‘ene-o’ y, por otro, un administrativo y un no sanitario que leen ‘no’.

De las lecturas obtenidas, las conclusiones a las que llegué se centran en que el modo de lectura de una sigla depende de la legibilidad de su expresión gráfica —la cual depende en gran medida, a su vez, del procedimiento de formación que ésta haya experimentado: cuando su forma es silábica es más común que se lea como tal y, por tanto, será más común que se lexicalice. Por otro lado, solo los que conocen con exactitud el desarrollo pleno de una sigla o una abreviatura, habitualmente médicos y enfermeras, la desarrollan como tal; el resto la deletrean habitualmente o, como hemos indicado, la leen por sílabas. Las siglas pronunciadas indican un mayor proceso de lexicalización que las deletreadas, como comprobamos en términos como TAC, MIR.

Además, se podrían considerar como tecnicismos las siglas y abreviaturas del mundo sanitario y, en muchos ejemplos, solo las personas más vinculadas a este mundo son capaces de desarrollar; sin embargo, todas no son igualmente conocidas como vemos en la diferencia de desarrollo entre las siglas HTA y AFP, o las abreviaturas Fdo. y fco. (HTA y Fdo. se desarrollan plenamente por casi todos los hablantes mientras que AFP y fco. apenas se conocen).

Como explicamos al hablar de los acrónimos, ciertas siglas siguen un proceso de lexicalización que las conduce a transformarse en nombres comunes perdiendo, por tanto, su significado original y su origen. Debido a este fenómeno estos tipos de siglas se escriben en minúscula y pueden producirse morfología y sintácticamente como los nombres comunes, es decir, formar derivados, tener número, llevar artículo, etc. El caso es aún más patente en los préstamos porque al estar formada la sigla sobre una secuencia sintagmática perteneciente a una lengua distinta a la española, la reconstrucción de su base precisa la competencia de la lengua a que esta pertenece. Por tanto, puede decirse que una sigla se halla tanto mejor integrada como elemento del léxico, cuanto más borrada está su motivación original por lo que nos encontramos entonces con un verdadero nuevo lexema en la lengua adquirido en la conciencia de los hablantes.

Por ello, en bastantes casos la extrañeza del significado de una sigla hace que convenga desarrollarla para que el receptor entienda el mensaje.

Por tanto, se evidencia la estructura heterogénea de las siglas: Algunas son estrictamente consonánticas frente a otras que son silábicas, o bien con yuxtaposición de ambas posibilidades; las hay con inclusión de elementos de relación o sin la presencia de estos, solución que parece la más frecuente; asimismo, unas conservan su origen extranjero frente a muchas que son traducidas a nuestra lengua. Igual de variada que la estructura fonológica resulta la representación gráfica de las siglas: mayúsculas, minúsculas, combinación de ambas son las distintas variantes observadas. Tampoco es posible sistematizar en qué momento del proceso evolutivo reciben el tratamiento gráfico de una palabra, pues se ha observado como las ya citadas ONU y ONCE, totalmente integradas en la norma lingüística léxica, son habitualmente representadas por mayúsculas.

Sin duda, esta diversidad demuestra que estamos ante un fenómeno no consolidado. La observación del mismo permite únicamente llegar a una descripción de los hechos y estar atentos al desarrollo de los acontecimientos, puesto que sensibilizados ante esta situación lo debemos estar todos. Habrá que permanecer a la expectativa y esperar a que pase el auge del empleo de las siglas y, por lo tanto, a que estas unidades se sistematicen.

En resumen, la grafía de las siglas es muy dispar, aunque el procedimiento de formación habitual consiste en la yuxtaposición de los grafemas iniciales de las palabras plenas componentes del sintagma que se abrevia hemos comprobado que las alternativas son muy abundantes. Pese a ser este procedimiento el más común, tienen también presencia en su constitución letras que siguen a la inicial e incluso elementos de relación que facilitan su pronunciación, aunque estas partículas no suelen ser, por lo general, parte integrante de la estructura de la sigla.

En el plano morfológico, por norma, las siglas y acrónimos conservan el género y el número de la palabra completa (la UVI; el HPV).

El número de las siglas corresponde, como en el caso del género, al de la palabra que constituye el núcleo semántico del sintagma abreviado (ml =mililitro, mililitros; ML =mililitro, mililitros; inh =inhalación, inhalaciones, etc.)

La escritura de las siglas es invariable en cuanto al número pero algunas presentan oposición numérica y es en estos casos en los que la representación del plural muestra distintas soluciones según se trate de siglas expresadas en mayúsculas, en proceso de lexicalización o lexicalizadas (leucos). Estas últimas, al estar escritas con minúsculas, forman el plural siguiendo el sistema (leucos, Leucos, Loes, neutros, kgs, mgrs., mgs, miligramos, miligrmos); en cambio, con las siglas que mantienen las mayúsculas surge el problema de la representación del plural, porque las marcas -S o -es añadidas al final podrían interpretarse como parte de las mismas como así sucede ADOs. En español la solución anglosajona, el calco de apóstrofo + s ('s) es rechazada por su carácter anormativo y se prefiere indicar la noción de pluralidad en el texto en el que se inserta la sigla, por ejemplo, mediante precedencia a esta de un determinante en forma plural — como *los o las*—. No obstante, hay autores que se muestran críticos con esta resolución académica: los aine ('antiinflamatorios no esteroideos') y en numerosos casos se utilizan erróneamente muchas siglas en plural (con una -s minúscula: ADOs, AINEs, AINES, Aines, ANCAs, NLs, PESs, pupilas ICNRs, RTUs, TEPs; con -s mayúscula: IECAS, LOES).

Se dan también algunos plurales sistemáticos en formas provenientes del deletreo o silabeo de una sigla consonántica. Asimismo, obtenemos casos de plurales con duplicación de la letra, sobre todo, en siglas formadas por truncamiento extremo; en ellas se dobla la letra conservada, separada por un espacio en blanco —es recomendable que dicho espacio en blanco entre cada pareja de letras duplicadas sea un espacio fino:

AACN (anticuerpos....), gg, GG, PPCC y quizá como error: IGgg. Y, por último, una forma curioso en la que se añade la s del plural a cada una de las grafías de la sigla: Rs CSRS, RsCsRs, Rs Cs Rs.

La Fundéu y ortotipógrafos como Xosé Castro recomiendan el empleo de una -s para que el plural prosódico y semántico tenga reflejo gráfico.

Las siglas, asimismo, adoptan el género de la palabra que constituye el núcleo de la expresión abreviada, que normalmente ocupa el primer lugar en la denominación. Como las siglas pertenecen a la categoría nominal, van precedidas de artículo en muchos casos; por tanto, su género viene determinado por el que corresponda al núcleo semántico de la secuencia sintáctica que se reduce. Así, a pesar de que en nuestros informes se sigue la norma, presenciamos algún error como el ADA (Adenosindesaminasa).

En las siglas homónimas, cuando el contexto no permite determinar el significado pertinente, es el artículo el que ayuda a aclarar la dualidad significativa.

Cuando una sigla lleva antepuesto el artículo es síntoma de un avance en su proceso de lexicalización y, como decimos, la vacilación en su uso puede deberse al desconocimiento de la forma plena como vemos recientemente en un caso que se repite comúnmente: la/el CARPA.

Derivación y composición: La creación de los derivados a partir de una determinada sigla es índice inequívoco del nuevo estatuto lingüístico que esa sigla ha adquirido en la conciencia de los hablantes. Respecto a la composición vemos que es un mecanismo más utilizado de lo que en principio se podría pensar quedando circunscrita no solo a ciertas formaciones con prefijos del tipo anti-DNA, sino también a otras formas híbridas, muy comunes en textos médicos, y formadas por la conjunción de dos sintagmas nominales como los acrónimos PET-TAC, las variedades: ANGIO-TAC, ANGIOTAC, Angio-Tac, ANGIO TAC, Angio-TAC; las siglas prototípicas: VD-AD, valvulopatía mitroaórtica + HVI, radioterapia + BHC, FEV-1/ FVC, BCR-ABL y las siglas morfema: SMPC/ SMD y los sinónimos ENG-EMG, EMG-ENG, RNA VHC/ RNAVHC/ RNA VIH. Igual composición se observa en los siguientes ejemplos procedentes del inglés, idioma que emplea diferente mecanismo de separación (GOT/GPT, GPT/ ALT, GOT/AST, HDL –colesterol, LDL colesterol).

Otro rasgo del idioma inglés se desprende en las siguientes formas en las que el primer término constituye un complemento del segundo: TLC-pletis, TLC-He (a pesar de lo esperable, aunque siglas inglesas, lleva orden en español: VCA IgM). Además, la aposición podemos encontrarla incluso entre tres términos: De/co/ce, DNO-CDA-CNA, GOT/GOT/GGT, FEV-1/FVC/I. Tiffenneau. Por último se forman siglas también uniendo una que funciona como núcleo y otra que será su complemento: BRD (núcleo) + HHAI (complemento), RMN (núcleo) EEII (complemento) e incluso con relaciones más complejas: LDH Ip/s (lactato deshidrogenasa en líquido pleural y en suero), IAM no Q, LLC-B (leucemia linfocítica crónica tipo B), AREB-t (anemia refractaria por exceso de blastos-transfusión). Extraña resulta la unión de siglas prototípicas con un símbolo (ACXFA y variantes) o de éstas con una abreviatura (EIIzda), o con una forma plena (pupilas ICNRs) e incluso más irregular resulta la forma DDDR para cuya descomposición se precisa un grado mayor de conocimiento técnico. Otro grupo de formación de siglas estaría compuesto por siglas unidas a formas plenas pero que, en conjunto, constituyen un sintagma nominal completo: la más extraña MD Anderson por constituir un nombre propio, pero también H.G. de la Rioja, M.A. Primaria, PPR bilateral, U.C.Paliativos, LI Hepático, DM no insulino dependiente, F.A.cronica, PC normales, BMTest, C.S.San Román, C.S.Haro, H.I.Cirugía torácica. En otras ocasiones la formación mezcla la sigla con el número: DMII, BIRADS 5, ACP2, Tc99m. Anómalos resultan, finalmente, los términos: RE y RP o su sinónimo REIRP, NC y NH, ileo-ileal LL., PA y L. o sus sinónimos P.A. y LAT., P-A y lateral. A la formación de los antirretrovirales ya hemos aludido por lo que no incidiremos en este grupo.

En el plano sintáctico: funciones nominales (o sustantiva) y no nominales de las siglas (éstas en español son casi desconocidas). La comprobación de dichas funciones requeriría un estudio más amplio ya que en la mayoría de los casos obtenemos función nominal. Resaltamos exclusivamente formas ambiguas como Abd (abdomen, abdominal), algunas que funcionan como complemento adjetivo (d.l.n.) o adverbial (s.t. 'sobre todo', vs, aprox., PMV) y las que constituyen sintagmas completos (AREB, ABVD, BCRI, BCRIHH, CORP, etc.).

El escaso número de siglas no nominales se ve relativamente incrementado por medio del *cambio funcional*; es decir, siglas que por su base son sustantivas «cambian» de categoría adoptando funciones adjetivas, verbales, etc. Un cambio muy frecuente en las siglas es el de nombre a adjetivo en función atributiva (expresiones en aposición, mantiene una relación copulativa); también de nombre a verbo.

El análisis del plano semántico demuestra que el empleo de siglas en el ámbito científico acarrea problemas similares a los que habitualmente se mencionan en relación a las abreviaturas, problemas que contravienen los principios de rigor y precisión que, en teoría, definen el lenguaje de las ciencias.

En primer lugar, se localizan casos de *sinonimia*, tanto real como aparente.

Como sucede con las abreviaturas, la sinonimia aparente emana de la coexistencia entre la forma reducida y el sintagma base: *SIDA - síndrome de inmunodeficiencia adquirida; ADN -ácido desoxirribonucleico; adenocarcinoma/ Adenocarcinoma/ ADENOCARCINOMA/ ADENOCA./ Adenoca./ Adenoc./ Neoplasia 261, 263, 424/ tumoración 428/ cáncer 200(= carcinoma); Adjto., adjunto; CEA, antígeno carcinoembrionario; antígeno prostático, PSA; Bloqueo aurículo-ventricular, BAV; EB, exceso de base; EE, Extremidades; Fe, Hierro; F. Reumatoide, Factor reumatoide; FR, Frecuencia respiratoria; gn, gafas nasales; ml/min. , ml/ minuto; ml/hora, ml/h; Na, Sodio; PCR, Proteína C Reactiva, Proteína C reactiva, proteína C reactiva; sl, sublingual; T. cefalina, Cefalina; virus Hepatitis B, VHB; virus Hepatitis C, VHC; IgA, inmunoglobulina A; IgG, inmunoglobulina G, inmunoglobulina IgG; IgM , inmunoglobulina M y el último ejemplo en el que ambas formas constan en el mismo informe y unidas, formación correcta que debiera aplicarse en todos los informes: *Volumen plaquetar medio: VPM.**

Sin embargo, esta “pseudosinonimia” ocasiona problemas comunicativos que no se dan en el uso de las abreviaturas, especialmente cuando las siglas científicas se introducen en el habla común o cuando el especialista se dirige a un receptor no especializado.

Otra variedad de sinonimia surge por el empleo de abreviaturas de otras lenguas, sobre todo inglés, en las que quizá sea su difusión internacional el factor determinante del mantenimiento de la forma originaria. Ante esta disparidad habría que preguntarse qué motiva la elección de una u otra forma. Al parecer la razón que determina una elección u otra se basa en la necesidad de lograr una estructura acorde con nuestro sistema lingüístico: *HIV ‘human inmunodeficiency virus’ – VIH ‘virus de la inmunodeficiencia humana’; Anti HCV, AntiVHC; GOT, TGO; GPT, TGP; TTPA, APTT.*

La discrepancia entre sigla y sintagma base que acabamos de mencionar perturba la comunicación científica y conlleva, además, un aumento del esfuerzo cognitivo, ya que obliga a conocer dos elementos que, a pesar de su equivalencia, carecen de relación formal transparente. Por otro lado, el empleo de la sigla de origen inglés refuerza la internacionalidad del lenguaje científico pero es preferible escribir en una sola lengua a mezclar códigos distintos.

En muchos casos, comprobamos que existe una sinonimia gráfica, causada por las diferencias de grafía empleadas; ya sea por vacilaciones en las mayúsculas y minúsculas (*ACFA, ACXFA, AcxFA, AcXFA, AC X FA, A.C. xF.A., A.C. x F.A.; aVF, AVF; Bi-Rads, BIRADS 5, BI-RADS; Cl, cL, cl; c, cm, CM; C., Cta., cta., cta, Cta; CK, cK, Ck, Creatin-Kinasa, Creatin-kinasa; ECO-DOPPLER, Eco-doppler, eco-doppler, eco Doppler, Eco doppler, ECO DOPPLER, ECO Doppler, ECO-DOPPLER, Ecodoppler, Eco Doppler, Ecografía Doppler; fL, fl; gg, GG; h., h, H.; HBs Ag, Hbs Ag, HBS, Hbs; Hb A1c, Hg A1c, Hb A1C; JER, Jer; k, K, Potasio; LOE, LOES, Loes; MB, Mb; ml., ML, mL; mg/l, mg/L; mm, mm., MM, MM.; mmol/L, mmol / l; μU/mL, μU/ml; Onco-urología, Onco-Urología; pg/mL, pg/ ml; PET, Pet; pH, PH, ph, Ph; Pte, pte; RX, Rx, rx, Rx, Rx., Rx Abd, RX ABD, Rx. de Abdomen, Rx abd; S. Periférica, S. periférica; U/L, u/l; URG, urg, urgencia; vo, VO, v.o.; VS, vs); ya por presencia o ausencia de puntos (*ADA, A.D.A.; BAS, B.A.S.; B.D., BD, bilirrubina directa; B.I., BI, bilirrubina indirecta; BPD, Bronquio principal derecho, B.P.D.; C.O.T., COT; C.U.N., CUN, Clínica Universitaria de Navarra, Clínica Universitaria de Pamplona; i.v., iv., iv, i.v; kg., kg, Kg; L.C.F.A., LCFA; LID, L.I.D.; LSD, L.S.D.; ORL, O.R.L.; P, P., fósforo; PAAF, PAFF, P.A.A.F.; P.F.R., PFR, PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA; PSA, P.S.A, Antígeno prostático; RTU, R.T.U; T.A., TA, Tensión arterial, Tensión Arterial, tensión arterial; TAd, T.A.d.; T.A.s., Tas), por los espacios del texto (*proBNP, Pro-BNP, Pro BNP, Hbc Ac, HbA1c, Hb A1C, Hb A1c, Anti HBc, HDL –colesterol, HDL colesterol, HDLc, HDL – Colesterol, LDL-colesterol, LDL colesterol, LDLc, LDL – Colesterol, mlHg, ml Hg, mm/Hg, mm Hg, mm Hg., mmHg, mmhg, MM HG, mm./Hg, RNA VHC, RNAVHC)***

En ocasiones la sinonimia se produce por variación de la grafía del dígito (*CO<sub>3</sub>H*, *CO<sub>3</sub>H*; *mg/m<sup>2</sup>*, *mg/m<sup>2</sup>*, *mg m<sup>2</sup>*; *O<sub>2</sub>*, *O<sub>2</sub>*; *pO<sub>2</sub>*, *PO<sub>2</sub>*, *pO<sub>2</sub>*, *PO<sub>2</sub>*, *Po<sub>2</sub>*; *Tc99m*, *Tc-99m*; *CA 15.3*, *CA-15.3*, *CA 15:3*, *Ca – 15.3*, *Ca 15.3*; *CA 125*, *Ca 125*, *CA-125*, *Ca-125*, *CA 12.5*; *Ca 19.9*, *Ca 19-9*, *CA 19.9*, *Ca 19,9*, *CA-19.9*, *Ca-19.9*, *CA 19.9*, *CA 19 9*, *CA 19-9*; *CERB-B2*, *C-erb-B2*, *C-erb B2*, *Cerb-B2*, *C-ERB B2*, *Cerb2*, *c-erb B2*, *CER-B2*, *Cerb-2*; *cm<sup>3</sup>*, *cm<sup>3</sup>*, *c.c.*, *cc*; *Ki 67*, *Ki-67*, *Índice de proliferación Qui-67*; *p53*, *p-53*, *P-53 +*, *proteína P53*; *SAT O<sub>2</sub>*, *SAT O<sub>2</sub>*, *SatO<sub>2</sub>*, *SatO<sub>2</sub>*, *Sat. O<sub>2</sub>*, *Sat O<sub>2</sub>*, *sO<sub>2</sub>*, *SaO<sub>2</sub>*, *Sa O<sub>2</sub>*, *SAT O<sub>2</sub>...basal*, *SAT*, *Sat O<sub>2</sub> basal*, *Sat*, *SO<sub>2</sub>*, *Sat basal*, *SAT basal*, *Sat. de O<sub>2</sub>*, *saturación*, *saturación de O<sub>2</sub>*, *saturación de oxígeno basal*, *saturación de Oxígeno*, *saturación de oxígeno*, *Saturación de oxígeno*, *Saturación de oxígeno sin oxígeno*, *Saturación de oxígenos con gafas a 2 litros*, *Sat. Basal de O<sub>2</sub>*, *Saturación O<sub>2</sub> basal*, *saturación de O<sub>2</sub> basal*, *Saturación de oxígeno...basal*, *Saturación de O<sub>2</sub>...basal*, *SatO<sub>2</sub> basales*. *Saturación ....basal*, *Saturación basal*; *T4 libre*, *T-4 libre*, *T<sub>4</sub> L*, *T4 Libre*; *L2*, *LII*; *T2 GIII*, *T2 G3*; *G2*, *GII*; *pCO<sub>2</sub>*, *pCO<sub>2</sub>*, *PCO<sub>2</sub>*, *pCo<sub>2</sub>*, *PCO<sub>2</sub>*).

Un grupo de sinónimos lo constituyen aquellas voces que alternan la forma plena con varios estilos de abreviatura o con siglas morfema (ya dijimos que eran las que más se parecían a las abreviaturas) y podemos encontrarlas en cualquier parte del documento; así:

- en analítica: *coag*, *Co*, *COAG*, *Coag*; *Mlogl*, *Mio*, *mioglobina*, *MB*, *miogl*; *Cr*, *cr*, *Creatinina*, *creatinina*, *creat*, *Creat*; *M.*, *Monocitos*, *M*, *Mon*, *MN*; *Ura*, *Ur*, *U*; *Glc*, *Glucosa*, *Gluc*, *gluc*, *Gl*, *glu*, *Glu*; *Pq*, *plaquetas*, *plaqu*, *plaq*, *PQT*, *Plaquet*; *L.*, *L*, *li*, *linf.*; *N*, *ne*, *neutrof*, *neutros*; *Hto*, *Hematocrito*, *hematocrito*, *Hto.*, *hto*, *hcrito*, *Hcrito*, *HTO*, *Htc*, *Ht°*, *Hcto*, *HCTo*, *Hco*, *Htco*, *htco*, *HCTO*; *Hb*, *Hemoglobina*, *hemoglobina*, *Hemoglolina*, *Hb.*, *hb*, *HB*, *Hg*, *hgb*, *Hgb*; *H.*, *Hemograma*, *Hemogr*, *Hem*, *HG*, *HEM*, *Hg*, *HMGR*, *HM*, *He*; *TG*, *Tg*, *TGD*; *BQ*, *B.Q.*, *Bq*, *Bioq*, *Bioq<sup>a</sup>*
- en pruebas complementarias: *BF*, *BFS*, *broncofibroscopia*, *broncofibroscopio*; *Ca.*, *Ca*, *Ca:*, *CA.*, *CA*, *Carcinoma*, *C. epidermoide*; *Electrocardiograma*, *ELECTROCARDIOGRAMA*, *Ecocardiograma*, *EKG*, *E.C.G.*, *ecg*, *ECOCARDIOGRAMA*, *ECG*; *ENG-EMG*, *EMG-ENG*; *in*, *In*, *Inf.*, *inf.*; *IZDA.*, *izda.*, *izd*, *izqda.*, *izqda.*, *izda*, *ida.*, *Izda*, *Izdq*; *IZDO*, *Izdo.*, *izdo*, *izq.*, *izdo.*; *mts*, *mtx*, *MTS*



- en exploración física: *Laparot., L.; C y O, consciente y orientado, C.O., Cy O; COC, C.O.C., C, O, C, C y O. Colaborador; CyC, C-C, CYC. C y C; NC y NH/ NH y NC*
- en otros apartados: unidades de medida (*g., g.G, gr., gr, GR, g/dl, g/dL, gr/dl, gr/dL; mg, mg., Mg, mgr., mgr, MG, mgrs., mgs., miligramos, miligrmos; mg/d, Mg/dl, mg/dl., mg/dl, mg/dL, miligramos por decilitro, mg/DL, MG/DL, mgr/dl; M/SEG, mSg; µg/d, microgr., mcg; m Eq/l, mEq/l, miliequivalentes/l; mcl, mL, microl.; ng/dL, ng/dl, ug/dl; ng/mL, ng/ml, ηg/ml; pm, p.m., PM, /min, x min, x', ppm*), abreviaturas del habla común (*col, Cgdo., Cdg. , col. n°, Col N°, Colegiado n°, Cgdo N°, Colg. N°, N° Col, N° coleg., N° Coleg, N° Clgdo, N° Colegiado, N° Co; Dcha, dcha., dcha, dch., D., drch., D, drcha.; dcho, dcho., drcho.; Dr, DR, DR., Dr/, Dr/., Dr., D.; DRA., Dctra., Dra., Dr./a. , Dr/a; S., S, S°, Serv., Scio, Scio., Servicio°; C, C., cmp, comp., cmpr, COMP., cp, c, compr., sc, SBC, SBc, SC, S.C, s.c., sc.*), instituciones sanitarias (*H. San Pedro, H.S.Pedro, H. S. Millán; M. INTERNA, M. Interna, M. I., UMI, medicina interna, Medicina Interna; H. G. de la Rioja, H. General de la Rioja, H. de la Rioja*), algunas más técnicas (*Ab, ATB, Leu, Leucocitos, leuco., Leuc, Leu, leu., Leucos, leucos; Quimio, Quimioterapia, QT, Qt, qt; V. Aortica, VAo; Tm, TM., T.; He, hemt; Ins. Venosa crónica, Insf. Venosa, Insuf venosa*) y otras más generales (*Eje Int, eje in, Eje In.; A, antec., antecedentes; c, C, cig; E., Enf.; De/co/ce, De, Co y Ce, DNO-CDA-CNA, d; in, inh; LO, Log; p/a, pa./a; sd., s., SD., S., SIND*).

La siguiente agrupación de sistemas abreviados la constituyen formas sinónimas que incluyen formas plenas y siglas: *AF, AFC, AMC, Sin alergias F conocidas, NAMC; AAS, Acido Acetil Salicilico, Aspirina, Acido Acetilsalicilico; AINEs, AINES, Aines, Antiinflamatorios no esteroideos; BMTTest, BMT, BMTS, BMTs; CPR, CPRE; CPK, GPK; EPOC, Epoc, E.P.O.C., Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HCD, HD; HFC, FHC; MVC, MV, murmullo vesicular, murmullo vesicular conservado, Murmullo Vesicular Conservado, mvc, Mvc; PINR, PICNR, pupilas ICNRs; PMS, soplo PMS; PPRB, PPR bilateral; COLANGIO RNM, Colangio RNM, Colangio RM; RE y RP, REIRP; SAHOS, SAOS; STVP, TVP, T.V.P.*

Por otro lado, incluimos un grupo de sinónimos que conforman grupos sintagmáticos. En el apartado analítica: *D-D, DD, Dímeros "D", Dimeros D, Dimero D; E. Coli, Escherichia Coli, E. Colli, E. colli, E-Coli, e. coli ; A. fóllico, ac. fóllico, ácido fóllico; A. úrico, ac. úrico; Vit. B12, Vitamina B12, Vit B<sub>12</sub>, vit. B12, B12; Sist. Orina, sistemático de orina, sistemáticos, Sistemático, Sistemático en orina, Sistemático orina, SISTEMÁTICO DE ORINA, Sistemáticos de orina, sist. orina, sist. O, S. ORINA; SED.o, sedimento, sedimento de orina, sedimento urinario, Sedimento orina, SEDIMENTO DE ORINA, Sistemático y sedimento de orina; Tropo T, Trop T, troponina T, troponina I, troponina. En las pruebas complementarias: I. Tiffenneau, Tiff; PA. y L, P.A. y LAT., P-A y lateral; Rx Tórax, Rx torax, Rx tórax, RX Tórax, Rx de torax, Rx. de Tórax, RX. DE TÓRAX, RX DE TÓRAX, RX TÓRAX, RxT y en la exploración: Expl. Neurológica, EXpl. neurol., Exploración neurológica.*

En otra categoría apreciamos diferencias relacionadas con el símbolo; así ocurre en las formas *T<sup>a</sup>, T<sup>o</sup>, temp., Temp., temperatura, Temperatura, temperaturas; C<sup>o</sup>, ° C, °c., Grado C<sup>o</sup>; Perist+, peristaltismo +, peristaltismo (+), peristaltismo positivo, P+, perist +, peristaltismo (+); tto , trat<sup>o</sup>, tt<sup>o</sup>, TTO, Tt<sup>o</sup>, Tto; n<sup>o</sup>, N<sup>o</sup>, número, N<sup>a</sup>, no; TPr, TP, T Protrombina, T<sup>o</sup> protrombina, Tprotombina, T. de Protrombina, Tiempo de protrombina, actividad de protrombina, Protrombina, tiempo de protombina, Tiempo de Protrombina, Tiempo de protombina, T. protrombina, T<sup>a</sup> Protrombina, T<sup>o</sup> P, T. Protrombina, tpo protrombina, T. protrombina, T: Protrombina, TProtombina, T<sup>o</sup> Protrombina.*

Finalmente, el conjunto más numeroso lo constituyen las formas cuyos sinónimos incluyen diversos tipos de sistemas de abreviación.

- analítica: *ANA, Ac. Antinucleares, anticuerpos antinucleares; B.T., Btotal, BT, Bil t, Bil T, bilirrubina total ; C. hematíes, C. de hematíes, C. Hematíes, 2CH, concentrados de hematíes, concentrado de Hematíes, concentrado de hematíes, concentrados de sangre, u.c.hematíes, U. de C.H., U. concentrado de hematíes; CT, colesterol total, Col. Total, Colesterol total, Col.T.; Variedades de diabetes mellitus; FA, F.A, falcalina, F. Alcalina, fosfatasa alcalina, Fosfatasa Alcalina, F.AL, F.AL, FAlcalina; 5 FU y variantes; PT, Pr T, proteínas totales, Proteínas Totales; UI, U/I, ui, und. internacionales*

- Exploración física: *AI, Alzda, A. Izda; A. Patológica, A. P., a. pat., ANATOMÍA PATOLÓGICA; A. cardiaca, AC, A.C., A. Cardíaca, A. Cardiaca, A. cardíaca, Ausc. Cardiaca, Aus. Cardiaca, Aus cardíaca, PC, Auscultación cardiaca; Ap, A. pulmonar, Auscultación pulmonar, A.P., AP, A. Pulmonar, Auscultación Pulmonar, Ausc. pulmonar, Aus pulmonar; AR, A. refractaria; B.R.I.D.H.H., BICRDHH, BIRDHH, B.I.R.D.H.H., bloqueo incompleto de rama izquierda, bloqueo completo de rama izda de Haz de Hiss, BRIHH, B.R.I.H.H., Bloqueo R.I.H.H., Bloqueo de rama izda, bloqueo rama izda, BRDHH, BRD, Bloqueo de rama, RDHH, rama izda del Haz de Hiss ; BPI, Bronquio principal izdo.; EE.II., Extremidades inferiores, EE.II, EEII., E.E.I.I., EE II, EEii, eeii, EEII, E.E.I. I., miembros inferiores, mm.ii., MsIs, MMII; E.E.I. , ext inf., ext inf., extr. Inf., extr. inf., Extr. Inferiores, MM.II.; EII, EIIzda, MII, m.i.i.; miembro superior dcho., miembro superior drcho.; miembro inferior dcho., MI Derecho, miembro inferior derecho; F<sup>a</sup> C<sup>a</sup>, F<sup>a</sup> Cardiaca, F<sup>a</sup> Cardíaca, F.C., FC, Fc, Frecuencia cardiaca, Frecuencia Cardíaca; H.V.izda, HVI; IAo, Iao, Insf. Aórtica, Insf. Ao; IK, Índice de Karnofsky, K., Karnofsky; ICC, I.C.C., Insf. Cardiaca, I.Cardíaca, INSF. CARDÍACA CONGESTIVA, Insf. cardiaca congestiva; IM, IM., Insf. Mitral; Insf. Renal Crónica, Insuficiencia renal crónica, Insuf. Renal, IR, IRC; Insf. Respiratoria crónica, Insf. Respiratoria, Insf. Resp. Crónica; Insf. Tricuspídea, I. Tricuspídea, Insuficiencia tricuspídea, IT, I. tricuspídea; I. yugular, IY, I. Yugular, Iy, i.y., I.Y., ingurgitación yugular, I Yugular, I. Yugular (+), IY +, IY (+)/ IY (-); LHI, LI Hepático; onda Q, Q, q en III; RCR, Rs CSRS, RsCsRs, Rs Cs Rs, ruidos cardiacos rítmicos, tonos cardiacos arrítmicos, tonos cardiacos rítmicos; RS, Rs, rs, Rt sinusal, R sinusal, R.Sinusal, Ritmo sinusal, ritmo sinusal; SS I-II/IV, soplo sistólico II/IV; VD, V. Dcho; VI, V.I., V. Izdo.; VM, V. Mitral*
- Pruebas complementarias: *GAB, gasometría, Gasometría arterial, Gasometría basal, gasometría arterial basal, Gasometría Arterial, Gas. Arterial; RNM, RMN, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, Resonancia nuclear, Resonancia magnética, Resonancia magnética nuclear, RM; TAC, TAC., Tac, tac, T.A.C., TC , Tc, Scanner, scanner, SCANNER TORÁCICO, escáner, Escáner; Angio-Tac, Angio-TAC, ANGIO-TAC, ANGIOTAC, ANGIO TAC.*

- Otros: *Cta. Ext., C.Ext., CCEE, Cext, Consultas ext, C. Externa, consulta externa, Consulta Externa, consultas Externas, Cta. Externa, CEX, CEXT, C.E., Ctas. Externas; HAD, H.A.D., H. Domiciliaria, H A DOMICILIO; MAP, médico de A. Primaria, M. de Cabecera, médico de At. Primaria, M.A.Primaria; UCP, U.C.Paliativos, unidad de cuidados paliativos, Unidad de cuidados paliativos, Unidad de Cuidados Paliativos, U. Paliativos; H.I., H. INT., HI, H. interconsulta, H. INTERCONSULTA, H.I.CIRUGÍA TORÁCICA, HS., H. INT. S. DIGESTIVO, HOJA DE CONSULTA, H. INT. S.DIG; IQ, I.Q., i.q., I. Quirúrgicas, intervenciones quirúrgicas; TC, 3TC*

Añadimos, por último, dos formas sinónimas con diferente alfabeto: *Beta-2-microglobulina, Iβ2 micro globulina*

La *polisemia*, en cambio, es poco frecuente entre las siglas científicas, dejando aparte, claro está, aquellos casos que deben atribuirse a la homonimia porque las siglas pertenecen a ámbitos distintos.

En el léxico común ocurren los mismos fenómenos con un comportamiento similar, ya que en los dos aparecen la sinonimia y la polisemia. Es probable que estos fenómenos sean menos habituales en el léxico científico, en el cual, además, existen una vigilancia y un control que no se aplican al vocabulario común. Sin embargo, los datos presentados ilustran bien a las claras que las situaciones de ambigüedad semántica producidas en el léxico científico por el empleo de estos recursos son más de las deseables, algo que sin duda perturba la comunicación científica y demuestra, como a menudo se ha afirmado que el rigor y la precisión del léxico científico son, más que una realidad, una aspiración y un ideal por el que los especialistas deberán seguir trabajando.

Como en la sinonimia, la polisemia aparente surge por dos razones. En primer lugar, si las diversas interpretaciones que se asocian a una abreviatura pertenecen a áreas científicas distintas, es preferible considerar que estas constituyen un caso no de polisemia, sino de homonimia, fenómeno que no infringe el ideal de rigor del lenguaje científico. Por ejemplo, *a.* se emplea como abreviatura de *árbol, antecedentes, atención, ácido, auscultación, aurícula, anatomía, anemia, analítica*, pero, como tales elementos forman parte del núcleo de un compuesto sintagmático, el segundo elemento aclara la ambigüedad, sobre todo para el especialista, quizá no tanto para el paciente (*árbol bronquial, antecedentes personales, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, antecedentes urológicos, atención especializada, ácido fólico, ácido úrico, auscultación cardiaca, auscultación pulmonar, auscultación cardiopulmonar, aurícula izquierda, anatomía patológica, anemia refractaria, analítica de sangre*). Ejemplos similares serían:

B directa, B indirecta, B total

C cervical, c. dorsal, C. hematías y todas sus variantes, c. de hematología, C. de Salud, C. Bacteriano, C. Hongos, C. Cetónicos, C. isquémica, C. Vocales, C. Externa

E. ACTUAL, E. Hodgkin y sus variantes, E. Coli y sus variantes, E. Faecalis, Unidad de E. Infecciosas

F. Alcalina, F. Reumatoide, f. sistólica, alergias f.

H. Domiciliaria, H. interconsulta

I. Cardíaca, I. Tricuspidéa, I. Quirúrgicas, I. Tiffenneau, I. yugular

L. sucostal bilateral

M. Adjunto, M. Servet, M. Interna

P. Carini

S. Anémico, S. Aureus, S. Urgencias, S. Hematología y variantes, S. prostático, S. Hemorroidal, s. constitucional, S. depresivo, S. ORINA, s. pliegue, s. periférica

T. pelvis, T. piel, T. Auramina, T. Tromb. Parcial, T. Protrombina, T. Trombina, T. Cefalina

V. Aórtica, V. Mitral, V. Yugular

El contexto también nos aclara los significados de construcciones del tipo: *1 C/12 HORAS, alergias F conocidas, H. San Pedro, H. de la Rioja, H. G. de la Rioja, onda Q, q en III, onda R, onda T, 2P, proteína C reactiva, Troponina T, Troponina I.*

En segundo lugar, a veces aparecen en un mismo campo científico abreviaturas formadas por las mismas letras que, no obstante, no son equivalentes por el valor distintivo que, como se ha comentado, posee en las siglas científicas la alternancia entre mayúsculas y minúsculas. En los informes analizados localizamos un caso en el que no se siguen las normas correspondientes a la escritura de dichos términos; así *HBS antígeno negativo (319)*, *Antígeno Australia Hept. B negativo*; *Antígeno Hbc y Hbs positivo (21)*; *HBs Ag Negativo (244)*; *Hbs Ag negativo (126, 127)*. La norma marca que se diferencia entre: *HbS: (hemoglobina S), de la anemia drepanocítica o falciforme y HBs (hepatitis B surface) antígeno de superficie de la hepatitis B o Antígeno Australia: 319 [Anti-HBs =anticuerpo contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B]*.

Por tanto, la verdadera polisemia surge cuando una abreviatura con la misma secuencia de letras mayúsculas y minúsculas admite distintas lecturas en un mismo campo científico. En los escritos médicos, la abreviatura compuesta *PCN* representa tanto la *pares craneales* como *palidez cutánea*, igual que *AP* señala la *anatomía patológica, anatomopatológico, anteroposterior y auscultación pulmonar*.

En química, *Ca* es el símbolo del calcio y la abreviatura del *carcinoma*.

Evidentemente obtenemos casos de polisemia en abreviaciones iniciales constituidas solo por la inicial que se pueden interpretar de muy diversas maneras:

B: basófilo, tipo de hepatitis, grado de una escala

C: calle, cigarrillos, consciente, consulta, concentrado, centro, complemento, carcinoma, centímetro, centímetros e incluso un tipo de hepatitis. En el mismo contexto, se pueden confundir fácilmente cada y comprimido (PROULCO 30 1c/desayuno continuo: 45)

D: derecha, dorsal, doctor, doble, dimensiones, desayuno, decilitro. Cuidado especial se debe tener en las prescripciones ya que se puede confundir ya que coinciden también en el contexto: día/dosis (En tratamiento con prednisona 10 mg/d, seguril 1cp/d y omeprazol 1 cp / d: 249)

E: eosinófilo, early, estudio

F: medida (French)

H: hora, horas, hernia, hospital, hemidiafragma. En la analítica, es fácil confundir hemograma y hematíes ya que a veces no queda claro (ANALITICA AL ALTA:... H. 3.73; Hb 11.3; Hto 32.9...: 23)

K: potasio, Karnofsky  
L: lumbar, linfocitos, litro, litros  
M: metros, monocitos, molar (unidad)  
N: neoplasia, neutrófilos, número  
O: orientado, oxígeno  
P: fósforo, proteína, pulso  
S: sacra  
T: onda, Tesla, tumor  
U: unidades, urea

La ambigüedad presente en algunas iniciales se extiende al número de las palabras como comprobamos en casos como B. que no nos indica si se refiere a basófilo o basófilos, E. (eosinófilo, eosinófilos) e incluso alt (alteración, alteraciones), Amp (ampolla, ampollas), ant (anterior, anteriores), inh. (inhalación, inhalaciones), MG, mg (miligramo, miligramos), ml, ML (mililitro, mililitros), Post (posterior, posteriores, posteriormente).

Además en los casos de compuestos sintagmáticos en los que ambos miembros están abreviados resulta más complicado identificar el significado de la inicial por lo que suponen otros casos de ambigüedad debida a la polisemia; así, T.Pr., E. Coag, F.Ao, H. INT. H. izdo., V. Dcho., V. Izdo.

Por último, los informes incluyen otros ejemplos de polisemia en las abreviaturas como los que siguen:

Abd y variantes: abdomen, abdominal; ac: anticuerpos, ácido; Ag: agosto, antígeno; alt; alteración, alteraciones, alanina aminotransferasa; Ao: aorta, aórtico, aórtica; BF: broncofibroscopia, broncofibroscopio; Ca y variantes: carcinoma, calcio; Cmp: comprimido, cuentas por minuto (por error); Co: comida, colegiado, coagulación; Col: colegiado, colesterol; Dx: diagnóstico, diagnosticado; Fe: hierro, fracción de eyección; hab: habitual, habitación; hb: hipertrofia benigna, hemoglobina; HG: hemoglobina, hemograma; Hem: hemograma, hematología, hepatomegalia; i.m.: intramuscular, intramusculares, insuficiencia mitral; int: interna, interior; li/LI: linfocitos, litro, lóbulo inferior; max: máximo, máximas; Post: posterior, posteriores, posteriormente; seg: segmento, segundos y lpm: latidos por minuto, litros por minuto e incluso, dado que se comete un error en esta grafía (lmp) se podría confundir con LMP.

Ca y sus variantes: si va seguido de un número se deduce su significado precisamente por ese número: marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama (ca 15.3), del cáncer de ovario y ciertos linfomas (ca 125) y del cáncer de colon, pulmón, páncreas y mama (ca 19.9).

Respecto a las siglas localizamos, asimismo, formas polisémicas: AF: fibrilación auricular, alergias farmacológicas; CMG: cardiomegalia, cistometrograma; CyC: consciente y orientado, cabeza y cuello; CV: calidad de vida, carga viral, cardiovascular; DLP: dislipemia, dislipidemia; ECG: electrocardiograma, ecocardiograma; EV: extrasístole ventricular, electronvoltio; FA: fosfatasa alcalina, fibrilación auricular; IT: insuficiencia tricuspídea, isquemia transitoria; PA: presión arterial, posteroanterior; PC: pares craneales, pulso cardíaco; PPs: presión pulmonar sistólica /PPS: pulsos pedios simétricos, pulsaciones por segundo, estenosis periférica pulmonar, Palliative Performance Scale; QT: quimioterapia, quimioterápico; RD: riñón derecho, retinopatía diabética.

Como se ve, la polisemia en las abreviaturas científicas es bastante habitual. Cabe oponer, por supuesto, que estas ambigüedades quedan resueltas por el contexto, pero ello mismo infringe otro principio básico del léxico científico, ya que en teoría los términos no necesitan del contexto para concretar su valor semántico.

En conclusión, parece ser que existe una necesidad universal y atemporal de emplear estos recursos abreviativos bien por la pereza humana, por economía lingüística, por necesidades de espacio o, con las opiniones que más coincido, por un intento de perfección visual, de ofrecer una imagen grata y rápida, y por ser un recurso de actualidad, puesto de moda por los hablantes angloparlantes y síntoma de esnobismo.

Aplicando su uso a nuestra propuesta de informe, la solución para evitar los problemas que producen, consistiría en crear reglas automatizadas para que, una vez escrito el abreviamento, el sistema informático ofrezca la forma plena escrita en el documento, transformación que me consta que tiene aplicación ya que en la última edición de Lenguando –jornadas donde profesionales de la lengua aprendemos sobre tecnología aplicada a la lengua-, expertos informáticos me confirmaron la viabilidad de este proyecto.



Además, esta solución ya ha sido llevada a cabo por una compañía surgida de la Universidad de Barcelona –llamada Thera– la cual creó un software capaz de interpretar el lenguaje natural en el que se escriben los informes y codificarlos automáticamente. El sistema informático, por medio de la aplicación ‘hCOD’, tiene capacidad para interpretar las expresiones y abreviaturas que generalmente usan los profesionales de la salud. El programa fue puesto en práctica en la Fundación Puigvert de Barcelona y tuvo una precisión del 95 por ciento.

Por último, ante lo inevitable de este fenómeno, se debe recurrir a fomentar la publicación de diccionarios específicos de siglas médicas de carácter técnico y siempre que se incluya una sigla en un informe explicar su significado la primera vez que aparezca en un informe.



# **CONCLUSIONES**



## 8. CONCLUSIONES

Los ICA son documentos sanitarios escritos por uno o varios facultativos con el fin de dejar constancia del estado de salud de un paciente desde que ingresa en una unidad hospitalaria o domiciliaria hasta su alta. Supone una variedad de informe médico y debe ser emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario, incluyendo un breve resumen de la historia clínica, los datos más relevantes, la actividad asistencial prestada durante el ingreso y las correspondientes recomendaciones terapéuticas. Por el carácter de estos documentos nos encontramos con un primer inconveniente que convierte a estos documentos en escritos muy complejos: la posibilidad de existencia de varios emisores y varios receptores para un mismo informe.

La asistencia al paciente la pueden realizar varios facultativos (incluidos los residentes); sin embargo, será un mismo médico, a partir de las notas evolutivas, el que deba resumir toda la estancia del paciente y, en el caso de los residentes, anotarlo si fuera necesario en el propio informe teniendo en cuenta que la firma obligatoriamente será del médico titular. Como sugerencia y a partir del análisis realizado, lo ideal sería que el médico encargado del paciente comience a escribir el informe nada más que el paciente ingresa y vaya rellenándolo durante el ingreso para, finalmente, en el momento del alta, revisar lo anotado y completar su redacción; de ese modo, aunque haya más de n facultativo visitando a ese paciente, nunca se perderá la información.

Mayor dificultad ofrece la existencia de varios receptores cada uno de los cuales requiere una información diferente por lo que la finalidad de cada informe es distinta: el paciente, su familia o cuidadores precisan saber qué enfermedad tiene y cómo se le va a tratar; el codificador necesita conocer los diagnósticos y las pruebas realizadas; otros facultativos precisan enterarse de la asistencia prestada al paciente durante el ingreso; el técnico de enfermería tiene que saber los cuidados que debe proporcionar al paciente; el trabajador Social deberá estar al corriente de la situación social en que se encuentra el enfermo para poder facilitarle ayudas sociales si las requiere; el psicólogo se enterará del estado psicológico del paciente o de sus cuidadores y allegados; el juez habrá de conocer los datos asistenciales que han sido requeridos y, previamente, el administrativo de justicia por el que pasarán este tipo de documentos deberá ser capaz de identificar y caracterizar este documento como informe. Y así, muchos más receptores del informe: trabajadores sociales, mutuas, investigadores, docentes, organismos sanitarios, etc.

Como vemos, el médico pide tiempo, el paciente información, el codificador diagnósticos, el juez pruebas, etc.; luego nos encontramos con un mismo emisor y diferentes receptores, algo tan incorrecto como si, por ejemplo, redactáramos una felicitación navideña para un amigo que dijera: “Le deseamos a usted y a su familia una Feliz Navidad y Próspero Año Nuevo”, donde el contenido es correcto, la forma de expresarlo también pero algo falla: el registro; sería más correcto: “Querido, amigo, como cada año te deseo una Feliz Navidad...”. De igual manera, en los ICA la información siempre es la misma, varía su focalización; así, el tema de cualquier informe es invariable y se ciñe a: “Don fulanito, según los antecedentes, su historia, la exploración y las pruebas realizadas y la evolución que ha tenido en este ingreso, tiene las siguientes enfermedades y, para solucionarlo, he realizado lo siguiente y quiero que tú (paciente) hagas esto.... o que tú (médico de Atención Primaria/Especializada) hagas esto...Fdo....”.

Además de diferentes finalidades, atestiguamos que la situación comunicativa tampoco coincide: el paciente recibe el informe en el momento (a pesar de que el médico lo ha podido llevar confeccionando desde que se produjo el ingreso), otro facultativo emplea este documento cuando lo precisa, lo cual, temporalmente, conlleva una imprecisión que habrá que tener en cuenta, ya que tanto puede necesitar el informe al día siguiente como al cabo de los años; el codificador puede tardar meses incluso en examinarlo y, quizá, al cabo de los años precise revisar el informe un juez.

Diferente, por último, es el instrumento de comunicación –el lenguaje– que, en unos casos, precisa ser más coloquial y en otros, aun empleando un lenguaje de especialidad, requiere un grado de abstracción distinto (Servicios en los que es más común el uso de una terminología propia, giros propios, estructura textual diferente: Microbiología, Infecciosas, Anatomía Patológica, etc.). Además, dependiendo de factores diatópicos, diastráticos y diafásicos, se deberá establecer el grado de información y la manera de comunicarla, siempre en el momento adecuado.

Con todo, la forma de comunicación, la finalidad y la situación comunicativa no serán las mismas según el receptor al que vaya dirigido el informe; en efecto, el discurso médico deberá adaptarse a cada situación comunicativa, a la cantidad de información compartida entre emisor y receptor, a la finalidad del texto y al tema lo cual supone un conflicto con la situación actual, que habrá que resolver.

Desde mi punto de vista y aunque resulta más costoso (al menos en tiempo) se deberían confeccionar diferentes informes según el tipo de receptor. Además, con la implantación de SELENE, dado que el propio médico se encarga de confeccionar los ICA (labor que anteriormente realizaba el administrativo a partir de transcripciones de informes grabados por el facultativo), podría ser factible que la labor de adaptar cada ICA al receptor fuera función del redactor médico, profesión bastante denostada y por la cual el especialista se encuentra capacitado para dominar cualquier registro lingüístico y expresarse con coherencia y corrección utilizando el lenguaje –en términos de Chomsky– con competencia y actuación. Asimismo, los redactores médicos estarían capacitados para formar en estas tareas a los administrativos, facilitándoles cursos sobre documentación sanitaria escrita y cómo redactar un informe médico: entrenamiento en lenguaje científico/coloquial, bases de derecho aplicado a la Sanidad, codificación, necesidades sociales, etc. Finalmente, podrían realizar labores de investigación en este ámbito trabajando de manera multidisciplinar con otros profesionales sanitarios y no sanitarios en pro de la correcta comunicación paciente-sanitario: cualquier persona que pueda necesitar entrar en contacto con esta documentación podría informar de las necesidades que precisa para comprender correctamente el ICA.

Ahora bien, la revisión última correría a cargo del facultativo que, en una lectura final, debería dar el visto bueno y firmar el documento debido a que es el responsable del paciente.

Durante los años que ha durado esta investigación, el canal de comunicación ha variado: debido a la rapidez de las tecnologías de la información, se pasó por una situación evolutiva que consta de las siguientes fases:

- a) el informe se confeccionaba en ordenador a partir de programas de tratamiento de texto y se imprimía en papel dando una copia al paciente y otra para el médico de cabecera,
- b) aparición del programa SELENE para confeccionar informes –manteniendo las copias en papel (2003)
- c) los médicos especialistas pueden acceder al informe de cualquier otro médico especialista a través del programa SELENE; el paciente y el médico de cabecera lo hará sobre el papel (2004)

d) los médicos de cabecera tienen acceso a SELENE primaria pudiendo entrar también en cualquier informe de Atención Especializada; por tanto, será necesario dar al paciente solo una copia del informe que será la de su propiedad (2010). A partir de las directrices del Gobierno de La Rioja y el consenso de la Consejería de Sanidad y bajo la coordinación del Servicio de Informática y Documentación Clínica del Hospital San Pedro de Logroño se inicia un proyecto informático integrador de toda el área sanitaria.

e) el paciente tiene la posibilidad de acceder a su historia clínica informatizada y, por tanto, a sus informes médicos desde su propio ordenador y, mejor aún, desde cualquier móvil (2015). Así, la información clínica está siempre accesible para el ciudadano desde cualquier parte del mundo y en cualquier momento del día a través de la Carpeta de Salud del Ciudadano Rioja, disponible en Internet mediante un acceso seguro con la utilización de certificado digital o DNI electrónico.

La Rioja apostó, clara y decididamente, por las tecnologías de la información y las comunicaciones -con las intenciones que desde la propia Consejería se comunicaron- “como elemento para mejorar la calidad de vida del ciudadano riojano, facilitar su acceso al sistema sanitario, potenciar la actividad del personal sanitario y garantizar la sostenibilidad del sistema autonómico de salud mediante la optimización de sus recursos”. Y así se hizo y se continúa haciendo, con el propósito de conseguir lo que se viene denominando “el hospital sin papeles”.

El ICA es un documento regulado por Ley de obligada cumplimentación con una estructura de contenido también regulada por las Instituciones públicas. La obligatoriedad del ICA para todo enfermo ingresado está establecida en España por una Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984 (BOE núm. 221 de 14 de septiembre de 1984), con una estructura y contenido mínimo que, con posterioridad, se renovó mediante el R.D. 1093/2010. Asimismo, la ley 41/2002 reitera el derecho que tiene todo paciente a que le sea entregado al alta.



Dentro del proyecto de Historia Clínica Digital del Ministerio de Sanidad y Consumo, se encuentra un documento que recoge las propuestas de seis grupos de trabajo, referidas al conjunto mínimo de datos que deben reunir los informes clínicos en el ámbito del Servicio Nacional de Salud. El primero de ellos se refiere a los informes de alta hospitalaria y de consulta externa y, en él, doce sociedades médicas y el foro español del paciente elaboraron el documento “Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas” que, más adelante, repasaremos con el fin de comprobar hasta qué punto se está aplicando.

En la ley mencionada se hace referencia al derecho del paciente a conocer toda la información relacionada con su salud en la medida en que dicho paciente desee y, además, tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado. El ICA será entregado en mano al paciente o, por indicación del médico responsable, al familiar o cuidador del que esté a cargo siempre que el paciente lo permita de manera expresa o, si carece de capacidad para comprender la información, un médico responsable del paciente así lo haga saber. Si por algún motivo faltaran datos, se entregará un informe provisional, sustituido por el definitivo en cuanto se completen los datos. Asimismo, el médico encargado del informe deberá asegurarse de que el paciente ha comprendido el contenido del documento y, en caso contrario, explicarle de manera oral las dudas que manifieste.

Respecto a la estructura y el contenido del informe, comprobamos que el documento incluye, una vez finalizado el proceso de atención sanitaria, la descripción del motivo de ingreso, un resumen del historial clínico, la evolución de la actividad asistencial prestada, el diagnóstico principal, los secundarios y el tratamiento recomendado.

Este contenido se refleja en un documento normalizado, basado en la normativa existente y, macrotectualmente, formado por diferentes ítems que plasman toda la información necesaria para evidenciar la calidad de la asistencia recibida por el paciente durante todo el proceso clínico.

A pesar de que en muchas ocasiones se ha atribuido la dificultad de comprender los informes médicos al desconocimiento de su vocabulario, podría ser que la causa principal se deba a la falta de familiarización con la macroestructura del género.

Como variedad textual, el informe incluye los datos generales de presentación, unos aspectos introductorios como son los motivos, alcances y limitaciones, el propio contenido y su desarrollo y, finalmente, las conclusiones y recomendaciones. Nos encontramos, por tanto, con una macroestructura claramente estructurada y diferenciada en secciones –cada una con su propio título– y con una estructura interna separada en secuencias de varios tipos: narrativas, descriptivas, instruccionales y expositivas según el apartado en que nos encontremos.

Como texto de carácter científico utiliza estructuras objetivas como la argumentación; sin embargo, predominan también otras formas de discurso más propias del lenguaje común, la narración, la descripción y la exposición.

Podemos aventurarnos a ofrecer una amplia visión de estos escritos como un diálogo en el que el paciente cuenta su historia al médico, éste interpreta la historia y la relata por escrito para, al final, dar instrucciones al paciente a modo de moraleja. Por tanto, como texto narrativo nos relata lo que acontece a un paciente en un ingreso hospitalario en un momento determinado con *introducción* en la que se suministran los antecedentes precisos para que cualquier lector-receptor del informe comprenda el relato íntegramente; *nudo* donde se nos ofrece el propio relato y coincide con la parte más extensa del documento y *desenlace* en el cual se ofrece la solución final al problema planteado al comienzo del relato. No obstante, los rasgos lingüísticos que caracterizan a los textos narrativos solo se pueden destacar en el apartado EVOLUCIÓN donde aumenta en cierta medida la presencia de verbos y mejoran los mecanismos de coherencia y cohesión.

Se podría considerar que los informes son textos expositivo-narrativos, además de por lo que acabamos de mencionar, debido a que la información aparece como una estructura ordenada y jerarquizada, dividida en títulos y subtítulos destacados tipográficamente. Como textos expositivos, asimismo, se caracteriza por la presencia de tecnicismos, construcciones con ‘se’, tendencia a la objetividad, adjetivos especificativos, uso denotativo del lenguaje y mayor abundancia de tiempo presente de indicativo en los verbos, cuando los hay. Por último, el apartado RECOMENDACIONES aporta el matiz de instrucción a través de las órdenes emitidas o de los consejos facilitados cuya plasmación lingüística se basa en la presencia de verbos en imperativo, perífrasis de obligación, sintaxis simple con oraciones ordenadas y sencillas, léxico coloquial y preciso.

Fragmentos descriptivos también se localizan en los informes, en especial debido a la abundante presencia de sintagmas nominales. Asimismo, formas descriptivas se reflejan en la exploración física donde se comprueba que aumenta la subjetividad debido a la presencia de adjetivos connotativos, relacionados con los sentidos y de recursos expresivos que embellecen el texto, como las metáforas.

Finalmente, se caracterizan como textos argumentativos ya que el autor-médico busca argumentos que avalen la hipótesis de la enfermedad del paciente; evidentemente, el intento de persuadir al paciente se refleja en los informes, sobre todo en el apartado EVOLUCIÓN donde se incluyen los razonamientos argumentativos a partir de las pruebas realizadas al paciente y las decisiones tomadas por el facultativo. Lingüísticamente presente a través de verbos de opinión, vocabulario más abstracto como soporte de las opiniones del médico y sintaxis más elaborada.

En nuestra investigación hemos vinculado este tipo de textos con las cartas (porque llevan un encabezado con los datos personales, van fechadas y firmadas por su autor) y con los textos periodísticos –noticias y artículos periodísticos– debido a la similitud entre los titulares de prensa y el apartado MOTIVO DE INGRESO así como a la presencia de una especie de ‘lead’ o entradilla en la ENFERMEDAD ACTUAL.

En suma, se constata otra prueba de que nos encontramos con un texto de trama compleja en el que se combinan características de distintos tipos de textos.

Como hemos visto, la mayor parte de los informes posee una macroestructura común basada en una serie de ítems obligatorios, que coinciden con las partes de que consta cada documento: lugar y fecha en la que se ha hecho el informe; datos del paciente; motivo de ingreso; antecedentes médicos y familiares; descripción mínima del estado actual; examen físico o exploración realizada; pruebas complementarias; evolución del paciente; diagnósticos; tratamiento prescrito y firma y datos del médico.

El ICA se estructura en tres apartados claramente diferenciables: encabezado, cuerpo del documento y pie de página.

Importando los datos directamente del programa SELENE, se crea el encabezado, estrictamente dividido en diferentes compartimentos y, concretamente, en tres niveles. Incluye la identificación correcta del paciente (nombre, apellidos, domicilio postal del lugar habitual de residencia, teléfono, edad, sexo, fecha de nacimiento y número de la Seguridad Social), del Centro hospitalario y de la Unidad asistencial (nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono; identificación de la Unidad asistencial o el servicio clínico que realiza el alta), de la entidad que lo respalda (logo) y del proceso asistencial (número de historia clínica, número de tarjeta, número de registro de entrada, tipo de documento, fecha de admisión: día, mes y año, fecha de alta: día, mes y año del alta y motivo del alta ).

Cabe destacar que el logo nos ofrece información de los cambios por los que ha ido pasando la entidad.

En este apartado, nos hemos centrado sobre todo en el análisis de las fechas de ingreso y de alta comprobando la presencia de errores debidos a disparidad entre la fecha de alta y la de firma del documento o también por omisión de la fecha. Cuando se deja constancia de fechas se emplea casi siempre el formato dd/mm/aa. Además, hemos demostrado la redundancia que supone repetir el contenido del campo “tipología del informe” en otras partes del documento, información que carece de sentido ya que no aporta ningún dato nuevo. Respecto al campo “Motivo”, en algunos casos queda en blanco y, para el resto, no hay un común acuerdo de la forma que se debe utilizar por lo que abundan las formas sinónimas: alta, alta hospitalaria, informe de alta, etc. Por último, comprobamos que de los datos del CMBD faltarían de incluir los datos de financiación.

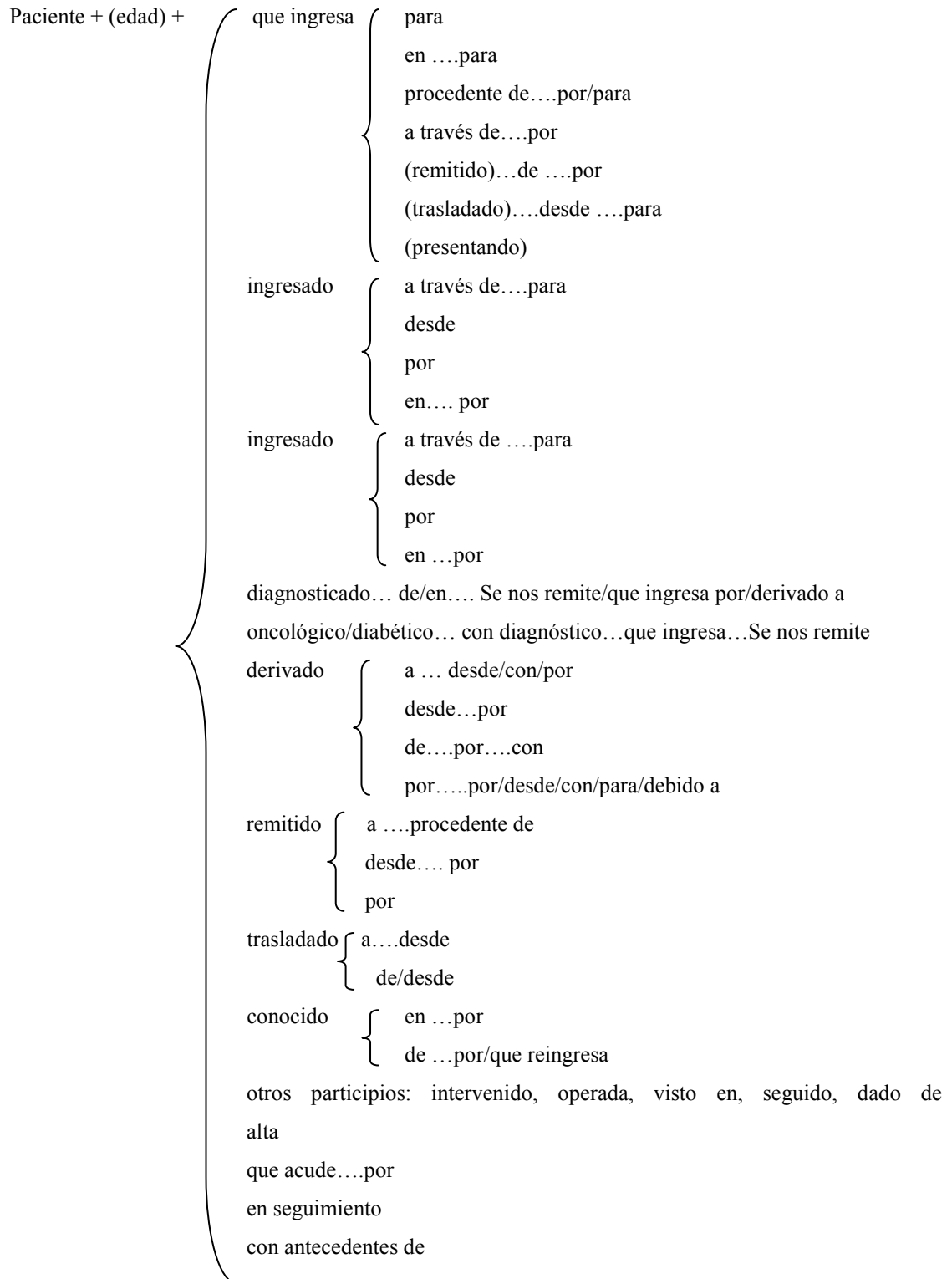
El cuerpo del documento da comienzo con el Motivo de ingreso, apartado en el que se resumen las causas por las que el paciente ha ingresado, que se caracteriza por su brevedad y por ser similar a los titulares de prensa, algo así como el ‘lead’ o entradilla de los periódicos en el que se resumen todas las Wh- aunque, en este caso concreto, interese el quién, el qué, el por qué, el para qué y el cómo ya que, evidentemente, el lugar donde ingresa siempre es el mismo (salvo en algún caso que se especifica la Unidad) y el momento concreto ya viene escrito en el encabezado. Percibimos que, en ocasiones, este apartado no lleva título.

Formalmente destaca por el uso de la pasiva perifrástica heredada del inglés, los gerundios de posterioridad, las formas impersonales –de carácter más científico– en 3ª persona con *se*, errores de diversos tipos: acentuales, por omisión del Servicio en el que está un doctor determinado, de grafías (‘diseña’ por ‘disnea’).

Sin embargo, la característica primordial en este apartado se basa en el empleo de estructuras fijas, claras y fáciles de comprender, que se repiten en todos los informes de manera muy similar; dichas estructuras, como hemos visto, suelen ir encabezadas por el término ‘paciente’ y, en menor medida, con los términos genéricos ‘varón’/‘mujer’, con un participio o con una metonimia. Hemos comprobado, asimismo, que dentro de cada Servicio tienden a emplear estructuras similares aunque, en definitiva, también influye lo que cada médico aprendió en su carrera, de ahí que en un mismo Servicio hallemos estructuras distintas. Más curioso resulta el hecho de que un mismo médico recurra a diferentes estructuras en sus informes, tal vez porque la situación del paciente condiciona un tipo de estructura u otro.

Aunque no es significativo, Servicios como Angiología, Psiquiatría, Neurofisiología y la Unidad de Corta Estancia son los únicos que emplean un estilo más libre. Por el contrario, Cirugía Torácica y Nefrología utilizan en mayor medida estas formas análogas que resultan mayoritarias en Servicios como Paliativos, Oncología, Traumatología, Urología, Digestivo e Infecciosas.

En conclusión, se repiten estructuras que condensan la información necesaria hasta el punto de que en algunos Servicios se llegan a fosilizar y de las que mostramos las posibilidades existentes en el esquema siguiente:



Como ya hemos indicado, el siguiente apartado ofrece información sobre los antecedentes del paciente, necesarios para el proceso asistencial actual y para una futura codificación. Para su análisis tratamos de constatar la presencia de una serie de parámetros en este apartado: patologías, enfermedades previas, intervenciones, traumatismos, inmunizaciones, alergias, hábitos tóxicos, trastornos psiquiátricos, tratamiento previo y actual. Además, los distribuimos de acuerdo con el contenido que localizamos en cada informe, lo que ocasiona una enorme diversidad de posibilidades, sin un criterio lógico que nos indique la preferencia por uno u otro parámetro. De acuerdo con los resultados, se observan tres grupos relacionados con la cantidad: el primero lo forman parámetros que se citan habitualmente tanto en positivo como en negativo (“no alergias, no hábitos tóxicos”) y su contenido se remite a alergias, intervenciones, hábitos y enfermedades. El segundo grupo estaría formado por aquellos parámetros que se citan esporádicamente: antecedentes familiares y, en menor medida, antecedentes ginecológicos o patológicos, situación funcional basal y perfil laboral. Finalmente el tercer grupo lo conformaría el tratamiento, parámetro que investigamos al exponer el apartado TRATAMIENTO.

En cuanto a las características lingüísticas destacadas, se comprueba la existencia de vacilaciones gráficas (de mayúsculas y minúsculas, números, grafías, acentos), numerosas fechas, números y escalas; morfológicamente, abundan las construcciones negativas –tan comunes en los informes–, los verbos son escasos y en mayor medida sus lexemas se repiten, lo cual empobrece el estilo; también hay poca variedad temporal y modal en los verbos, algún gerundio de posterioridad y numerosas localizaciones temporales inespecíficas que dan lugar a ambigüedades; en cuanto a la formación de palabras advertimos formas de abreviación abundantes, epónimos, latinismos, sufijos propios de la medicina y abundantes formas nominales compuestas por dos lexemas, con sus correspondientes dudas y vacilaciones gráficas a la hora de escribirlas (con o sin guión, como dos palabras, unidas).

A partir de este nivel del informe comienza el razonamiento clínico y se da forma a las tres fases de que consta: anamnesis (equivalente a Enfermedad actual), exploración y pruebas complementarias, las dos primeras obligatorias y la tercera en función de las necesidades.

Se omite esta sección en algunos Servicios y en otros, como Oncología y Paliativos, se añade una HISTORIA ONCOLÓGICA junto al apartado ENFERMEDAD ACTUAL con el fin de especificar los síntomas que el paciente percibe durante el transcurso de su enfermedad oncológica o desde su estancia en Paliativos. En algunos informes se limitan a incluir en este apartado el motivo de ingreso y, a veces, se incluyen otros contenidos más propios de la exploración física, del tratamiento o de las pruebas complementarias.

En la ENFERMEDAD ACTUAL –también llamada Historia/proceso/problemática actual o Historia oncológica-, se plasma la entrevista inicial que el médico lleva a cabo con el paciente donde éste expone los signos y los síntomas de su enfermedad.

Se considera un desarrollo del apartado “Motivo de ingreso” y, como éste, presenta un formato de estilo periodístico equivalente a la entradilla respondiendo de manera más amplia a las interrogantes propias de la redacción de una noticia: qué y cuándo, sobre todo, ya que el resto de interrogantes no es tan común (‘quién’ se sobreentiende o a lo sumo se menciona ‘el paciente’, ‘cómo’ en formas con el verbo ‘ingresa’, ‘por qué’ con las construcciones ‘ingresa/acude por’, ‘dónde’ lógicamente casi inapreciable y ‘cuándo’ que indica el momento en que aparecieron los síntomas).

Puede ser más o menos objetiva o subjetiva en función de si el médico se limita a exponer lo que el paciente transmite o si el facultativo interpreta y traduce con sus propias palabras la exposición realizada por el enfermo. Así, en este apartado nos planteamos el interrogante de si es preferible exponer la narración con palabras del facultativo o ceñirse a lo que el paciente comunica. En la investigación extraemos indicios que demuestran que el médico hace referencia a lo que le dice el paciente; sin embargo, lo más habitual es que el médico exprese con sus propias palabras lo que el paciente refleja lo cual implica que, en esta parte, proliferen los tecnicismos y el lenguaje médico produciendo, por tanto, dificultades para la comunicación médico-paciente. Asimismo, cambia la focalización en otro tipo de construcciones que evidencian la opción decidida por el médico; es decir, localizamos formas en las que el sujeto es el paciente seguido de un verbo de habla: ‘presenta’, ‘observa’, ‘refiere’ lo que implica que es el propio paciente quien cuenta al médico lo que le ocurre; por el contrario, se observan otras construcciones con sujeto en 1ª persona de singular –aunque también en plural a veces– y el verbo ‘encontrar’ donde el enfermo adquiere una posición más estática.



Además de analizar los interrogantes, comprobamos los síntomas que se mencionan, centrándonos especialmente en el dolor y sus caracterizaciones (localización, duración, irradiación, frecuencia de aparición, etc.)

Desde el punto de vista lingüístico se destaca la abundancia de formas negativas compuestas por el adverbio de negación y un sustantivo que casi siempre es un tecnicismo; la elipsis tanto verbal como preposicional; la existencia de tiempos verbales repetidos en tiempo y contenido, primando el indefinido por ser propio del discurso narrativo; algunos errores informáticos ('diseña' por 'disnea', 'intervencionista' por 'intervencionista'); recursos literarios como las metáforas así como mayor presencia de adjetivos explicativos (sobre todo relacionados con los sentidos) que aportan cierta subjetividad al informe; exceso de tecnicismos aunque en algunos informes únicamente en este apartado se utilizan formas más coloquiales; profusión de formas sinónimas y variedad de mecanismos de composición de palabras: numerosas siglas y abreviaturas, términos compuestos, sufijos técnicos, epónimos.

La segunda fase del razonamiento clínico se refiere al apartado EXPLORACIÓN FÍSICA, también denominado Examen físico, Anamnesis por aparatos, Estado físico, Exploración por aparatos, general, física general, neurológica, en Urgencias.

La exploración física, como hemos visto, consiste en identificar los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo.

Después de escuchar los síntomas que el paciente refiere, llega el momento de que el facultativo explore al enfermo para lo cual utiliza una técnica propia de la Medicina (de ahí la enorme proliferación de tecnicismos) que consiste en explorar cada uno de los aparatos del cuerpo humano en orden descendente, por medio de cuatro técnicas relacionadas con los sentidos: inspecciona al paciente de forma visual, escucha los ruidos transmitidos, lo palpa y percute.

Previamente deberá informar de las constantes vitales (pulso, frecuencia cardiaca, temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria, reflejo pupilar, peso, talla). Se aprecia que esta información, en ocasiones esporádicas, va situada al principio del documento, debajo del encabezado y antes de que comience el cuerpo del informe. Además, se mencionan en esta sección la saturación de oxígeno y las escalas de medida.

Una vez identificadas las constantes, el facultativo va exponiendo –uno a uno– los resultados de la exploración cráneo-caudal, ciñéndose al orden siguiente: aspecto, cabeza y cuello, auscultación cardiaca, auscultación pulmonar, abdomen, extremidades y exploración neurológica.

En el estudio, verificamos que en los documentos del Servicio de Cirugía Vascular se utiliza un formato diferente, más esquemático y, a la vez, menos claro. Además, comprobamos que, por error, en algún informe se mencionan las pruebas complementarias realizadas al paciente y, en otros, se incide en la inexistencia de datos de exploración.

La última fase del razonamiento clínico está encabezada por las formas EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS, también llamada “estudios complementarios”, “pruebas complementarias”, “datos complementarios”, “análisis clínicos” y “pruebas complementarias”, “análisis y pruebas significativas”, “otras exploraciones”, “analítica y exámenes complementarios”. Este apartado, en el que predominan los tecnicismos y la elipsis, supone la prueba técnica que conduce a un posible diagnóstico; en él, se diferencia entre las pruebas de laboratorio (analítica) y otras pruebas como las endoscópicas, la anatomía patológica, las pruebas de imagen (tomografía, radiografía, resonancia, etc.), los electrogramas, el test de esfuerzo, estudios alergológicos, espirometrías, entre otras.

Las pruebas de laboratorio se realizan a partir de una plantilla que el facultativo debe rellenar antes de obtener la muestra, conformada por los parámetros de análisis. En nuestra investigación hemos constatado que los términos de esa plantilla no coinciden con las denominaciones utilizadas en el ICA en las que abundan las abreviaturas, la polisemia, la alternancia de mayúsculas/minúsculas. Además, no se sigue un orden lógico en la enumeración de los parámetros ya que, en ocasiones, se alterna el orden de los encabezados (Hematología, Bioquímica, etc.) e incluso el orden de cada uno de los parámetros en concreto.

Tampoco existe un criterio único sobre si citar todos los parámetros de la analítica o solo los destacados y, en los casos en que no haya nada que resaltar, especificarlo o no. Por último y, desde mi punto de vista, lo más incorrecto: el facultativo no alude nunca a las consecuencias de las cifras de analítica, hecho que deja al paciente con una desinformación tal que este apartado resulta inútil para el propio paciente debido a su falta de comprensión de los datos.

Respecto al resto de pruebas complementarias, se utilizan diversos recursos tipográficos para resaltarlas (mayúsculas, negrita, subrayado); sin embargo, no es común que se destaquen como subtítulos del apartado “Pruebas complementarias”. Tampoco se especifica, en la mayoría de los informes, el momento en que se realizó la prueba, por lo que desconocemos si son actuales o llevadas a cabo por otros especialistas.

Del análisis lingüístico se desprende que constituye la parte en que de forma más exhaustiva se plasman las características del lenguaje médico: abundancia de tecnicismos (uno de los apartados donde es mayor su presencia), elipsis verbal, sintagmas nominales breves, abundancia de complementos nominales, sufijos de carácter técnico, ausencia de determinantes, adjetivos especificativos, objetividad, etc.

Como hemos indicado en nuestro estudio, en el apartado EVOLUCIÓN, se deja constancia de la respuesta del paciente a los tratamientos efectuados durante el ingreso y a las pruebas realizadas; se describen los cambios en los síntomas; se hace referencia a la situación psicológica del paciente, a sus preocupaciones y los síntomas que éstas le producen; a cómo tolera el proceso asistencial; la implicación de la familia y, de manera equivocada, en algunos informes se mencionan en este apartado las recomendaciones y algún aviso de cita.

En la Evolución hemos distinguido, según el enfoque que el médico da a este apartado, entre textos descriptivos en los Servicios de Cirugía y Urología, sobre todo; narrativos que son los más numerosos, con aumento de paradigmas verbales y adverbios de lugar y tiempo; argumentativos que incluyen construcciones sintácticas más complejas, con mayor razonamiento y abstracción. Por último, en Oftalmología, se repite siempre el mismo contenido y estructura en todos los informes.

Añadimos, en su momento, para completar la información, un ejemplo de fragmento correctamente realizado.

Desde el punto de vista lingüístico, observamos mayor número de verbos, con predominio del presente, el futuro y las formas impersonales con ‘se’; sin embargo, se advierte también cierta nominalización de los verbos. La adjetivación es, sobre todo, especificativa –más propia de los textos científicos– uno a uno– lo que demuestra la carga de objetividad del fragmento. Sintácticamente, diferenciamos entre aquellos informes más desarrollados que manejan estructuras complejas formadas por oraciones subordinadas y en las que se aprecia un cierto nivel de cohesión y, por otro lado, los informes que prefieren la simple construcción clásica de sujeto + verbo + predicado. Destacado, en cambio, resulta el empobrecimiento gramatical derivado de la repetición de sintagmas, formas verbales y preposiciones así como la incursión en errores sintácticos.

Respecto al léxico, detectamos abundantes tecnicismos, mecanismos de composición de palabras que son característicos y propios del lenguaje médico como epónimos, afijos médicos (-itis, -ista, -pelia, -terapia, etc.), formas compuestas mediante un mecanismo propio y exclusivo del lenguaje médico que están formadas con construcciones especiales en las que no profundizamos debido al tiempo que se precisaría si nos adentráramos en su estudio en este momento, labor que considero interesante para el futuro.

Para comprender el análisis del apartado TRATAMIENTO se necesita aclarar una serie de conceptos como son: “medicamento”, “principio activo”, “excipiente”, “forma farmacéutica”, “presentación”, “nombre químico” y “nombre vulgar”; asimismo, se precisa informar sobre los diferentes tipos de vías de administración, formas farmacéuticas, etc.

Esta sección incluye tres tipos de contenido informativo: consejos prácticos sobre sugerencias para el enfermo; avisos y el tratamiento en el momento del alta.

Después de plantear la normativa respecto a la prescripción de fármacos según la cual a cada principio activo le será atribuida una denominación oficial española por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y esa denominación oficial será obligatoria y lo más similar posible a la denominación común internacional (Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios). Seguidamente, se presentan los pros y los contras de utilizar una nomenclatura u otra: en esencia, el nombre comercial es más fácil de pronunciar y recordar; sin embargo, el nombre farmacológico está relacionado con la actividad del fármaco y tiene valor internacional por lo que se prefiere normativamente. Además, se explican y describen las partes de que consta la prescripción adjudicándoles a cada una de ellas una leyenda: Nombre, Forma, Cantidad, Número, Vía, Frecuencia y Causa.

En el espacio Nombre aludimos al nombre del fármaco, es decir, al principio activo o al nombre comercial. La forma farmacéutica (Forma) es el producto resultante del proceso tecnológico que confiere a los medicamentos características adecuadas como dosificación, eficacia terapéutica y estabilidad en el tiempo. La dosis es la cantidad de principio activo de un medicamento expresado en unidades de volumen o peso por unidad de toma en función de la presentación que se administrará de una vez.

Tras ser identificados los elementos de que consta una prescripción, se detecta el caos obtenido en la revisión de los resultados reflejados en los informes ya que se extraen resultados en los que la información es tremendamente escueta, sobre todo en aquellos que se cita el nombre del fármaco solo, presentes en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES; otros que tampoco aportan mucha información al paciente (se presentan con dos –el nombre y otra etiqueta– y tres etiquetas); los fármacos con cuatro etiquetas que suponen el mínimo de información necesaria y, finalmente, estructuras más completas y correctas a medida que aumentan las etiquetas (cinco, seis y más etiquetas).

Únicamente en el apartado ANTECEDENTES PERSONALES detectamos algunas estructuras que no se hallan en el resto de los informes: nombre + cantidad de presentación y, de tres etiquetas, nombre + cantidad + frecuencia. Y solo en EVOLUCIÓN, nombre + vía + causa, grupo en el que observamos que no se citan unidades de medida ni abreviaturas.

Los resultados más comunes corresponden a: nombre + nº + forma + frecuencia; nombre + cantidad + vía + frecuencia; nombre + cantidad + nº + presentación + frecuencia y, en menor medida, nombre + nº + presentación + frecuencia; nombre + nº + presentación + vía + frecuencia; nombre + nº + frecuencia; nombre + causa, nombre + frecuencia, nombre + vía; nombre + nº + frecuencia.

Para la frecuencia se analizan las expresiones utilizadas para indicarla y se incide en las diferencias a la hora de indicar la toma (con números 1-0-1, con palabras plenas desayuno, comida, cena, con abreviaturas: de-co-de, con iniciales: d-c-d y con sintagmas: 1 en el desayuno, 1 en la comida, 1 en la cena).

Nos adentramos también en las formas de presentación obtenidas y las causas de la prescripción (estreñimiento, diarrea, molestias abdominales, vómitos, hipertensión, diabetes, infección urinaria, dolor, disnea, tos, alergias, síndrome ansioso depresivo, etc.).

En cuanto a la cantidad, nos preguntamos por qué en ocasiones se añade la unidad – obligatoria por ley 3/1985 de Metrología y R.D. de 30 de diciembre de 2009-; otras veces se escribe la forma plena y en otras la abreviada. De igual forma, nos surge la duda de por qué en unos fármacos se indica la medida de la dosis elegida y en otros no. Finalmente, comprobamos que no se informa del cambio de tratamiento ni de la causa de ese cambio en ningún momento.

Se revisan, asimismo, los recursos tipográficos empleados para separar los dígitos de las unidades de medida (coma, guión grande, guión pequeño, espacio, etc.; dígitos entrecomillados; decimales con punto, coma o apóstrofe) o los nombres del resto de la información.

Detectamos, a partir de los ejemplos, cuáles son los principales rasgos lingüísticos de este apartado que se ciñen a: presencia o elipsis de las unidades de medida; fluctuación dígito/letra en los números; los dígitos en ocasiones no son números enteros sino fraccionarios; se enumeran diversas formas de presentación: comprimido, ampolla, sobre, parche, inyección, envase, cápsula, inhalación; vacilaciones del estilo: medio, 1 /2, 0'5.; presencia de estructuras entre paréntesis como el número, la presentación y la frecuencia (en especial referida a las horas de alimentación), el nombre genérico de un medicamento, el tipo de fármaco o incluso otro tipo de explicaciones más concretas como el tipo de inhalador, las condiciones para tomar un fármaco, etc. y, lo más llamativo, la proliferación de un fenómeno que reduce la información y crea ambigüedades: las abreviaturas. Respecto a este recurso, se constatan vacilaciones en las unidades de medida entre forma plena y abreviatura, abundantes formas sinonímicas que incluso alteran la norma (gr, g), formas que alternan el punto o su ausencia, cifras unidas o separadas de la abreviatura, etc.

Incidimos especialmente en la necesidad de ocuparse de que el enfermo reciba la medicación y dosis apropiadas durante el tiempo idóneo y con el menor coste para el paciente y la comunidad. Asimismo, analizamos posibles errores motivados por una prescripción incorrecta, porque no existe coherencia entre el tratamiento anterior (que normalmente figura en el apartado Enfermedad actual) y el tratamiento prescrito en el alta.

En el último apartado del análisis del tratamiento nos centramos en el estudio de la terminología del fármaco, los modos y formas de denominarlo. Así, el estudio ofrece todas las denominaciones de los fármacos obtenidas, agrupadas por aparatos y clasificadas.

Dado que la denominación común del fármaco se basa en una composición basada en la raíz del término + un sufijo que contiene el significado del grupo farmacológico concreto, presento una relación de terminaciones localizadas. Asimismo, se proporciona una enumeración de las marcas de fármacos junto a su principio activo e intentamos demostrar la falta de criterio a la hora de decidir si el médico se inclina por la marca o por el principio activo. Por último, dedicamos una sección a enumerar la relación de posibles errores fonéticos y gráficos, causantes en gran medida de muchos de los errores del tratamiento.

Del estudio de este apartado se concluye que no existe un acuerdo sobre el nombre que se debe emplear para el fármaco, que se producen confusiones en los nombres de los fármacos, que abundan los errores fonéticos y gráficos y que se utilizan abundantes sistemas de abreviación, en especial abreviaturas y símbolos.

En cuanto al siguiente título, al haber un alto número de informes de *exitus*, el apartado DIAGNÓSTICO, por lógica, se omite en el 5'75% de los informes; sin embargo, supone un grave error su omisión en nueve informes de alta hospitalaria.

Hemos atestiguado la pluralidad de denominaciones, la ubicación dentro del informe, la cantidad de diagnósticos que se enumeran así como la presencia de otros contenidos, que no son diagnósticos, en este apartado. Además se confirma que en un 15'5% de informes – correspondientes a informes de Paliativos, Medicina Interna y Traumatología– se separa el diagnóstico principal de los secundarios, cifra muy pequeña si tenemos en cuenta que para una correcta codificación haría falta que siempre se diferenciara esta peculiaridad.

Resulta, finalmente, significativo que solo en un informe se añada el código CIE-9 de los diagnósticos; por el contrario, para que la información sea completa, ese complemento informativo debiera anotarse en cada uno de los diagnósticos enumerados.

Como características del lenguaje en este apartado hemos citado la abundancia de estructuras fosilizadas, epónimos, abreviaturas, elisión de preposiciones y que quizá sea la sección en que más cuidado se tiene con la tipografía. Por tanto, para enumerar los diagnósticos detectamos diferentes variedades tipográficas (punto, números, guiones, símbolos, etc.) y aunque predomina la letra mayúscula localizamos también el contenido en minúsculas e incluso alternando ambas.

El último apartado del informe lo constituyen las RECOMENDACIONES que en muchos documentos analizados no lleva título o incluso ni aparece.

En la investigación, por tanto, nos centramos en el análisis de las estructuras obtenidas clasificándolas de acuerdo a su contenido en: plan de seguimiento (contacto con médico de Atención Primaria, revisiones, cuidados de enfermería), exploraciones pendientes, estado del paciente en el alta, pronóstico, contacto, envío de informe definitivo, recomendaciones prácticas, copia del ICA para el médico de Atención Primaria, otros avisos (petición de ambulancia, oxigenoterapia...).

Por otro lado, en segundo lugar, hemos analizado los grupos obtenidos: informes de Cirugía –con cinco formatos diferentes; con encabezado en mayúsculas (recomendaciones, nota, control, alta, plan, revisión, observaciones, régimen de vida); sin encabezado y con cuadros preestablecidos.

Se ha verificado el contenido encontrado en cada tipo comprobando que predominan los avisos y recomendaciones contenidos: revisión clínica, otras revisiones y cuidados de enfermería, informe definitivo.

Lingüísticamente, detectamos la presencia de verbos en imperativo, construcciones sintácticamente más complejas, poco rigor en el uso de los símbolos, información reiterada sobre la fecha de citación en algunos casos, léxico claro y comprensible destacado tipográficamente a veces sobre fechas, hora, etc., aspecto que se analiza en profundidad en la segunda parte del estudio (sistemas de abreviación).

Se han analizado los contenidos que obtenemos en el apartado Recomendaciones, caracterizándolos como sigue:

1. Revisiones en consulta, clasificadas de acuerdo al elemento que encabeza la construcción (verbo o sustantivo) y al volumen de información aportado (“Acudirá a la consulta externa de Uro-oncología en el H. G. de la Rioja. El día y la hora se los indicarán por correo desde Admisión de enfermos”).



2. Derivaciones a Paliativos, con escasa información facilitada y dos tipos de construcción: por un lado, con sujeto ‘paciente’ y verbo en presente o futuro; por otro, empleando formaciones impersonales con el verbo ‘seguir’ y ‘control’ (“seguirá control domiciliario por la Unidad de Cuidados Paliativos para lo cual se remite fax a dicha Unidad y, una vez aceptado el paciente, se pondrán en contacto telefónico con él en la siguiente dirección y teléfono. En caso de no ser admitido, desde nuestra Unidad les informaremos de los pasos que pueden dar”)

3. Remisión al médico de Atención Primaria: debido a los avances tecnológicos, ya no es necesario remitir copia del informe al médico de Atención Primaria. (“Acudirá a su médico de cabecera con este informe para control y seguimiento”)

4. Toma de medicación: numerosos errores, entre otros, la posibilidad de mezclar la medicación del ingreso con la que aquí consta como “habitual” (“Seguir el mismo tratamiento que al alta (informe 19/04/07)”)

5. Exploraciones pendientes: (“Queda pendiente de realizar un Tránsito Esofágico.”)

6. Resultado de pruebas: (“Se recibe informe de Anatomía Patológica con el diagnóstico de adenocarcinoma”)

7. Menciones a otros tratamientos y avisos: (“...y contactar con HAD para hemoterapia en domicilio si precisa”)

8. Otras recomendaciones como la dieta, los cuidados de enfermería, la hidratación, medidas preventivas y terapéuticas, etc. (“Retirar sonda vesical en dos semanas”)

Con el fin de resolver muchos de los inconvenientes y errores localizados en los ICA e incrementar la calidad de estos escritos mejorando, por tanto, la comunicación médico-paciente lo que derivará en un beneficio para la salud del enfermo, propongo un plan de confección de ICA compuesto por dos fases: creación de un formulario y confección de una plantilla.

a) Creación de un **formulario** con muchos de los parámetros que contiene un informe; el facultativo lo irá rellenando a medida que transcurra el ingreso. Dicho formulario estará compuesto por los apartados del informe que se pueden exportar a la plantilla, situados en campos que contienen desplegados con diferentes posibilidades que el facultativo deberá elegir, como veremos seguidamente.

ENCABEZADO: el formulario incluirá en la parte superior exactamente los mismos datos informativos del Servicio, paciente y proceso asistencial que actualmente se importan de SELENE, teniendo en cuenta que conste toda la información necesaria para los CMBD. Por tanto, habrá que añadir una casilla en el formulario para la facturación, similar a:

→ Documento Nacional Identidad del paciente

→ Los códigos TSI (Tarjeta Sanitaria Individual) definen el encuadramiento o clasificación de los usuarios (asegurados o sus beneficiarios), que determina el porcentaje del precio de los medicamentos que deben aportar y, en su caso, la aportación máxima mensual.

Son los siguientes:

- TSI 001, exento de aportación.
- TSI 002, perceptor de pensión contributiva, o su beneficiario.
- TSI 003, persona activa (trabajando, por cuenta propia o ajena, parado que percibe prestación ó subsidio, o que sin percibir prestación no ha causado derecho al subsidio), o su beneficiario.
- TSI 004, persona activa, o su beneficiario con ingresos superiores a 18.000 € e inferiores a 100.000.
- TSI 005, persona activa o su beneficiario con ingresos superiores a 100.000 €.
- TSI 006, mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial.

En el caso de ciudadanos extranjeros que no dispongan de la mencionada tarjeta, se consignará el código asignado en su tarjeta sanitaria europea o su certificado provisional sustitutorio (CPS) o en el formulario europeo de derecho a la asistencia que corresponda, o el número de pasaporte para extranjeros de países no comunitarios. En todo caso se deberá consignar, asimismo, el régimen de aportación que corresponda al paciente.

→ desplegable en el que se informa de la compañía de salud que pagará los gastos del paciente; así presentamos las siguientes posibilidades:

- ✓ SNS
- ✓ seguro médico privado

- ✓ mutualidades de funcionarios
- ✓ compañías de seguros y mutuas: Adeslas, Allianz, Aresa, Asisa, Axa Winterthur Salud, Caser, DKV Seguros, FIATC, Mapfre Caja Salud, Sanitas

De los datos importados desde SELENE, además de constatar que se encuentran unificados (formato de fechas, el motivo de alta siempre especificado de igual manera ya que en algunos Servicios la plantilla indica ALTA, en otros ALTA DE HOSPITALIZACIÓN, etc.), habrá que rellenar aquellos campos que se importan con la casilla en blanco o incorrectamente escrito; por ejemplo, en la casilla “Médico” se anota el nombre del que crea el informe (administrativo, facultativo, etc.) luego habrá que incluir en el formulario un casillero con un desplegable que incluya el nombre y apellidos de todos los facultativos del SERIS para, de manera predeterminada, elegir la opción adecuada. Evidentemente, no será necesario anotar uno a uno los facultativos porque el propio programa SELENE ya dispone, para otras funciones como búsqueda de teléfonos o de correos electrónicos, del listado de todos los médicos que trabajan para el SERIS, incluidos los de Fundación Rioja Salud, Fundación Hospital de Calahorra, alguna residencia de ancianos y el Centro de Salud Mental Reina Sofía.

Para el casillero “fecha de alta”, evidentemente vacío ya que es el propio médico quien decide cuándo se producirá el alta, habrá que crear un enlace a un calendario y llevar cuidado con el formato de la fecha, evitando que cada redactor la escriba a su manera.

En la Tipología del documento otro desplegable nos permitirá decidir entre “Informe de alta de Hospitalización”, “Alta provisional”, “Informe de traslado a”.

Por otro lado, debido a que los datos “Médico de cabecera”, “Centro de Salud” (situados debajo del encabezado) se importan también del sistema, poco más se puede añadir.

Respecto al cuerpo del documento, veamos qué aspecto podría quedar en cada apartado:

#### MOTIVO DE INGRESO:

→ Desplegable con estas posibilidades, entre otras: domicilio, Urgencias, Consultas Externas, Atención Primaria, Servicio de.... (todas las posibilidades en un desplegable), Hospital de.... (todas las posibilidades de Hospitales en España)

→ Los especialistas deberán decidir las opciones que irán incluidas en esta casilla entre las que, como ejemplo, nombramos: diabetes, dislipemia, hiperuricemia, hiperhomocisteinemia, obesidad, patología arterial, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatía, hipertensión arterial, etc. En estas opciones nunca se utilizará la sigla o abreviatura correspondiente (si por economía de tiempo fuera, siempre es más rápido marcar un tic que escribir una sigla). Debido a la frecuencia de terminología técnica en este casillero, en la plantilla posterior habrá un hipervínculo con la forma coloquial si ésta existe.

→ Si fuera posible, habría que enumerar las diferentes opciones que formarían este desplegable pero desconozco si las posibilidades son inabarcables en cuyo caso este apartado no constaría en el formulario.

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

- Carácter patológico:

→ El desplegable incluirá un nuevo desplegable con los siguientes encabezados:

- ✓ Denominación: enlace al CIE-10 y, evidentemente, en la plantilla un hipervínculo con su correspondiente término coloquial. Además habrá que estar en contacto con SNOMED-CT como vocabulario de referencia.
- ✓ Fecha de aparición: enlace a un calendario y con formato dd/mm/aa
- ✓ Duración: con dos casilleros a su vez: uno con números, quizá del 1 al 100 ya valdría y otro que incluya las voces: día/días, semana/semanas, mes/meses, año/años

- ✓ Evolución
- ✓ Complicaciones
- ✓ Gravedad
- ✓ Localización
- ✓ Extensión
- ✓ Factores de agravación
- ✓ Tratamiento: llevaría el mismo formato que los fármacos nombrados en el apartado TRATAMIENTO. Este ítem se exportaría a la plantilla en el apartado MOTIVO DE INGRESO para informar de la medicación que se tomaba anteriormente.
- ✓ Transfusiones

Los especialistas se encargarán de buscar posibles opciones para estos casilleros y, en caso de no lograrlo, se podrá escribir por el propio médico como opción libre.

→ Nuevo desplegable con:

- ✓ Zona intervenida
- ✓ Fecha: enlace al calendario y formato de fecha
- ✓ Lugar de la intervención: Red de Hospitales de España
- ✓ Resultado histopatológico
- ✓ Complicaciones

→ Elegir: Fracturas, Caídas, Heridas

→ Cuadro de opciones para elegir:

- medicamentos
- alimentos
- sustancias del ambiente
- contacto piel
- picaduras insectos
- otras

Hábitos tóxicos  → Cuadro de opciones para elegir:

- tabaco
- bebidas alcohólicas
- alimentación
- drogas no legales
- otros

Trastorno psiquiátrico previo

Tratamiento previo

- Carácter no patológico: habrá que indicar las circunstancias sociales y familiares luego el formulario incluiría las siguientes casillas:
  - ✓ familiares: incluyendo los antecedentes de enfermedad de los familiares
  - ✓ con quién vive
  - ✓ cuidador
  - ✓ circunstancias
  - ✓ domicilio de contacto: ya que muchas veces cambian su domicilio habitual debido a la enfermedad
  - ✓ teléfono de contacto
  - ✓ recursos
  - ✓ situación laboral: en paro, activo, jubilado
  - ✓ actividad física

## ENFERMEDAD ACTUAL

- Síntomas generales: podremos enumerar entre otros los siguientes y habrá que enlazar en la plantilla, una vez más, con las formas coloquiales, si las hay.
  - o fiebre
  - o tiritona
  - o escalofrío
  - o astenia
  - o insomnio
  - o adinamia
  - o anorexia
  - o pérdida de peso
  - o otros
- Cabeza
  - o cefalea
  - o trastorno de la visión
  - o otros
- Nariz: solo se me ocurre epistaxis por lo que algún especialista podrá aumentar el listado
- Garganta
  - o disfagia
  - o odinofagia
  - o escozor faríngeo
- Cardiorrespiratorio
  - o tos
  - o expectoración: con dos casillas que aludan a las características y el color
  - o ortopnea
  - o hemoptisis
  - o otros
- Gastrointestinal
  - o apetito
  - o náuseas
  - o vómitos
  - o pirosis
- Genitourinario
  - o poliuria
  - o hematuria

- Neuromuscular y neuropsiquiátrico
  - cefalea
  - ansiedad
  - depresión
- Piel y anexos
  - prurito
  - equimosis
- Dolor: para completar este apartado sería interesante la aportación de los especialistas en dolor.

→ Se añadirá un listado de partes que pueden estar afectadas; por ejemplo, abdominal, periumbilical, etc.

→ Igual que en la casilla anterior; por ejemplo, somático, visceral, etc.

→ El primer casillero incluirá una lista numérica y el segundo las opciones: día, días, semana, semanas, mes, meses, año, años

→ Igual que en el casillero anterior

→ Llevaría el mismo formato que los fármacos nombrados en el apartado TRATAMIENTO. Este ítem se exportaría a la plantilla en el apartado que estamos describiendo.

Con un enlace directamente a un formulario de este sistema de medición



## EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos cuantificables: llevan un casillero numérico. La tensión arterial con formato número/número; la frecuencia cardiaca a veces separada por guión; la saturación de oxígeno con tanto por ciento y los números decimales con apóstrofo dado que es la forma más idónea para el teclado de los ordenadores. Para las escalas se remite al propio formulario de cada una

- tensión arterial: formato de número / número
- pulso
- temperatura:
- frecuencia cardiaca
- frecuencia respiratoria
- reflejo pupilar
- peso
- talla
- saturación de oxígeno
- escalas: Karnofsky, Barthel, Pfeiffer, Glasgow, PPS

### Anamnesis

- Aspecto:
  - consciente/inconsciente
  - orientado
  - colaborador
  - receptivo
  - perceptivo
  - buen/mal/regular estado general
  - normohidratado
  - normocoloreado
  - eupneico
- Cabeza y cuello:
  - adenopatías
  - signos deshidratación
  - cianosis
  - ingurgitación yugular
  - masas
  - megalias
  - pupilas isocóricas
- Auscultación cardiaca
  - normal
  - tonos cardiacos: se elegirá una opción: rítmicos, arrítmicos, extrarruidos
- Auscultación pulmonar

- murmullo vesicular
- roncus
- sibilancias
- eupneico
- ventilación: se elige entre normoventilación, hipoventilación, buena, basal
- crepitantes: pueden ser finos, secos, bibasales, bilaterales
- hipofónesis: como opciones podríamos añadir bibasal, generalizada, global
- Abdomen
  - blando
  - depresible
  - doloroso
  - peristaltismo: podría ser presente, positivo, etc.
  - masas y megalias
  - otros
- Extremidades: para las opciones a elegir en este aspecto se puede tomar como referencia la tabla 9
- Exploración neurológica: focalidad

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

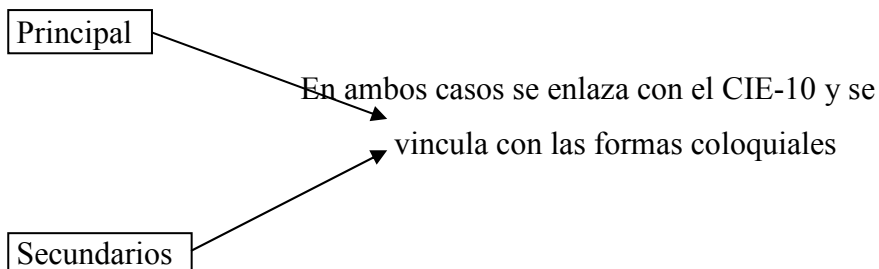
Para confeccionar el formulario, dado que resulta el apartado más técnico, sería necesario un estudio en profundidad de cada una de las pruebas y, junto a los especialistas, confeccionarlo.

La analítica tampoco precisa formulario debido a que el facultativo ya rellena los datos cuando solicita la petición y el especialista cuando obtiene los resultados.

## EVOLUCIÓN

Apartado libre en el que hay que cuidar especialmente la narración; así, deberá ser un fragmento coherente, correcto, con elementos conectivos, claro y fácil de comprender.

## DIAGNÓSTICO



## TRATAMIENTO

A partir del análisis de la documentación, se ha llegado a concluir que en este apartado habría que cumplimentar, cuando menos, siete leyendas y en esa conclusión se base este apartado del formulario y, previamente, se añaden las sugerencias:

- Sugerencias:

- dieta
- ejercicio físico
- andar
- no tomar sal

- Fármacos

Nombre	Enlace con un Vademécum
Forma	En un desplegable se elige una de estas opciones de la tabla 17
Cantidad	a) Un primer casillero sería numérico e indica el tamaño de la forma farmacéutica. b) el segundo casillero enumera las unidades de medida posibles según las normas: ley 3/1985, de Metrología y RD 30 de diciembre de 2009. Se añade en este casillero una alerta según la cual el nombre del fármaco debe ser coherente con la unidad de medida
Número	Casillero numérico que indica la dosis
Presentación	Se repite muchas veces el casillero Forma por lo que lo más lógico sería retirar la plantilla Forma y mantener solo este casillero. Las opciones que se deben elegir corresponden a la tabla 17

Desplegable con las siguientes opciones: oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea, sublingual, rectal, vaginal, inhalatoria, tópica

Tres casilleros con desplegable –indicando la frecuencia por horas, días de la semana u horas de comida– que incluyen:

- cada +  + horas, → 

{	en	}	→	{	desayuno
	antes				comida
	después				cena
- a demanda
- una vez a la semana
- a días alternos
- por la noche/mañana
- otros

durante  día/días, semana/semanas, mes/meses, año/años

Si + un desplegable que incluya: cefalea, estreñimiento, diarrea, molestias abdominales, vómitos, hipertensión, diabetes, infección urinaria, dolor, disnea, tos, alergias, síndrome ansioso-depresivo, náuseas, infección respiratoria, molestias orofaríngeas, prurito

Por último, habrá que indicar cuándo suspender la toma y, en un apartado libre, añadir otros datos como, por ejemplo, el sabor de un batido o la marca comercial de un inhalador.

Para la confección del listado de números, la fracción se marcará como ½ y, cuando haya decimales, irán separados con apóstrofo ya que, como hemos dicho, resulta más cómodo al teclear en el ordenador.

En el apartado del TRATAMIENTO conviene seguir la nomenclatura de los términos estándar del español publicados por la Dirección Europea para la Calidad de los Medicamentos (EDQM) del Consejo de Europa.

Además, habría que añadir alertas, sobre todo cuando los medicamentos tienen los nombres muy similares o cuando pueda intuirse una posibilidad de error o de ambigüedad.

Para formas especiales, como la insulina, solo el análisis en profundidad de especialistas en la materia y la colaboración de otros profesionales puede dar con un apartado determinado en el formulario,

## RECOMENDACIONES

Tanto en el formulario como en la plantilla, será preciso escribir subtítulos para que la información quede más clara. Así,

### ○ CONTACTAR CON MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Casilla con un listado de médicos y Centros de Salud que ya hemos incluido en el formulario

### ○ REVISIONES

Casillero con un desplegable que incluya por un lado un calendario para indicar la fecha de la cita con el formato dd/mm/aa; por otro, expresiones del tipo “que se le indique”, “que se le indique por correo”, “que se le indique por teléfono”, “que conste en la tarjeta de citación”. En el calendario se añadirá otro desplegable que incluya las horas del día con el formato hora + : + minutos en periodos de 24 horas (no de 12).

Además, se añaden una serie de desplegables que paso a enumerar:

- causa de la derivación: “revisión”, “control de glucemia”, “cambio de tratamiento”, etc.
- formas: “Hospital”, “Centro de Salud”,
- todos los Hospitales de España y sus ubicaciones;
- otro casillero con “Consulta”, “Servicio”,
- lista de teléfonos y extensiones de los Hospitales
- medidas de precaución ante cualquier tratamiento no farmacológico
- solicitudes que el médico puede realizar: interconsulta, seguimiento, traslado, valoración, etc.

### ○ CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se incluirá un enlace a un formulario de cuidados de enfermería, documento que me consta que ya existe en algunos Servicios

### ○ EXPLORACIONES PENDIENTES

Casillero con tipos de exploraciones (analítica, resonancia, ecografía, etc.), otro con posibles causas para realizar una exploración y el último con los trámites a seguir (llamar por teléfono a \_\_\_\_, recibir un correo \_\_\_\_, etc.)

- CONTACTO

Se deben añadir los datos de los familiares y cuidadores incluyendo casilleros para el nombre y apellidos, domicilio (interesante porque muchos pacientes, sobre todo de edad avanzada, no viven ya en su domicilio habitual sino que se trasladan a residencias o a los domicilios de sus hijos u otros familiares), teléfonos de contacto. Asimismo, se debe conocer los datos del médico de Atención Primaria, casillero que ya va incluido en el informe, como hemos visto.

- RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

casillero con las posibles recomendaciones: dieta, cuidados de enfermería, hidratación, medidas preventivas y terapéuticas, otros; por ejemplo, caminar con ayuda de bastones

- OTROS AVISOS

Dado que el tratamiento ya se ha incluido en anteriores casilleros no es necesario repetirlo. Sin embargo, deberá aparecer otro casillero, con un desplegable que incluya:

- ambulancia

El listado de Hospitales y Servicios, el de números, fechas y horas ya está incluido en el formulario. No obstante habrá que añadir un casillero con el motivo (alta, prueba, ingreso, tratamiento), otro con el tipo de traslado (programado, citado, urgente, ambulancia convencional, UVI móvil) y otro con los medios auxiliares (silla, camilla, oxígeno)

- oxigenoterapia

Los casilleros necesarios ya están explicitados: números y horas

- solicitud de andador

- otros

b) Confección de un documento de texto que ejercerá de **plantilla** para todos los Servicios del SERIS. Su elaboración deberá ser consensuada entre diferentes profesionales. Se puede, en este sentido, aprovechar la plantilla que en este momento se origina cuando comienza la creación de un informe en el programa SELENE y de la que ofrecemos su formato en el anexo PLANTILLA.

En primer lugar habría que añadir en el encabezado los datos de facturación del paciente así como cualquier otra información que desde el Servicio de codificación se sugiera.

En el MOTIVO DE INGRESO se agregaría el siguiente texto:

**“Paciente de \_\_\_\_<sup>1</sup> años \_\_\_\_<sup>2</sup> desde \_\_\_\_<sup>3</sup> que ingresa para \_\_\_\_<sup>4</sup> por \_\_\_\_<sup>5</sup>”**

En primer lugar habrá que valorar si resulta más correcto impersonalizar la información o diferenciar por sexo.

Los números contendrán las siguientes características:

1- enlace al formulario de la edad

2- casilla opcional: derivado/que ingresa, etc. Se deberá elegir la opción más adecuada

3, 4, 5- enlace a los formulario Derivación, Finalidad, Causa ingreso

En el apartado ANTECEDENTES PERSONALES no se rellenarían datos sino que directamente se importarían los ítems señalados en el formulario dando lugar a una enumeración de enfermedades, intervenciones, traumatismos, alergias, hábitos tóxicos, trastornos psiquiátricos previos bajo el subtítulo de CARÁCTER PATOLÓGICO. Así, dado que en el formulario ya se señalan los aspectos revisados, no será necesario –de cara a un futuro juicio- demostrar que se han revisado todos los parámetros y, por tanto, se podrá prescindir de las frases negativas.

Con el subtítulo CARÁCTER NO PATOLÓGICO se incluirían las siguientes estructuras:

**“\_\_\_\_<sup>1</sup> afecto de \_\_\_\_<sup>2</sup>”. Vive en la actualidad con \_\_\_\_<sup>3</sup> en la calle \_\_\_\_<sup>4</sup> de la localidad de \_\_\_\_<sup>5</sup>. Su cuidador principal se llama \_\_\_\_<sup>6</sup> y el teléfono de contacto es \_\_\_\_<sup>7</sup>”. Su situación laboral es \_\_\_\_<sup>8</sup> Trabaja como \_\_\_\_<sup>9</sup>”**

Salvo el número 2 que supone un enlace al formulario de enfermedades CIE-10, el resto de los espacios deberán ser rellenados libremente por el redactor del informe.

Finalmente como subtítulo TRATAMIENTO PREVIO se importarían los fármacos que el paciente tenía prescritos en el último informe previo al ingreso.

En ENFERMEDAD ACTUAL, donde se realiza un análisis integral del paciente – físico, psicológico, social y espiritual, incluiríamos otra enumeración del tipo:

“Paciente que refiere \_\_\_\_\_” añadiendo en el espacio cada una de las referencias que se han señalado al rellenar el formulario; por ejemplo, “Paciente que refiere fiebre y escalofríos, cefalea, escozor faríngeo, ortopnea y ansiedad. Dolor abdominal somático de 3 días de duración tratado con Paracetamol envase de 20 comprimidos, 1 g cada 8 horas, vía oral durante 1 semana”

Y continúa la plantilla: “Ingresa procedente de \_\_\_\_\_ a causa de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_” donde en los espacios se enlaza con los apartados del formulario incluidos en Motivo de ingreso: Derivación, Causa de ingreso y Finalidad aunque ahora el facultativo deberá aumentar la información entrando en detalles del proceso de ingreso.

El contenido de la EXPLORACIÓN CLÍNICA referente a los signos cuantificables irá mencionado en la plantilla casi siempre con sus abreviaturas y, al pasar con el ratón del ordenador sobre cada una de ellas, aparecerá la forma plena; así:

“**TA:** \_\_/\_\_ mm/Hg    **Pulso:** \_\_ por minuto    **T<sup>a</sup>:** \_\_°C    **FC:** \_\_ lpm    **FR:** \_\_ rpm  
**Peso:** \_\_ kg    **Talla:** \_\_    **Saturación O2:** O2: \_\_%, a \_\_ litros por minuto  
**Escalas:** \_\_\_\_\_”

La segunda parte de la exploración estará formada por subtítulos de la anamnesis cuyos resultados se extraerán directamente del formulario.

Para el apartado de EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS, como hemos indicado, será necesario un estudio más profundo, supervisado por los especialistas en cada tipo de exploración por lo que poco más se puede aportar.

La analítica, por otra parte, incluirá una estructura fija en la que se hagan constar todos los parámetros en un mismo orden (que los analistas y médicos sugerirán) incluyendo en la plantilla la unidad de medida exacta de cada parámetro (a partir de las normas ya especificadas) y la franja de valores normales. El médico, por su parte, añadirá una valoración de su significado, de acuerdo con la historia del paciente, los síntomas y sus circunstancias personales. Los parámetros inalterados no será preciso mencionarlos.

Los diagnósticos, como se indica en el formulario, se extraerán directamente del CIE-10 teniendo en cuenta que para cada uno de ellos, si la hubiera, se deberá consignar la forma coloquial.



Respecto al TRATAMIENTO, se enumerará cada fármaco prescrito siguiendo las normas que hasta ahora hemos mencionado por lo que deberá consignarse lo siguiente:

“NOMBRE DEL PRINCIPIO ACTIVO (*marca comercial*®): + forma farmacéutica + tamaño del envase, + dosis + unidades de dosificación + vía de administración, + posología + duración del tratamiento, + motivo de la prescripción, + especificaciones, (por ejemplo, tomar con la comida) + instrucciones explicativas (por ejemplo, vigilancia de efectos adversos)”.

Como repetidamente hemos indicado, habrá que poner especial atención a si se prescinde de las abreviaturas y si se utilizan las normativas, a los recursos tipográficos y al uso de mayúsculas y minúsculas. El redactor, asimismo, deberá fijarse en las pautas horarias y las dosis, sobre todo.

Finalmente, en el apartado de RECOMENDACIONES indico una serie de estructuras a las que se podría recurrir al confeccionar el informe, clasificadas por su contenido y cuyos casilleros se explican en el formulario:

- CONTACTAR CON MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

“Seguirá control por su médico de Atención Primaria (Dr. \_\_\_\_\_) para lo que deberá ponerse en contacto con el Centro de Salud \_\_\_\_\_ “

- REVISIONES

Es evidente que en este apartado debe quedar claro si el paciente tiene que volver a revisión o no y, ante cualquier problema, saber a dónde tiene que dirigirse. Por tanto, es preciso que en cada Servicio se cuelgue una plantilla con la forma de derivar al paciente y el protocolo que se sigue. Así cuando el médico realiza la interconsulta recoge esa información y la importa al informe.

“Acudirá para \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Consulta nº \_\_\_\_\_ planta \_\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_). Si precisa contactar con dicho Servicio, puede llamar al teléfono \_\_\_\_\_ extensión \_\_\_\_\_”.

“Previamente se realizará \_\_\_\_\_ (opciones “analítica”, “cultivo”....)

Si se remite al paciente para que se le aplique algún tratamiento no farmacológico, la estructura podría ser:

“Se remite al paciente a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_. Deberá tomar como medidas de precaución \_\_\_\_\_”

La derivación a Paliativos, por resultarme más familiar, podría quedar como sigue:

“Se remite interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos vía fax/Selene quienes aceptan visitarle en domicilio para lo cual se pondrán en contacto con el paciente en la siguiente dirección y teléfono (para visita a domicilio) cuando lo consideren oportuno” (derivación a Paliativos Domiciliarios)

“Se remite interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos vía Selene para traslado del paciente a su hospital quienes aceptan por lo que procederán a su traslado en cuanto sea viable” (traslado a hospitalización)

“Se remite interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos vía fax/Selene para citar al paciente en consulta, para lo cual será avisado telefónicamente por la propia Unidad” (citar en consulta)

Similar es el resultado si el médico solicita algo a otras Unidades:

“Se solicita \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_”

○ CUIDADOS DE ENFERMERÍA

“Seguirá control de enfermería por \_\_\_\_\_” (el contenido de esta plantilla se acordará junto al personal de enfermería)

○ EXPLORACIONES PENDIENTES

“Debido a \_\_\_\_\_, queda pendiente de realizar \_\_\_\_\_ que se hará el día \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_, para lo cual deberá \_\_\_\_\_”

○ CONTACTO

“Si antes tuviera alguna duda o motivo de preocupación, puede contactar con el Servicio de \_\_\_\_\_ llamando \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ horas”

○ INFORME DEFINITIVO

“Recibirá el informe clínico definitivo en próximas fechas, pudiendo haber variación en los apartados reseñados en el informe”

○ RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

“Se recomienda conservar el original de este informe”

“Se aconseja realizar vida normal/ejercicio físico en la medida de lo posible”

○ OTROS AVISOS

“Deberá seguir con la medicación que tomaba de forma habitual antes de este ingreso consistente en \_\_\_\_\_, siendo conveniente que consulte con su médico de Atención Primaria por si es necesario realizar alguna modificación”.

“Seguirá los consejos de la hoja que se adjunta”

“Precisa ayuda para realizar todo tipo de cuidado personal”

“Se adjunta autorización de la Mutua”

“Precisa traslado en ambulancia el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas desde su domicilio en \_\_\_\_\_ (teléfono: \_\_\_\_\_) hasta el Hospital \_\_\_\_\_ Consulta de \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ situado en C/ \_\_\_\_\_. El motivo por el que se solicita este servicio, que está \_\_\_\_\_, es \_\_\_\_\_, precisando como medios auxiliares \_\_\_\_\_”

“Precisa oxigenoterapia domiciliaria, (en gafas nasales), a \_\_\_\_\_ l/m durante \_\_\_\_\_ horas al día”

Al final del documento se añadirá una alerta según la cual la fecha del documento deberá coincidir con la fecha del alta registrada en el encabezado.

Finalmente, a nuestra propuesta podríamos añadirle una tercera fase consistente en que el redactor científico edite la plantilla y le dé forma para que el médico responsable del paciente pueda revisarlo, darle el visto bueno y firmarlo.

En conclusión, el encabezado deberá adaptarse a los recientes cambios en el CMBD, se deberá poner atención para que las fechas estén correctamente escritas y sean coherentes, se deberá identificar correctamente al paciente, no repetir datos innecesarios, homogeneizar la terminología y no repetir datos.

El motivo de ingreso se caracterizará por estructuras claras y fáciles de comprender.

Los antecedentes personales incluirán aquellas enfermedades anteriores que condicionan el estado de salud actual, las que suponen factores de riesgo y habrá que fijarse principalmente en la indicación del tratamiento que el paciente llevaba antes del ingreso que se deberá enumerar correctamente, destacando cualquier cambio en la medicación. Habrá, asimismo, que dejar constancia de alergias, necesidad de oxígeno, estado nutricional y el grado de autonomía personal, por medio de un lenguaje claro, específico, ordenado y técnico para que el codificador pueda explotar los datos o el investigador localice de manera sencilla la información que busca.

Lingüísticamente habrá que evitar sistemas de abreviación innecesarios, vacilaciones de mayúsculas y minúsculas, errores gráficos, alternancias numéricas, fluctuaciones acentuales, elipsis sin sentido y abundantes, gerundios de posterioridad, localizaciones temporales inespecíficas, ambigüedades; huir de las excesivas negaciones; se tendrán que construir oraciones de sentido completo y adecuar la terminología clínica a los glosarios de términos internacionalmente aceptados.

Respecto a la enfermedad actual, se deberá ofrecer las razones por las que un paciente ingresa y, con respecto al lenguaje, aconsejaría anotar la narración con palabras del paciente y añadir la interpretación del médico, permitir la subjetividad de este apartado, confeccionar listados paralelos de términos técnicos y sus correspondientes formas coloquiales.

En la exploración clínica habrá que explorar todos los aparatos del cuerpo humano evitando la elipsis, el exceso de negaciones y la presencia de sistemas de abreviación.

Se incluirán en el informe única y exclusivamente las pruebas que complementen los apartados anteriores del informe (anamnesis y exploración) y que conduzcan al diagnóstico. No se deberán repetir pruebas complementarias por lo que nos ceñiremos a las estrictamente necesarias y, tras describir los resultados, se ampliará con un pequeño apartado que incluya la interpretación del facultativo de los datos obtenidos y unas conclusiones. Como prueba presente en la mayor parte de informes, el apartado de analítica deberá seguir un orden preestablecido, indicando los valores destacados, con sus intervalos y la interpretación y consecuencias de dichos valores en términos que el paciente pueda comprender.

En la evolución, se informará de las causas del ingreso; se describirán los cambios de síntomas y se indicarán los tratamientos utilizados para estabilizar los síntomas así como las pruebas diagnósticas que se han empleado y que acaban de ser citadas; se mencionará también el estado de ánimo del paciente, sus familiares y cuidadores, enfatizando sus preocupaciones y la forma de asumir el ingreso; por último, se aludirá a la situación familiar del enfermo y si influye en su posible alta.

Para que toda esta información sea fácilmente comprensible será preciso que el médico se concienzue de que debe expresarlo de manera correcta y cuidada.

Del mismo modo, se deberá exponer el tratamiento aunque en este caso, además, se deberán aplicar las normativas que lo rigen: la ley para el uso racional de medicamentos, las normas de la Organización Mundial de la Salud y de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la ley de metrología, etc.

Así, para que los contenidos del tratamiento sean correctos se debe evitar los errores (fonéticos, ortográficos, sintácticos, etc.), se debe huir de las elipsis y de las vacilaciones (uso de preposiciones, formato de números, sistemas de abreviación, decimales, mayúsculas y minúsculas, formas de indicar la frecuencia), no se debe usar términos inapropiados, redundantes ni imprecisos y habrá que evitar la ambigüedad.

Como hemos indicado, convendría acompañar el tratamiento con una explicación de las contraindicaciones, efectos secundarios, precauciones, etc. Asimismo, se añadirán alertas que aparezcan en cuanto se detecte el menor riesgo de confusión y prevengan errores de tratamiento, sobre todo en medicamentos nuevos o poco habituales.

Por último, se precisará concienciar al facultativo de la importancia de una correcta y completa prescripción, habrá que invertir en estudios sobre errores médicos motivados por una incorrecta prescripción y habrá que educar e instruir a los pacientes para que se interesen y traten de comprender los tratamientos que se les prescriben, sensibilizarles tanto a ellos como a sus familiares y cuidadores sobre los problemas de no entender correctamente el tratamiento, animarles a formar parte activa de su tratamiento e invitarles a que, ante cualquier duda, consulten al especialista.

Los diagnósticos deberán ir ubicados casi al final del documento, a modo de conclusión. Se deberá separar el principal y los secundarios, incluir el código CIE-10, no emplear sistemas de abreviación y destacar tipográficamente lo que se precise.

En último lugar, incluir las recomendaciones necesarias con un lenguaje sencillo de comprender por cualquier hablante, tratando de amoldar dicho lenguaje al tipo de receptor (por ejemplo, según el carácter del paciente se empleará el verbo en imperativo o en futuro). Para aumentar la claridad, hay que evitar las imprecisiones, la elipsis, las repeticiones innecesarias, el uso de tecnicismos, las ambigüedades y las fluctuaciones – mayúscula/minúscula, abreviaturas, estructuras gramaticales para indicar fechas, horas y periodos de tiempo-; también se prefiere destacar con subtítulos cada uno de los contenidos que se recomiendan o avisan (revisiones, consultar al médico de Atención Primaria, derivaciones, curas de enfermería, etc.).

Si fuera posible, además, habrá que ofrecer posibilidades para traducir el informe a otros idiomas (tanto a otras lenguas habladas en España como a idiomas extranjeros) y, al revés, dado que cada día es mayor el número de médicos extranjeros que trabajan en nuestro Sistema de Salud, deberán cuidar sus localismos y realizar un esfuerzo mayor a la hora de comunicarse.

Por otro lado, habrá que prestar atención igualmente a la parte social y cultural de los pacientes para evitar posibles choques culturales (testigos de Jehová, musulmanes, etc.).

En general, a pesar de que las posibles soluciones que aporte pueden ser válidas, enfocadas desde el punto de vista del lingüista y del usuario, lo más idóneo sería buscar solución de forma multidisciplinar, es decir, contando con la opinión de otros profesionales sanitarios (médicos, documentalistas, psicólogos, informáticos, documentalistas, redactores, etc.).

Como ya hemos indicado previamente, veamos si las conclusiones extraídas del consenso para la elaboración del ICA (2009) se han aplicado en los informes en la actualidad. Dado que los informes revisados hasta ahora eran previos al consenso, he ampliado la muestra con 7 informes más en los que he podido constatar que no se producen diferencias con los analizados antes de 2009; por tanto, las conclusiones de unos sirven también para los otros.

#### 1. Descripción general

- a) El IAH debe ser un resumen sintético, preciso y conciso, y ha de redactarse en términos médicos
- b) El principal destinatario del IAH es el paciente, al que se le debe explicar la importancia de custodiarlo y presentarlo en cualquier acto médico posterior

Comienza con un aspecto incoherente, difícil de aplicar, constatado en las expresiones: “ha de redactarse en términos médicos” y “el principal destinatario es el paciente”. Además se añade que debe ser sintético y conciso –por el bien del médico de Atención Primaria, sobre todo–; sin embargo, aunque resumido, no se debe dejar de aportar información, situación que en los informes elegidos se plasma en la abundancia de elipsis. Precisaríamos revisar un mayor número de informes pero, a partir de los investigados, podemos concluir que la amplitud es mayor en los informes posteriores a 2009 ya que frente a los anteriores que habitualmente ocupaban 1 página (a lo sumo 2), en la actualidad se llega a 2, 3 y hasta 4 páginas quizá porque han aumentado el número de pruebas complementarias y por la rápida y “eficiente” costumbre del copia-pegar.

Por otro lado, sí se cumple el punto b) del consenso ya que debajo del encabezado, resaltado en mayúsculas y subrayado, se indica que se debe mostrar una copia del informe al médico de cabecera o si se acude a Urgencias. Así, es importante continuar mostrando el informe en papel –o gracias a la Historia clínica electrónica, tener acceso desde el móvil– en caso de que se precise asistencia en el extranjero o en otra Comunidad Autónoma mientras no se utilice el mismo programa gestor y no sean compatibles.

Sin embargo, en la actualidad la decisión del consenso está obsoleta ya que no es necesario que el paciente acuda a su médico de cabecera o a Urgencias con una copia del informe porque, en cualquier caso, se puede acceder a dicho documento sin problema.

## 2. Información y comunicación al paciente

- a) El plan terapéutico debe ser claro, comprensible y ha de reflejarse en una hoja específica
- b) El médico valorará la conveniencia de señalar los objetivos terapéuticos del tratamiento y la finalidad de los fármacos, haciendo énfasis en los recién incorporados y en los cambios realizados
- c) La información escrita del IAH se debe complementar con una explicación verbal que requiere un tiempo y una dedicación específica por parte de los clínicos y otro personal sanitario
- d) Tras el alta hospitalaria, el médico de familia es el coordinador principal de los cuidados y tratamientos del paciente

Constatamos que el plan terapéutico no es, igual que en los anteriores informes, ni claro ni comprensible ya que continúan produciéndose elipsis de la información, no se incluyen todas las leyendas necesarias para una información completa y continúa la fluctuación de mayúsculas/minúsculas, abreviaturas, frecuencias, etc. Además, sigue sin enunciarse con el principio activo y entre paréntesis la marca comercial. Así se comprueba, por ejemplo, en un documento de Oncología fechado el 5 de febrero de 2010:

- ADIRO 300Mg: Cada 24 horas.
- CLEXANE 40: Subcutaneo / 24 horas.
- OMEPRAZOL: 1 compr/diario.
- LOPID Como lo venía tomando.
- POLARAMINE 1 comp cada 8 horas.
- FORTECORTIN 4mg: 1 comp cada 12 horas.
- EFENSOL 1 sobre en cada comida.

Además, no tenemos constancia de ningún informe en que se especifique el plan terapéutico en una hoja aparte como consigna el grupo de trabajo que elaboró el consenso.

Por otra parte, aunque el grupo de trabajo multidisciplinario indica que se incluyan las recomendaciones acerca de la dieta, la actividad física, los hábitos y, si se necesita, la rehabilitación, no probamos que esa información se plasme en nuestros documentos. Tampoco se explican ni los objetivos terapéuticos ni la finalidad de cada fármaco como vemos, por ejemplo, en “Inicia tratamiento de quimio-radioterapia preoperatoria con Oxal y 5 Fu en junio / '09, finalizando el julio /'09.”

Para el punto c) nos haría falta un análisis más profundo en el que, empíricamente, pudiéramos describir y examinar la comunicación oral médico-paciente.

Por último, es evidente que el punto d) se cumple ya que se remite al paciente directamente debajo del encabezado al médico de Atención Primaria.

En cuanto a los parámetros de la analítica, nada ha cambiado: no hay orden específico en la enumeración de los parámetros, sigue existiendo fluctuaciones (formato de números, abreviaturas, tipografía, etc.), pero tampoco se sigue una lógica, ya que en unos casos se mencionan todos los parámetros, en otros solo la analítica general e incluso encontramos de nuevo el sintagma “sin alteraciones”. En ningún momento se insiste en qué sean los parámetros alterados ni se explican sus consecuencias o las soluciones aportadas para corregir las alteraciones; tampoco se enuncian los intervalos del valor correcto entre paréntesis. Bajo mi punto de vista, la analítica se expone por simple protocolo.

Fluctuación de sistemas de abreviación (5 Fu/5FU, cm/cm. en el mismo documento), abundancia de dichos sistemas e incluso presencia de siglas nuevas, algunas sin saber el significado como EEC, ya que no consta en ningún diccionario ni se puede deducir por el contexto. Una muestra más de que siguen sin aplicarse las recomendaciones del consenso.

### 3. Comunicación entre médicos y datos importantes

- a) El IAH no debe ser el único contacto con el médico de familia. Una comunicación fluida entre ambos niveles es imprescindible, sobre todo en enfermedades crónicas
- b) Para facilitar la comunicación bidireccional entre la atención primaria y la hospitalaria es importante hacer constar unas referencias específicas para facilitar el contacto
- c) En el IAH deben constar explícitamente todos los datos necesarios para una buena codificación (motivo del ingreso, antecedentes, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios, procedimientos, complicaciones, destino al alta y otros)
- d) En el IAH se tienen que reflejar aspectos clave, como la funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad y la valoración social
- e) En el IAH se debe dar importancia al razonamiento clínico en los casos en que el juicio clínico no resulte obvio
- f) Es importante reflejar los parámetros de analítica básica y los alterados
- g) En lo posible se evitará la utilización de acrónimos y siglas que no sean de uso general

El punto a) nuevamente requiere información más allá del informe para constatar su resultado; habría que saber si entre el especialista y el médico de Atención Primaria existen otras comunicaciones vía interconsulta, telefónica, correo, etc. complementarias al informe.



Respecto al punto b), en ningún informe se incluyen datos específicos ni de Atención Primaria ni del Servicio que realiza el informe, salvo el nombre del médico de Atención Primaria y del Centro de Salud (debajo del encabezado como ya veíamos en nuestros informes anteriores). En ningún momento se reflejan teléfonos, faxes ni correos electrónicos excepto el oficial del SERIS por lo que sería recomendable añadir en el informe un teléfono de contacto del Servicio y, si fuera posible, el busca del médico concreto. Si se precisa realizar alguna gestión interna, sería aconsejable también reseñar el número de fax o el correo electrónico.

En estos últimos informes vemos que el motivo de ingreso no se ubica siempre al principio sino, sobre todo en Oncología, se coloca después de la Historia Oncológica en la que, de forma amplia, se describen las pruebas complementarias que se le habían hecho para diagnosticarle su enfermedad (lo que no coincide con el ingreso actual y supone claramente un copia-pegar). No se diferencia entre diagnóstico principal y diagnósticos secundarios en ningún informe revisado. Tampoco consta el destino al alta y, en el caso de derivación a Paliativos, sigue predominando la imprecisión: “se solicita seguimiento en domicilio por la Unidad de Cuidados Paliativos”.

La funcionalidad, el estado cognitivo, la comorbilidad y la valoración social no se manifiestan en los informes revisados en esta última fase; sin embargo, personal de la Unidad en la que trabajo ha atestiguado repetidas veces la necesidad de que se informe de estos aspectos en los informes; según me transmiten, dado que la esperanza de vida ha aumentado, que se ha producido un incremento de enfermedades neurológicas y que asistimos a trascendentales cambios socioculturales, sería preciso añadir un apartado de Valoración psicosocial. Dicho apartado ampliaría enormemente el número de receptores del informe: trabajadores sociales, psicólogos, mutuas, gestores y administrativos de residencias de ancianos, la administración, etc.

#### 4. El tratamiento médico

- a) En el IAH debe quedar explícito qué sucede con el tratamiento previo o describir el tratamiento al completo
- b) Se tiene que definir con claridad el nombre del fármaco, la vía de administración, la dosis y la duración del tratamiento
- c) En caso de usar nombres comerciales será de utilidad hacer constar entre paréntesis el principio activo
- d) Cuando no se prescriban fármacos recomendados en un diagnóstico concreto, se precisará la razón para no hacerlo
- e) Se deben evitar cambios injustificados de tratamiento, revisiones sistemáticas y derivaciones innecesarias

En casi todos nuestros informes, no se describe el tratamiento completo ya que nada se dice de los fármacos para los tratamientos crónicos ni de los tratamientos previos que llevan los pacientes. Además, como hemos visto en el ejemplo que acabamos de ilustrar la prescripción no está completa: falta la vía en unos casos, en otros las unidades de dosis, en otros la frecuencia, etc.; además, se ofrece información imprecisa “como lo venía tomando”.

Respecto al nombre del fármaco existe una incoherencia entre la normativa que marca la ley (citar el principio activo y entre paréntesis y en cursiva con símbolo la marca comercial) y la recomendación del consenso que indica que si se nombra con la marca comercial se coloque el principio activo entre paréntesis. Pues bien, ni un caso ni otro localizamos en los informes revisados en esta última fase. Asimismo, no se indican las razones por las que un determinado fármaco no se prescribe; por ejemplo, en un documento se dice “Prohibición facultativa de toma de aspirina” pero no indica las razones en ningún momento.

Resaltamos, una vez más, la importancia de una correcta prescripción que se basará en la formación en el uso seguro de medicamentos, empleo de nuevas tecnologías, reconocer el nombre de aquellos medicamentos que se parecen, llevar cuidado con los medicamentos de alto riesgo, intentar conciliar la medicación en los distintos niveles asistenciales, cumplir los protocolos, informar de los fallos, trabajo multidisciplinar y educar al paciente.

#### 5. Implantación

- a) Las herramientas informáticas deberán facilitar la lógica y la sencilla elaboración del IAH
- b) La compatibilidad de sistemas informáticos es una condición necesaria para la coordinación médica eficaz y, por tanto, para la salud del paciente

En ocasiones las herramientas informáticas dificultan la claridad como vemos en aquellos informes en que se enumeran largas listas de pruebas y se explican unos antecedentes clínicos muy amplios y que, a través del copia-pegar, se crean discordancias de sentido y alteraciones temporales que complican el texto y lo llenan de obstáculos para la comprensión del texto.

Si tenemos en cuenta que la tecnología avanza apresuradamente y que la Historia clínica informatizada permite innovaciones que suponen un aumento de la calidad de la asistencia, sugiero añadir a los ICA hipervínculos que enlacen con ampliaciones de la información (siempre y cuando sea de calidad y supervisado por el Servicio y, en concreto, por el médico responsable del paciente). Asimismo, sería interesante permitir importar al informe imágenes o videos que faciliten la comprensión de dicha información (dibujos del cuerpo humano para referirse a un punto concreto donde se ubica la afección, enlaces a los resultados de las pruebas de imagen, etc.).

La segunda parte de esta investigación profundiza en los sistemas de abreviación. Comienza con una pequeña mención a los cambios de este fenómeno a los largo de la historia; se aportan las principales definiciones encontradas en fuentes de prestigio con el fin de aclarar conceptos; se describen como manifestaciones que se forman con la combinación arbitraria de grafemas, sílabas y segmentos mayores de las palabras originarias y se discrepa sobre la tradicional finalidad de estos recursos: ahorrar tiempo y espacio. Desde mi punto de vista, los sistemas de abreviación facilitan la visualización de los datos, sirven para escribir menos y más rápido (tendencia actual en la que la prisa supone un estilo de vida) y, además, se pueden considerar como recursos lingüísticos habituales, de gran difusión, puestos de moda por influjo de la lengua inglesa y que suponen un síntoma de prestigio.

Una vez revisados los conceptos en torno a estos sistemas, se propone un método de análisis según el cual primero se recoge la información, después se produce la desambiguación (a cada abreviación le corresponde una forma plena cuyo significado lo aporta el contexto) y finalmente el análisis propiamente dicho.

Comprobamos en la primera y segunda fase cómo, por la naturaleza de los documentos revisados, resulta imposible recoger y desambiguar estos fenómenos de manera automática ya que las reglas estudiadas hasta el momento no se pueden aplicar en los ICA (principalmente porque la forma abreviada y la forma plena no aparecen en ningún momento unidas en el documento, ni con paréntesis ni sin ellos).

Por tanto, se concluye que se debe realizar el vaciado de la información de manera manual –con la consiguiente dificultad que conlleva– y que lo óptimo sería clasificar estos sistemas y estudiarlos a fondo para, una vez hecho, deducir normas que nos permitan extraer ejemplos de los ICA de manera automática, por ejemplo según el contexto; es decir, si me encuentro la sigla AC en mayúsculas en el apartado EXPLORACIÓN CLÍNICA significará ‘auscultación cardiaca’ pero si se sitúa en las PRUEBAS COMPLEMENTARIAS y se escribe en minúsculas podría ser ‘anticuerpo o ácido’; si AP se halla en EXPLORACIÓN CLÍNICA será ‘auscultación pulmonar’ pero si está en PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ‘anatomía patológica’, etc. Estas normas permitirán que el sistema informático, una vez escrita la forma AC, sepa qué término incluir en una leyenda de autocorrección; así, si estamos en la EXPLORACIÓN la autocorrección inmediatamente modificará AC por ‘auscultación cardiaca’.

El análisis explora, por tanto, las diversas variedades de sistemas de abreviamiento clasificándolos en:

1. Acortamientos

2. Siglas

- 2.1. Siglas prototípicas: puras procedentes del español con tres letras con y sin enlace, procedentes del español con más de tres letras con y sin enlace, procedentes del inglés con tres letras, del inglés con más de tres letras, procedentes del español con dos letras y procedentes del inglés con dos letras

- 2.2. Sigloides

- 2.3. Acrónimos o siglónimos

- 2.4. Largos enunciados

- 2.5. Siglas morfema: de tres letras procedentes del español, de más de tres letras procedentes del español, procedentes del inglés, de dos letras procedentes del español

3. Abreviatura: analizamos las diferentes variedades según el apartado en que se encuentren

#### 4. Símbolos:

##### 4.1. Alfabetizables

4.1.1. Unidades de medida

4.1.2. Elementos químicos

4.1.3. Expresiones del tiempo cronológico

4.1.4. Otras expresiones numéricas

4.1.4.1. Porcentajes

4.1.4.2. Números romanos

4.1.4.3. Números ordinales

4.1.4.4. Otros

4.2. No alfabetizables: números y símbolos volados, marcas comerciales, + y -, > y <, x, asterisco \*, barra digital /, entrecomillados, paréntesis, dos puntos

#### 5. Formas híbridas

Una vez clasificadas las formas obtenidas y realizado su análisis, centrándonos en mecanismos como la sinonimia y la polisemia, se contrasta lo obtenido con la norma y se incluye un estudio empírico -trabajo de campo- en el que se trata de verificar la forma de pronunciación de algunas de las formas recogiendo la lectura de tres informes, breves pero con abundantes abreviaciones. Los informantes han sido tanto personal sanitario como no sanitario, de diferentes edades, sexo y nivel cultural. Los resultados obtenidos me permiten concluir que el modo de lectura de una sigla depende de la legibilidad de su expresión gráfica, relacionada con su procedimiento de formación: si es silábica es más común que se lea como tal y, por tanto, será más común que se lexicalice. Por otro lado, solo los que conocen con exactitud el desarrollo pleno de una sigla o una abreviatura, habitualmente médicos y enfermeras, la desarrollan como tal; el resto la deletrean habitualmente o, como hemos indicado, la leen por sílabas. Además, se podrían considerar como tecnicismos las siglas y abreviaturas del mundo sanitario y, en muchos ejemplos, solo las personas más vinculadas a este mundo son capaces de desarrollarlas; sin embargo, todas no son igualmente conocidas.

Esta segunda fase del análisis constituye solo una pequeña aportación al estudio de una de las características de los textos médicos. Queda mucho por hacer ya que son numerosos los aspectos que habría que estudiar en profundidad, sobre todo si tenemos en cuenta que, una conclusión de nuestro estudio, se basa en que no se vislumbran en nuestros documentos las características clásicas del lenguaje sanitario: objetividad, universalidad, homogeneidad, claridad y precisión. Sin embargo, observamos la presencia de construcciones propias del ámbito sanitario: sustantivos compuestos, formas híbridas en las siglas, epónimos, vacilaciones de mayúsculas y minúsculas, adjetivaciones muy abundantes y con matices especiales,....En efecto, queda mucho por hacer aún.

En suma, cada día los profesionales de la Sanidad española deben concienciarse de la necesidad de formación comunicativa que mejore su competencia lingüística, deben aumentar su grado de conocimiento lingüístico y usar la lengua de forma adecuada según la situación comunicativa.

Una buena información es necesaria para que fragüe el nuevo modelo de asistencia según el cual los facultativos han descubierto que la interacción con los pacientes produce mejores resultados y que es necesario animar al paciente a expresarse, mientras que los pacientes comprueban que, mediante la participación activa en su propio tratamiento, pueden mejorar más rápido o llevar una vida más satisfactoria y duradera. Los pacientes, asimismo, deberán aprender a preguntar y a expresarse adecuadamente así como a buscar información en otras fuentes como Internet, otros profesionales de la salud, organizaciones de pacientes, etc.

Por último, desde las Universidades se deberá realizar un esfuerzo para incluir en los planes de estudio de las carreras sanitarias cursos de información específicos en los que profesionales que estudian la lengua –lingüistas– enseñen a conocer mejor el lenguaje humano: cómo funciona, cómo se usa según el tipo de hablante y circunstancias que rodean a la comunicación, qué estrategias se pueden utilizar para que mejore la comunicación asistencial, de qué herramientas dispone el sanitario para incrementar el grado de comprensión de su interlocutor. En esta última línea ya se está trabajando en Estados Unidos donde en algunas universidades se han implantado cursos específicamente destinados a mejorar la comunicación y la relación médico-paciente.

En España, como hemos visto, se está comenzando a trabajar en esta línea y, en los últimos años, se están produciendo ciertos progresos en el ámbito de la medicina narrativa basada en utilizar como herramienta útil para el entrenamiento clínico (puesto en práctica en la entrevista clínica cuando el médico entra en contacto con el paciente que acaba de ingresar y éste le cuenta sus padecimientos) el aprendizaje de narrar y escuchar relatos para comprender las experiencias de los pacientes.

Los Organismos, en nuestro caso la Consejería de Salud, deben apoyar e impulsar todas estas propuestas para que se haga una investigación y una formación en comunicación desde la raíz –desde el estudio del lenguaje.

Ponemos énfasis, por último, en la idea de que la confección de los formularios y plantillas sea un trabajo de colaboración entre facultativos, documentalistas, informáticos, lingüistas y redactores, sobre todo. Para ello podría ser una buena opción el fomento de contratos de investigación (con empresas como Siemens u otras similares o con la propia Administración) y la creación de un departamento de redacción científica que se ocupe de la comunicación escrita en el ámbito sanitario, con especialistas en lenguaje médico-sanitario.

Este departamento podría estar inmerso en un área de Comunicación en la que se ocuparían de conseguir calidad en las comunicaciones resultantes del mundo sanitario; por ejemplo, búsqueda de herramientas que mejoren la comunicación con pacientes de Alzheimer y enfermedades neurológicas, problemas de interpretación y traducción, documentación escrita tanto de carácter informativo como divulgativo, etc. Y nada mejor que ser una Comunidad Autónoma pionera en estas innovaciones ya que, como con orgullo declaramos, se considera “la cuna del castellano”. Además, el gasto económico sería asequible ya que disponemos de la materia prima –el personal que produce la comunicación y el propio lenguaje- por lo que con un pequeño equipo de especialistas en lenguaje sanitario- se cumpliría el objetivo.





## **9. BIBLIOGRAFÍA**



## MINISTERIO DE SANIDAD:

Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Análisis de requerimientos del sistema. 11-05-2010 publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ARS.pdf>

Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Conjunto Mínimo de Datos en Informes Clínicos. 08-08-08. publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CMDIC.pdf>

Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Política de estándares y normalización de datos. Grupo de estándares y requerimientos técnicos (GERT) 24-03-08. publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/POL\\_EST.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/POL_EST.pdf)

Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Manual de procedimiento. 14-08-08 publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSENS\\_MP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSENS_MP.pdf)

Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Hoja de ruta publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HRIS.pdf>

Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud. Propuesta técnica para la puesta en marcha de un Piloto para el Intercambio de datos de Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS) basado en los servicios Web del SNS publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PT.pdf>

Área de recursos semánticos publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/home.htm>

Área de recursos semánticos. Lista de arquetipos (Recursos de modelado clínico) publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo

[http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/Lista\\_arquetipos\\_CMDIC\\_v1\\_20022014.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/Lista_arquetipos_CMDIC_v1_20022014.pdf)

Área de recursos semánticos. Clasificación de Servicios del CMBD/SIFCO 2010 publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo [http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/IIS\\_CLASER\\_220910\\_v2\\_1.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/IIS_CLASER_220910_v2_1.pdf)

Área de recursos semánticos. Descripción técnica del contenido del nomenclátor de prescripción de la Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo [http://listadomedicamentos.aemps.gob.es/Desc\\_Tecnica\\_Nomenclator.pdf](http://listadomedicamentos.aemps.gob.es/Desc_Tecnica_Nomenclator.pdf)

Área de recursos semánticos. Políticas de Normalización de Terminología. Principios y Estrategias de Interoperabilidad Semántica para los Sistemas de Información Clínicos del SNS publicado en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo [http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/FactoriaDocs/MSSSI\\_PNT\\_20140630.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/areaRecursosSem/FactoriaDocs/MSSSI_PNT_20140630.pdf)

Agencia de Calidad del SNS «Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud». Abril, 2007. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

III Plan de Salud de La Rioja, Gobierno de La Rioja 2015-2019, Riojasalud <http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/3-plan-salud.pdf>

II Plan de Salud de La Rioja, Gobierno de La Rioja 2009-2013, Riojasalud [http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/2\\_plan\\_salud\\_la\\_rioja\\_2009-2013.pdf](http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/2_plan_salud_la_rioja_2009-2013.pdf)

Anuario Estadístico de La Rioja. La Rioja en cifras 2014, Instituto de Estadística de La Rioja, Gobierno de La Rioja, 269-308 <https://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=820876>

Indicadores Básicos de La Rioja 2014, Gobierno de La Rioja, Instituto de Estadística de La Rioja, 2014

[https://www.larioja.org/npRioja/cache/documents/848416\\_Indicadores\\_Basicos\\_2014.pdf?idtab=848269](https://www.larioja.org/npRioja/cache/documents/848416_Indicadores_Basicos_2014.pdf?idtab=848269)

Valoración de la Consejería de Salud y Servicios sociales sobre el informe “La verdad sobre la sanidad en La Rioja” elaborado por la Federación de servicios públicos de UGT La Rioja  
<http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/valoracion-informe-sanidad.pdf>

La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD – Registro de altas. Informe resumen 2010, en Información Sanitaria e Innovación, INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICAS SANITARIAS 2012 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD  
[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Hospitalizacion\\_SNS\\_CMBD\\_Informe2010.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Hospitalizacion_SNS_CMBD_Informe2010.pdf)

#### LEYES:

Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, BOE, 10 de febrero de 2015; 10789-10809  
<https://www.boe.es/boe/dias/2015/02/10/pdfs/BOE-A-2015-1235.pdf>  
<https://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=724659&tipo=2&fecha=2011/07/07&referencia=894235-1-HTML-434530-X>

*Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.* Boletín Oficial del Estado, 8 de febrero de 2014; 10915-10948

Decreto 50/2011, de 6 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Servicios Sociales y sus funciones en desarrollo de la Ley 3/2003, de 3 de marzo de Organización del Sector Público de la Comunidad Autónoma de La Rioja, BOR, nº 89, 7 de julio de 2011

Decreto 52/2011, de 6 de julio, por el que se establece la estructura orgánica y funciones de la Gerencia del Servicio Riojano de Salud, BOR nº 89, 7 de julio de 2011

<https://ias1.larioja.org//cex/sistemas/GenericoServlet?servlet=cex.sistemas.dyn.portal.ImgServletSis&code=oumCvWIgBUF6lChv9ZDgP%2FhXhSM%2FFmcHOftihi8JKfjApHyqPVxRs oD%2BHW0E2YV6LEXZYSr1AOHw%0AqZ6fthFEjoD9WzypAaWe&&&>

Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Boletín Oficial del Estado, 16 de septiembre de 2010; 78742-67.

Real Decreto 2032/2009, de 30 de diciembre publicado en el Boletín Oficial de España (BOE) núm.18, de 21/01/2010, por el que se establecen las unidades legales de medida

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. «BOE» núm. 178, de 27 de julio de 2006

Modificación de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios”.

BOE núm.274. 22188 LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información del paciente y de información y documentación clínica.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE 298. Páginas 43088 a 43099.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 35 pag 4538-43

Ley del Medicamento (25/1990, de 20 de diciembre). BOE n.o 306, 22 de diciembre de 1990  
Reforma del procedimiento de registro de especialidades farmacéuticas (Real Decreto 424/1988 de 27 de diciembre). BOE nº 108, 5 de mayo de 1988

Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril). BOE n.o 102, 29 de abril de 1986.

Ley 3/1985, de 18 de marzo, de Metrología y el Real Decreto 2032/2009, de 30 de diciembre publicado en el Boletín Oficial de España (BOE) núm.18, de 21/01/2010

Mensajes publicitarios referidos a medicamentos y determinados productos sanitarios (Orden de 10 de diciembre). BOE nº 302, 18 de diciembre de 1985.

Orden de 6 septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad y Consumo por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE 221 del 14 septiembre de 1984; 26685-26686

Material de acondicionamiento de las especialidades farmacéuticas de uso humano, no publicitarias (Orden de 15 de julio). BOE nº 186, 5 de agosto de 1982.

Real Decreto 2730/1981 de 19 de octubre, del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, sobre registro de las especialidades farmacéuticas publicitarias. En: Legislación española del medicamento. Madrid: Farmaindustria, 1991; 395-397.

Recomendaciones para prevenir los errores por confusión en los nombres de los medicamentos.

<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20nombres%20ISMP-Espana.pdf>

### OBRAS GENERALES:

ABAD GARCÍA, M.F. y ALEIXANDRE BENAVENT, R. (1995): “Descriptores en MEDLINE para la recuperación de información científica en documentación clínica hospitalaria”, *Papeles Médicos*; 3, pp. 13-16.

ABAD NEVOT, F. (1986): *Diccionario de lingüística de la escuela española*, Madrid, Gredos.

ABBOTT CIENTÍFICA, S.A. Siglas. Abbott Científica.  
[www.abbottdiagnostics.es/siglas/siglas.asp](http://www.abbottdiagnostics.es/siglas/siglas.asp)

ABREU, J.M. (1997): “Las siglas y los acrónimos en el lenguaje técnico”, en *Actas III Simposio Iberoamericano de Terminología (San Millán de la Cogolla [La Rioja, España])*. Barcelona: IULA, Servei de Llengua Catalana, Cindoc, pp. 19-27.

- ABREU, M.A. y García Bueno, M.J. (1995): "Efecto booster o efecto empuje: mejor un anglicismo que una traducción confusa". *Medicina Clínica*; Barcelona, 105: 799.
- ABREU, M.A. (1994), "Informe de alta hospitalaria en el servicio de urgencias". *Medicina Clínica*; Barcelona, 102, p. 677.
- AGUADO DE CEA, G. (1995): "Las siglas y otras abreviaciones en el campo informático", *V Encuentros Complutenses sobre Traducción*, Madrid, Universidad Complutense.
- AGUAYO-ALBASINI, J.L. y GARCÍA GARCÍA, M<sup>a</sup>L. (2014): "Sobre la importancia del informe de alta hospitalaria, Cartas al director", *revista Cirugía española*, 92 (8), pp. 574-6. <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sobre-importancia-del-informe-alta-90346868>
- AGUILAR RUIZ, M.J. (2013): "Las normas ortográficas y ortotipográficas de la nueva Ortografía de la lengua española (2010) aplicadas a las publicaciones biomédicas en español: una visión de conjunto". *Panace@*, vol. XIV, n<sup>o</sup>37, pp. 101-120.
- ALBA DE DIEGO, V. (1973): "Marcas, abreviaciones y siglas en el lenguaje publicitario", *Prohemio*, IV-3, pp. 349-378.
- ALBALADEJO MAYORDOMO, T. (2001): "Retórica y propuesta de realidad. La ampliación retórica del mundo", *Tonos Digital, Revista electrónica de estudios filológicos* n<sup>o</sup> 1.
- ALBEROLA CUÑAT, V. (2012): *Colección de siglas y términos médicos en una historia clínica electrónica*. Valencia: Tirant.
- ALCARAZ ARIZA, M.A. (2002): "Los epónimos en medicina". *Ibérica* 4, pp. 55-73. [www.aelfe.org/documents/text4-Alcaraz.pdf](http://www.aelfe.org/documents/text4-Alcaraz.pdf)
- ALCARAZ ARIZA, M.A. y NAVARRO F.A. (1997): "¿Cuál es la causa de los anglicismos médicos?" *Actas Dermosifiliográficas*; 88, pp. 694-695.
- ALCARAZ ARIZA, M.A. (1995): *Anglicismos en el lenguaje de las ciencias médicas*. Alicante, Universidad de Alicante.
- ALCARAZ VARÓ, E.; MATEO MARTÍNEZ, J. y YUS RAMOS, F. (eds.) (2007): *Las lenguas profesionales y académicas*, Barcelona, Ariel/Iulma.
- ALCARAZ VARÓ, E. y MARTÍNEZ LINARES, M<sup>a</sup>.A. (1997): *Diccionario de lingüística moderna*. Barcelona, Ariel.
- ALEIXANDRE-BENAVENT, R.; VALDERRAMA ZURIÁN, J.C.; BUENO-CAÑIGRAL, F.J., (2015): "Utilización adecuada del lenguaje médico: principales problemas y soluciones", *Revista Clínica Española*. vol. 215, n<sup>o</sup> 7, pp. 396-400.



- ALEIXANDRE BENAVENT, R.; ALBELDA VIANA, R.; FERRER CASANOVA, C.; CARSÍ VILLALBA, E.; PASTOR BARBERÁ, J.Á.; CERVERA MOSCARDÓ, J.B. (2006): "Uso y abuso de abreviaturas y siglas entre atención primaria, especializada y hospitalaria". *Papeles Médicos*; 15 (2), pp. 29-36. [http://www.sedom.es/3\\_papeles/15\\_2/art\\_3.pdf](http://www.sedom.es/3_papeles/15_2/art_3.pdf)
- ALEIXANDRE BENAVENT, R.A.; AMADOR ISCLA, A. (2002): "Problemas del lenguaje médico actual (III). Gramática y estilo", *Papeles médicos* 11 (1), pp. 18-23.
- ALEIXANDRE BENAVENT, R.; AMADOR ISCLA, A. (2001a): "Problemas del lenguaje médico actual (II): abreviaciones y epónimos". *Papeles Médicos*; 10, pp. 170-176.
- ALEIXANDRE BENAVENT, R.; AMADOR ISCLA, A. (2001b): "Problemas del lenguaje médico actual (I). Extranjerismos y falsos amigos", *Papeles médicos* 10 (3), pp. 144-149.
- ALEIXANDRE BENAVENT R.; AMADOR ISCLA, A. (1997): "Vicios del lenguaje y defectos del estilo científico en las comunicaciones del IV Congreso Nacional de Documentación Médica". *Papeles médicos* (6), pp. 5-13.
- ALEIXANDRE, R; PORCEL, A; AGULLÓ, A; MARSET, S. (1995a): "Vicios del lenguaje médico (I). Extranjerismos y acrónimos". *Atención Primaria*; 15, pp. 113-118.
- ALEIXANDRE, R; PORCEL, A; AGULLÓ, A; MARSET, S. (1995b): "Vicios del lenguaje médico (y II). Pleonasmos, solecismos, sinécdoques, deshumanización y otros problemas". *Atención Primaria*; 15, pp. 184-188.
- ALEMÁN LAGE, M.C. et al. (2009): "El doble propósito del informe de alta en el hospital Hermanos Ameijeiras", *Revista Cubana de Salud Pública* vol. 35, nº 3.
- ALEZA IZQUIERDO, M. (2012): "Signos ortográficos, ortotipografía y normas actuales" (2.<sup>a</sup> ed.), anejo del número 2 de *Normas. Revista de Estudios Lingüísticos Hispánicos*. [www.uv.es/normas/2012/ANEJOS/Signos\\_2012.pdf](http://www.uv.es/normas/2012/ANEJOS/Signos_2012.pdf)
- ALFARO, V. (2009): "El redactor de textos médicos en las empresas farmacéuticas", en *La redacción médica como profesión. Qué es y qué hace el redactor de textos médicos*, Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve nº 17, Barcelona, pp. 7-21.
- ALGEO, J. (1973): "Acronyms", *American Speech*, 48/ 3-4, pp. 269-274.
- ALMELA PÉREZ, R. (1999): *Procedimientos de formación de palabras en español*. Barcelona, Ariel.
- ALMENDRO PADILLA, C. et al. (2013): "El riesgo y su comunicación a los pacientes para la toma de decisiones en salud". *SEMERGEN-Medicina de Familia*. vol. 39 (7), pp. 386-390.

- ALONSO CLAUDIO, G.; PASTOR ENCINAS, I. (2004): *¿Por qué lo llaman “severo” cuando quieren decir “grave”?* *Medicina Clínica*, Barcelona, 122 (13). <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/por-que-lo-llaman-severo-cuando-quieren-13060187-cartas-al-editor-2004>
- ALONSO-FERNÁNDEZ, P.; WU LAI, T.I.; GARCÍA-SALMONES, M.; SAAVEDRA, B.; GARCÍA SALGUERO, C.; MERINO, P. (2015): “*Clostridium difficile*, ¿están todos los que son?” *Revista de calidad asistencial*, vol. 30, Nº. 2, pp. 79-85.
- ALONSO PEDRAZ, M. (1978): *Diccionario del español moderno*, Madrid, Aguilar.
- ALPÍZAR CASTILLO, R. (1990): *Traducción y terminología científica en Cuba*. La Habana: Científico-Técnica.
- ALPÍZAR CASTILLO, R. (1982): *El lenguaje de la medicina: usos y abusos*. La Habana: Científico-Técnica.
- ALVAR EZQUERRA, M. (1996): *La formación de palabras en español*. Madrid. Arco/Libros.
- ALVAR EZQUERRA, M. y MIRÓ, A. (1983): *Diccionario de siglas y abreviaturas*. Madrid, Alhambra.
- ÁLVAREZ BLANCO, J.M. (2001): “Calcos científico-técnicos: entre la precisión y la confusión. La www como instrumento de medida de su uso”, *Panace@*, vol. 2 nº 5, septiembre 2001, pp. 31-35.
- AMADOR ISCLA, A. (2003): “Los problemas del lenguaje técnico en la literatura médica actual”, *El médico interactivo Diario Electrónico de la Sanidad* (medynet.com/elmedico) nº 892. [www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/.../lenguaje.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/.../lenguaje.htm)
- AMAT NOGUERA, N. (1987): *Documentación científica y nuevas tecnologías*. Madrid, Pirámide.
- ANÓNIMO. “Normas de revisión”. Documento de uso interno de la sección de medicina de la editorial Salvat. Barcelona, sin fecha.
- ANÓNIMO. (1995): “El creciente deterioro del lenguaje médico [editorial]”. *Jano*; 49, pp. 801.
- ANÓNIMO. (1965): “El lenguaje que empleamos los médicos”. *Antioquia Médica*; 15, pp. 457-458.
- ARAGONÉS LUMERAS, M. (2012): “La hibridación de los géneros: ¿un espejismo?” *Panace@*, vol. XIII, nº. 36, pp. 299-304.

- ARENAS, M.A. (1996): “Cómo procesa el cerebro humano información lingüística para producir comunicación eficiente: un modelo sicolingüístico”. *Thesaurus: Boletín del Instituto Caro y Cuervo*, tomo LI, nº 2, pp. 298-300.
- ARMIJO, J.A.; MEDIAVILLA, A. dirs. (2013): *Farmacología humana* (2.a edición). Barcelona: Masson-Salvat; pp. 75-97.
- ARMIJO, J.A. (1992): “Leyes generales y aplicaciones de la farmacocinética” en: FLÓREZ, J.; ARRANZ, M. (1995): “Palabras clave, descriptores y recuperación de la información”. *Gaceta Sanitaria*; 9, pp. 321-322.
- ASCENCIO HUERTAS, L. et al (2013): “La comunicación de “las malas noticias” en cuidados paliativos”. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12 (4), pp. 276-279. [http://www.smeo.org.mx/gaceta/2013/GAMOV12\\_4\\_2013.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/2013/GAMOV12_4_2013.pdf)
- ASENSI-PÉREZ, J. et al. (2008): “El lenguaje médico y quirúrgico”. *Cirugía Española*, vol. 84, nº1.
- ATIENZA, M.P. (2001): “Evaluación de la calidad de los Informes de Alta en un hospital comarcal”, en *Todo hospital*, Nº 180, pp. 635-638.
- ÁVILA DE TOMÁS, J.F.; VEIGA PAULET, J.A. (2002): “Legibilidad de la información sanitaria dada a los usuarios”. *Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria* Nº 1 vol. 4 marzo 2002, pp. 43-45.
- AZPIAZU TORRES, S. (2010): “Sobre el “complejo científico” del lingüista y los retos de una “Lingüística integral y pragmática” en el mundo actual” en Querol Bataller, M. (ed.). *El futuro de las Humanidades II* volumen de artículos en homenaje al profesor D. Ángel López García. Valencia, pp. 19-33. <http://www.angellopezgarcia.es/libro/azpiazu.pdf>
- AZURMENDI M. (1990): “Enfermedad y metáfora”, *Literatura y enfermedad*; 8-9, pp. 58-61.
- BALLIU, Ch. (2001): “El peligro de la terminología en traducción médica”. *Panace@*, vol. 2 nº4, pp. 30-39.
- BALDOCEDA ESPINOZA, A. (2006): “Apuntes sobre abreviaciones” en el libro *Ortografía de la Lengua Española*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Letras, vol. 77, pp. 111-112.
- BALLESTEROS FERNÁNDEZ, A. (2003): “El lenguaje de los médicos”, *El médico interactivo. Diario Electrónico de la Sanidad* (medynet.com/medico) nº 892, 10. [www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/.../lenguajemedico.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/.../lenguajemedico.htm)
- BAÑOS, J.E.; GUARDIOLA, E. (2001): “Abreviaturas, siglas y acrónimos”. En: *El dolor del lenguaje*. Barcelona: Permanyer; pp. 37-52.

- BAÑOS J.E.; GUARDIOLA E. (1996a): “Dolor severo y analgésicos narcóticos”. *Dolor*; 11, pp. 33-34.
- BAÑOS J.E.; GUARDIOLA E. (1996b): “Abreviaturas, siglas y acrónimos ¿El dolor "añadido" al lenguaje?” *Dolor*; 11, pp. 97-99.
- BARCIA GOYANES, J. (1980): “Expresiones y términos incorrectos en las ciencias neurológicas”. *Medicina Española*; 79, pp. 377-382.
- BARONA, J.L. (2004): “Hacer ciencia de la salud: los diagnósticos y el conocimiento científico de las enfermedades”. *Panace@*, vol. V nº 15, pp. 37-44.
- BARRAJÓN LÓPEZ, E.: “El español de la Medicina y de las Ciencias de la Salud”. Publicación web: [rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14909/1/Presentación\\_tema1.ppt](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14909/1/Presentación_tema1.ppt)
- BATISTA MIRANDA, J.E.; SEGARRA TOMÁS, J.; SOLÉ BALCELLS, F.J. (1991): “Sobre la nomenclatura en inglés y castellano de sondas y otros instrumentos urológicos”. *Archivos Españoles de Urología*; 44, pp. 225-226.
- BELTRÁN GARCÍA, M.; SALAS TURRENS, J.; GUERRERO AZNAR, M.D.; CORRAL BAENA, S. (2004): “Utilización del CMBD como herramienta para la detección de acontecimientos adversos a medicamentos”, en *Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, vol. 28, Nº. 4, pp. 258-265.
- BENEDETTO MATTIA, F. (2003): *Elsevier's Dictionary of Acronyms, Initialisms, Abbreviations and Symbols*, Elsevier, Amsterdam.
- BERGDOLT, K. (2003): “Auctoritas y experimentum. Vesalia, un mediador entre scientia y studia humanitatis”, *Ars medica, Revista de estudios médico humanísticos* vol. 7 nº 7, pp. 33-43, Universidad de Chile. [www.worldcat.org/.../auctoritas-y-experimentum...u.../55967756](http://www.worldcat.org/.../auctoritas-y-experimentum...u.../55967756)
- BERRENDONNER, A. (1987): *Elementos de Pragmática Lingüística*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- BERMÚDEZ POLONIO, R. (1983): “Comentarios acerca de las abreviaciones y la otorrinolaringología”. *Anales Otorrinolaringológicos Ibero Americanos*; 10, pp. 303-317.
- BEZOS LÓPEZ, J. (2012a): Las notaciones científicas en la Ortografía académica. Publicación web: [http://www.tex-tipografia.com/ortografia\\_notaciones.html](http://www.tex-tipografia.com/ortografia_notaciones.html)
- BEZOS LÓPEZ, J. (2012b): La RAE y los estándares internacionales. Publicación web [http://www.tex-tipografia.com/rae\\_estandares.html](http://www.tex-tipografia.com/rae_estandares.html)
- BEZOS LÓPEZ, J. (2011a): *Breves: espíritu de las normas internacionales, símbolos frente a abreviaturas*. Publicación web [http://www.textipografia.com/general\\_breves.html](http://www.textipografia.com/general_breves.html)

- BEZOS LÓPEZ, J. (2011b): *La ortografía académica del 2010. Comentarios sobre la última edición de la obra*. Publicación web [http://www.tex-tipografia.com/ortografia\\_academias\\_2010.html](http://www.tex-tipografia.com/ortografia_academias_2010.html)
- BEZOS LÓPEZ, J. (2008): *Tipografía y notaciones científicas*. Gijón: Trea.
- BEZOS LÓPEZ, J. (2007): “Reflexiones abreviadas”, *Donde dice... Boletín de la Fundación del Español Urgente*, 6, pp. 10-13. <http://www.fundeu.es/revistas/>
- BEZOS LÓPEZ, J. (s. d.): *Ortotipografía y notaciones matemáticas* (8.ª ed.). Publicación web <http://www.tex-tipografia.com/archive/ortomatem.pdf>
- BLAIR, R.J.R.; CIPOLOTTI, L. (2000): “Impaired social response reversal. A case of ‘acquired sociopathy’”, *Brain* 123, pp. 1122-1141.
- BLANCO PÉREZ, A. y GUTIÉRREZ COUTO, U. (2002): “Legibilidad de las páginas web sobre salud dirigidas a pacientes y lectores de la población general”. *Revista Española de Salud Pública* [online], vol.76, n.4, pp. 321-331.
- BOLANT, A.; GONZALBO, M.; PÉREZ, I.; RENAL, J. (1999): “Generación del informe de alta: aplicación informática”. *Gestión Hospitalaria*; 10, pp. 103-13.
- BORRELL I CARRIÓ, F. (2004): “Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas”, *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)*, Barcelona. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/javiercontreras/2010/08/05/entrevista-clinica-manual-de-estrategias-practicas-borrell-i-carrio-francesc/>
- BOVÉ, R.; CERVERA, R.; GALOFRÉ, J. (1989): “Prevalencia del latín en el lenguaje científico”. *Medicina Clínica*, Barcelona,93, pp. 705-708.
- BOVÉ, R.; RIBAS MUJAL, D.; RUANO GIL, D. (1986): “La influencia helénica en el lenguaje médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 83, pp. 209-213.
- BRAIER, L. (1986): *Diccionario enciclopédico de medicina JIMS* (4.a edición), Barcelona.
- BROGGI TRIAS, M.A. (2003): “Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica”. *Medicina Clínica* vol. 121, nº 18, p. 22.
- BROGGI TRIAS, M.A. (1991a): “Comités de ética hospitalarios”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 96, pp. 617-618.
- BROGGI TRIAS M.A. (1991b): “¿Comités éticos o comités de ética?” *Medicina Clínica*, Barcelona; 97, p. 438.
- BUENAGA RODRÍGUEZ, M.; GÓMEZ HIDALGO, J.M. (2006): “Acceso inteligente a la información: aplicaciones en biomedicina”, Departamento de Sistemas Informáticos Universidad Europea de Madrid, VI Workshop REBIUN sobre proyectos digitales: *Las bibliotecas digitales en el espacio global compartido* Madrid 19 y 20 de octubre de 2006.

- BURILLO-PUTZE, G.; BUSCA OSTOLAZA, P.; GONZÁLEZ ARMENGOL, J.J.; MIRÓ, Ó. (2011): “Urgencias e informes de alta hospitalaria”, *Medicina Clínica*, 2011, vol.136 (15), p. 699.
- BUXADE MARTI, I.; CANALS INNAMORATI, J.; MONTERO ALCARAZ, J.C.; BOLIBAR RIBAS, I. (2002): “El informe de alta hospitalaria en atención primaria (II). Opinión y satisfacción de los médicos de familia”, *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, vol. 30, Nº 9, pp. 561-566.
- BUXADE MARTI, I.; CANALS INNAMORATI, J.; MONTERO ALCARAZ, J.C.; PÉREZ GALINDO, J.; BOLIBAR RIBAS, I. (2000): “El informe de alta hospitalaria en atención primaria (I). Análisis de su utilidad”, *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, vol. 25, Nº 6, pp. 383-388.
- CABAÑAS, J.G.; SCHOLER, M.; TINTINALLI, J. (2009): “Informática en Medicina de Urgencias y Emergencias: gestión de la información y aplicaciones en el siglo XXI”, *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, V. 21, Nº. 5, pp. 354-361.
- CABEZAS CLAVIJO, A. (2010): “El español como idioma científico: salto al vacío o salto a la red”. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*, nº 34.
- CABRÉ, M.T.; LORENTE, M. (2004): “Panorama de los paradigmas en lingüística”, *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*, V. Ciencias exactas, naturales y sociales, coordinador por A. Estany, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- CABRÉ, M.T.; ESTOPÀ, R. (ed.). (2003): *Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud*, IV Actividades de IULATERM Verano (7-17 de julio de 2003).
- CALLE, J.E.; SARTURNO, P.J.; PARRA, P.; RÓDENAS, J.; PÉREZ, M.J. (2000): “Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals”. *European Journal of Epidemiology*; 16 (11), pp. 1073-1080.
- CALVET, J.L. (1980): *Les Sigles*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CAMPOS ANDRÉS, O. (2013): “La comunicación entre médicos y pacientes con perspectiva de género...textual”. *Panace@*, vol. XIV, nº 37, pp. 132-133.
- CAMPOS ASENSIO, C. (2010): “Recursos de información en medicina: presente y perspectivas de futuro”. *Revista Clínica Española* 210 (11), pp. 573-579.
- CANTERA ORTIZ DE URBINA, J. (1997): Prólogo a NAVARRO, F.A. *Traducción y lenguaje en medicina*, Barcelona, Fundación Dr. Antonio Esteve.  
[http://cvc.cervantes.es/lengua/hieronymus/pdf/06\\_07/06\\_07\\_169.pdf](http://cvc.cervantes.es/lengua/hieronymus/pdf/06_07/06_07_169.pdf)



- CÁRDENAS, M. (2010): “Los dislates en los escritos médicos”. *Archivo de Cardiología de México*, vol. 80, n° 4. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402010000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402010000400016&script=sci_arttext)
- CARDERO, A.M.<sup>a</sup> (2002): “Las terminologías y los procesos de acortamiento: abreviaturas, acrónimos, iniciales y siglas. Algunas puntualizaciones”, en *Actas del VIII Simposio Iberoamericano de Terminología*. Cartagena de Indias.
- CARDONA, G.R. (1991): *Diccionario de Lingüística*, Barcelona, Ariel.
- CARO ARAGONÉS, I.; RIBERA MONTAÑA, R. (1995): “Administración cerebroespinal: terminología”. *Farmacia Hospitalaria* 1995; 19, pp. 124-125.
- CARRASCO, G.; LORENZO, S.; SANTIÑA, M. (2011): “Manual de estilo de la Revista de Calidad Asistencial. Guía obligatoria para nuevos autores”. *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 26 (2). <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/manual-estilo-revista-calidad-asistencial-guia-obligatoria-90002934-articulo-especial-2011?bd=1>
- CARRÉ LLOPIS, M.C.; JIMÉNEZ VILLA, J. (1996): “Abreviaciones en el mundo de los medicamentos ¿un problema de comunicación?”, *Farmacia Clínica*; 13, p. 78.
- CARRÉ LLOPIS, M.C.; JIMÉNEZ VILLA, J. (1995): “Abreviaturas, siglas y acrónimos en el mundo de los medicamentos”. *Farmacia Clínica*; 12, pp. 62-75.
- CARRERA, O.G. (1960): “El barbarismo en medicina”. *Manuales UTEHA*, n.º 40. Méjico: UTEHA.
- CARRETERO GONZÁLEZ, C.; DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, F. (2013): “La comunicación del lenguaje médico desde la perspectiva de la responsabilidad legal”, en F. De Montalvo Jääskeläinen (Dir.), *La Medicina ante el Derecho. Problemas de lenguaje y de riesgo profesional*, pp. 43-75, Dykinson, Madrid, julio de 2013.
- CASADO VELARDE, M. (1985a): “Acortamientos léxicos en el español actual”, *Tendencias en el léxico español actual*. Madrid, Coloquio, pp. 81-91.
- CASADO VELARDE, M. (1985b): “Creación léxica por acronimia”, *Tendencias en el léxico español actual*. Madrid, Coloquio, pp. 43-69.
- CASADO VELARDE, M. (1979a): "Creación léxica por acronimia en el español actual", *Español Actual*, 35-36, pp. 35-43.
- CASADO VELARDE, M. (1979b): “Creación léxica mediante siglas”, *Revista Española de Lingüística*, 9, pp. 67-88.
- CASARES, J. (1959): *Diccionario ideológico de la lengua española* (2ª edición, 1990). Barcelona: Gustavo Gili.

- CASAS MARTÍNEZ, M.L.; ZEPEDA LÓPEZ, M.G. (2012): “Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los pacientes: Experiencia de 8 años en un hospital público”, *Revista CONAMED*, vol. 17, Nº. 3, pp. 120-125.
- CASTILLO GARZÓN, M.J. (2004): “Comunicación: medicina del pasado, del presente y del futuro”. *Revista Clínica Española* 204 (4), pp. 181-184.
- CASTIÑEIRAS, J.; LÓPEZ, A.; RODRÍGUEZ-RUBIO, F. (1994): “Sinónimos, antónimos y... parónimos de las lesiones uroteliales. Evolución histórica del concepto”. *Actas Urológicas Españolas*, 18, pp. 921-923.
- CATALÁN MATAMOROS, D. (2010): “Técnicas de comunicación para la prevención y el control de enfermedades”. *Revista Española de Comunicación en Salud* 1(1), pp. 50-65.
- CATONI, J. (1975): “De la jerga médica: comentario filológico”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Córdoba*; 33, pp. 103-106.
- CENTENO CORTÉS, C.; NÚÑEZ OLARTE, J.M. (1998): “Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 110(19). <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estudios-sobre-comunicacion-del-diagnostico-2418>
- CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P.J. (2005): “La metáfora (semántica y pragmática)”, *Teoría, Crítica e Historia, Proyecto Ensayo Hispánico: Retórica*. <http://www.ensayistas.org/critica/retorica/chamizo/index.htm>
- CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P.J. (2004): “La función social y cognitiva del eufemismo y del disfemismo”. *Panace@*, vol. V, nº 15, pp. 45-51.
- CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P.J. (1992): “Procesos mentales y metáforas corporales”. *Logos: anales del Seminario de Metafísica*, nº extra 1, pp. 839-852.
- CHANG, J.T.; SCHÜTZE, H.; ALTMAN, R.B. (2002): “Creating an Online dictionary of abbreviations from MEDLINE”. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, Nov-Dec, 9(6), pp. 612-620.
- CLAVERO, J. (1991): “Información, el reto del cambio sanitario en los 90”. *Jano*, vol. XLI, 973, pp. 59-76. Nov. 1991.
- CONESA, A.; MUÑOZ, R.; TORRE, P.; GELABERT, G.; CASANELLAS, J.M.; TRILLA, A.; ASENJO, M.A. (2003): “Evaluación de los informes de asistencia de urgencias como instrumento de gestión de la información clínica”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 24;120(19), pp. 734-6.



CONTHE GUTIÉRREZ, P.; MÁRQUEZ CONTRERAS, E.; ALIAGA PÉREZ, A.; BARRAGÁN GARCÍA, B.; FERNÁNDEZ DE CANO MARTÍN, M.N.; GONZÁLEZ JURADO, M.; OLLERO BATURONE, M.; PINTO, J.L. (2014): “Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro”. *Revista Clínica Española*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.008>

CONTHE GUTIÉRREZ, P.; GARCÍA ALEGRÍA, J.; PUJOL FARRIOLS, R.; ALFAGEME MICHAVILLA, I. et al. (2010a): “Consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 134, pp. 505-510.

CONTHE GUTIÉRREZ, P. (2010b): “SEMI, en la sociedad científica del siglo XXI: lo que hemos hecho en el año 2009 y lo que vamos a hacer en el 2010”, *Revista Clínica Española: publicación oficial de la Sociedad Española de Medicina Interna*, vol. 210, Nº. 1, pp. 28-32.

CONTRERAS POZA, L. (1982): “La Torre de Babel del léxico sanitario”. *Revista de sanidad e higiene pública*, 56, pp. 311-340.

CORRAL GUDINO, L.; BORAO CENGOTITA-BENGOA, M. (2009): “Sobre el uso apropiado de los prefijos. El caso de los términos anti e hipocoagulación”. *Revista Clínica Española*, 209(11), pp. 573-574. <http://www.revclinesp.es/en/sobre-el-uso-apropiado-los/articulo/S001425650973070X/>

CORREIA, M. (2005): “El lenguaje en la medicina”. *Panace@*, vol. VI, nº 21-22, pp. 433-434.

CORTABITARTE CRUZ, J. (2013): “Errores de medicación con fármacos antineoplásicos”, *Escuela Universitaria de Enfermería*, Universidad de Cantabria, Junio 2013. <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2995/CortabitarCruzJ.pdf?sequence=1>

COSERIU, E. (1978): “El estudio funcional del vocabulario (compendio de lexemática)”, *Gramática, semántica, universales*. Madrid, Gredos, pp. 206-238.

COSTA ALCARAZ, A.M.; SIURANA APARISI, J.C. et al. (2011): “Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente”. *Revista Clínica Española*, 211(11), pp. 581-586.

CURIEL, J.; ESTÉVEZ, J. (2000): “La normalización de la historia clínica”. En: CURIEL J, ESTÉVEZ J, editores. *Manual para la gestión sanitaria y la historia clínica hospitalaria*, Madrid: Editores Médicos S.A.

DAL-RE, R.; MORELI, F.; TEJEDOR, J.C.; GRACIA, D. (2014): “El equívoco terapéutico en los ensayos clínicos: combatirlo y convivir con él”, *Revista Clínica Española*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.03.013>

- DAL-RE, M.A.; HURTADO, M.A.; IRAZAZÁBAL A.; GONZÁLEZ, M.C.; PÁRRAGA, M. (1985): “Propuesta de unificación de las denominaciones comunes internacionales de las sustancias farmacéuticas en lengua española”, *Anales Real Academia Farmacia*, 51, pp. 289-300.
- DARRIBA RODRÍGUEZ, P. (1999): “Las metáforas en el lenguaje hospitalario”, *Cultura de los cuidados*, 2º semestre, Año III, nº 6, pp. 55-58.
- DE LA RIVA FORT, J.A. (2013): “Términos en observación. Análisis de las menciones a la Real Academia Española encontrados en el Diccionario de términos médicos”, *Panace@*, vol. XIV, nº 37, primer semestre 2013, pp. 53-55.
- DE LA RIVA FORT, J.A. (2012): “La relación médico-paciente desde un punto de vista jurídico”. *Panace@*, 2012, vol XIII, nº36, pp. 356-357. <http://tremedica.org/panacea.html>
- DE LA RIVA FORT, J.A. (2011): “Cuatro herramientas para cuatro actividades profesionales”. *Panace@*, vol. XII, nº33, pp. 89-97.
- DELÁS AMAT, J. (2005): “Lenguaje médico y ética”. *Medicina Clínica*, Barcelona, vol. 124(9). <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/lenguaje-medico-etica-13072431-cartas-al-editor-2005>
- DELÁS AMAT, J. (2004): “Calidad de la información de los informes de asistencia en urgencias, Cartas al director”, *Medicina Clínica*, Barcelona, 122 (14), pp. 555-559.
- DELÁS AMAT, J. (2002): “Informes clínicos. Manual d’estil”, *Metodología: 2*, Edicions Universitat de Barcelona, Barcelona.
- DELÁS AMAT, J. (1998): “Tecnología informática aplicada a los pacientes ingresados”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 110 (5). <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-tecnologia-informatica-aplicada-los-pacientes-2225>
- DELGADO SÁNCHEZ, M.J.; ROLLÓN-MAYORDOMO, A.; SALAZAR-FERNÁNDEZ, C.I.; JOSHI-OTERO, J. y COELLO SUANCES, J.A. (2012): “Modelo y cumplimentación de alta hospitalaria de la unidad de gestión clínica de cirugía oral y maxilofacial. Cómo mejorarlo”, *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, Sevilla, 34 (3), pp. 111-7.
- DÍAZ CORTÉS, M.M. (2011): “Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda”. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 2(1), pp. 55-61.
- DÍAZ ROJO, J.A. (2004): “El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos”. *Panace@*, vol. V nº15, pp. 30-36.
- DÍAZ ROJO, J.A. (2001a): “La terminología médica: diversidad, norma y uso”. *Panace@*, vol. 2 nº4, pp. 40-46.

DÍAZ ROJO, J.A. (2001b): “Nociones de neología. El prefijo des-”. *Panace@*, vol.2, nº6, pp. 83-84.

DÍAZ ROJO, J.A. (2001c): “Nociones de neología. Los sufijos –oides, -oide, -oideo, -oidal y –oídico en terminología médica”. *Panace@*, vol.2, nº3, pp. 67-70.

DÍAZ ROJO, J.A. (2001d): “Nociones de neología. La formación de derivados y compuestos a partir de nombres propios de personas”, *Panace@*, vol. 2, nº 5, septiembre 2001, pp. 25-30.

DÍAZ ROJO, J.A. (2000a): “Nociones de neología”, *Panace@*, vol. 1, nº 1, septiembre 2000, pp. 13-14.

DÍAZ ROJO, J.A. (2000b): “Nociones de neología, Las raíces griegas –génesis, -genesia y –genia en la terminología médica”, *Panace@*, vol. 1, nº 2, diciembre 2000, pp. 55-56.

DÍAZ ROJO J.A. (1995): “¿Qué hacer con los extranjerismos lingüísticos?”, *Medicina Clínica*, Barcelona, 104, pp. 278-279.

*Diccionario de lingüística de la escuela española* (1986): Madrid, Gredos. Prólogo de Rafael Lapesa.

*Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias* (2003): Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/diccionarioSiglasMedicas.pdf>

*Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas*. SEDOM  
<http://www.sedom.es/diccionario/> (Diccionario de Siglas Médicas editado por el MSC)

*Diccionario de epónimos clínicos* (1968): Barcelona: Dr. Esteve.

DÍOS LORENTE, J.A. de; JIMÉNEZ ARIAS, M.E. (2009): “La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial”, *MEDISAN*; 13(1). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_1\\_09/san10109.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san10109.htm)>

DIRCHX, J.H. (2001): “The synthetic genitive in medical eponyms: is it doomed to extinction?”, *Panace@*, vol. 2 nº 5, septiembre 2001, pp. 15-23.

DOMÍNGUEZ NOGUEIRA, C.; EXPÓSITO HERNÁNDEZ, J.; GARCÍA WIEDEMANN, E.J. (2005): “Análisis de la calidad de los documentos informativos destinados a pacientes con cáncer”. *Revista de Calidad Asistencial*, 20 (7), pp. 377-384.

DUBOIS, J. y otros (1979): *Diccionario de Lingüística*, Madrid, Alianza Editorial.

DUQUE AMUSCO, A.; ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1996): “El corrector de estilo: una necesidad”. *Oncología*; 19, pp. 255-258.

- DUQUE AMUSCO, A.; ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1994): *Diccionario oncológico gramatical*. Madrid: Libro del Año.
- EGEA GONZÁLEZ, S.C.; BRAVO ESTEBAN, A.M. (2007): “Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología”, *Asociación Española de Enfermería en Urología*, nº 104, pp. 6-10.  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2949324>
- ELENA GARCÍA, P. (2007): “El papel de la información textual en el proceso de lectura del texto especializado”, *Panace@*, vol. IX, n.o 26. Segundo semestre, 2007, pp. 138-148.
- ELENA GARCÍA, P. (2003): “El texto biosanitario: tipología textual y didáctica de la traducción” en GARCÍA PEINADO, M.A. y ORTEGA ARJONILLA, E. *Panorama actual de la investigación en traducción e interpretación*, vol. 2, Granada: Editorial Atrio, pp. 143-151.
- El País. Libro de estilo* (1998): Madrid: El País.
- ESTARELLAS-ROCA, A.; ANAYA-MORENO, L.; MIRÓ-GARCÍA, F.; GARCÍA-SAYAGO, F. (2006): “Importancia de la documentación clínica para la Administración de Justicia”, *Medicina Clínica*, vol.126(12), pp. 473-476.
- EZPELETA, D. (2004a): *400 epónimos en Neurología*, ed. ESMONpharma, Barcelona
- EZPELETA, D. (2004b): *101 cuestiones singulares en migraña y otras cefaleas*. Ed. ESMONpharma. Barcelona
- FAHRENKOPF, A.M.; SECTISH, T.C.; BARGER, L.K.; SHAREK, P.J.; LEWIN, D.; CHIANG, V.W.; EDWARDS, S.; WIEDERMANN, B.L. (2008): “Burnout en residentes y error medico”, *Intramed*, 19 marzo 2008.  
<http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=51604>
- FALLAS ALVARADO, C. (2005): “Bases generales para la formación de términos científicos españoles con elementos grecolatinos”. *Panace@*, vol. VI, nº 20, pp. 158-160.
- FARIÑA, L.A. (1996): “Actas Urológicas Españolas, la historia y la ortografía”. *Actas Urológicas Españolas*, 20, p. 85.
- FENEIS, H. (1989): *Nomenclatura anatómica ilustrada* (2ª edición). Barcelona: Salvat.
- FERNÁNDEZ LÓPEZ, J.: *Abreviaturas, siglas y símbolos*. Innsbruck.  
<http://culturitalia.uibk.ac.at/hispanoteca>
- FERNÁNDEZ PÉREZ, M. (2006): “Lingüística clínica y lenguaje infantil”. *Actas del XXXV Simposio Internacional de la Sociedad Española de Lingüística* editadas por Milka Villayandre Llamazares, Leon, pp. 562-585.

FERNÁNDEZ-VALENCIA, J.: “El informe de alta hospitalaria no es un SMS ni un whatsapp, blog del Dr. Fernández Valencia”. <http://www.cirugiadecadera.com/blog/el-informe-de-alta-hospitalaria-no-es-un-sms-ni-un-whatsapp/>

FERNÁNDEZ-VALENCIA, J.; CONESA, A.; RÍOS, M.; CATALÁN, M.; MORALES, X.; RIBA, J. (2015): “Calidad del informe de alta hospitalaria realizado por médicos internos residentes de especialidades quirúrgicas”, *Revista de la Fundación Educación Médica (FEM)*; 18 (3), pp. 205-210. [www.fundacioneducacionmedica.org](http://www.fundacioneducacionmedica.org)

FIGUEROA REVILLA, B. y SILVA ROJAS, T. (2000): “Un diccionario de especialidad: las siglas”, *La Lingüística francesa en España camino del siglo XXI* / coord. por María Luz Casal Silva, Germán Conde Tarrío, Jesús Lago Garabatos, Laura Pino Serrano, Nuria Rodríguez Pereira, vol. 1, (Tomo 1), pp. 455-467.

FIJO, M.<sup>ª</sup>I. (2003): “Las siglas en el lenguaje de la enfermería: análisis contrastivo inglés-español por medio de fichas terminológicas”. Sevilla: Departamento de humanidades, Universidad Pablo de Olavide. (Tesis dirigida por Antonio Garnica.)

FLORES, B.; ANDRÉS, B.; CAMPILLO, A.; SORIA, V.; CANDEL, M.F.; MIQUEL et al. (2004): “Análisis de la fiabilidad de los informes de alta en un servicio de cirugía general”, *Revista Calidad Asistencial*; 19(7), pp. 443-445.

FLÓREZ GARCÍA, M. (1994): “Palabras clave en rehabilitación y medicina física”. *Rehabilitacion* Madrid, 28, pp. 53-60.

FLÓREZ, J.; ARMIJO, J.A. (1992a): “Procesos de distribución y excreción de los fármacos”. En: FLÓREZ, J.; ARMIJO, J.A.; MEDIAVILLA, A. dirs. (1992): *Farmacología humana* (2ª edición). Barcelona: Masson-Salvat, pp. 51-61.

FLÓREZ, J.; ARMIJO, J.A. (1992b): “Fármacos inmunodepresores y moduladores de la inmunidad”. En: FLÓREZ, J.; ARMIJO, J.A.; MEDIAVILLA, A. dirs. (1992): *Farmacología humana* (2ª edición). Barcelona: Masson-Salvat, pp. 965-966.

FORMIGA, F.; DOLCET, P.; MARTÍNEZ, A., et al. (2004): “Información geriátrica en los informes de alta hospitalaria del servicio de medicina interna en pacientes mayores de 65 años”, *Revista Clínica Española*; 204, pp. 308-11.

FRANCÍ PALLEJÀ, J. (2012): “Els informes mèdics són entenedors pero a qui els ha de llegar?”, *Llengua, Societat i Comunicació*, revista de sociolingüística de la Universidad de Barcelona, 10, pp. 53-62. <http://revistes.ub.edu/index.php/LSC/article/view/3632>

- FUENTES ARDERIU, X.; ANTOJA RIBÓ, F. y CASTIÑEIRAS LACAMBRA, M.J. (2001): *Manual de estilo para la redacción de textos científicos y profesionales*. Grupo de Trabajo de Nomenclatura y Traducciones en Español de la IFCC, Comité Científico de la Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, Publicación web <http://www.bionica.info/biblioteca/Fuentes&Antoja.pdf>
- FUENTES ARDERIU, X.; CASTIÑEIRAS, M.J.; NAVARRO, F.A. (1997): *Diccionario inglés-español de ciencias del laboratorio clínico*. Federación Internacional de Química Clínica. <[www.leeds.ac.uk/ifcc/PD/dict/spandict.html](http://www.leeds.ac.uk/ifcc/PD/dict/spandict.html)>
- FUERTE GUIRÓ, F.; RODRÍGUEZ FRANCO, A. (2014): “Mejora de la calidad en el informe de alta médica en una unidad de cirugía mayor ambulatoria”, *Archivos de medicina*, vol. 10, nº 1, pp. 1-18.
- FUERTE GUIRÓ, F. (2012): “Mejora de la calidad del informe de alta médica en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria” (trabajo final de Máster Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Curso 2010/2012), Universidad de Murcia, 25 de junio de 2012. <http://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/FERNANDO%20FUERTES/TFM%20FERNANDO%20FUERTES%20GUIRO.pdf>
- Fundación del español urgente: Fundeu/BBVA (2011): *Novedades de la Ortografía de la lengua española*. [www.fundeu.es/files/estaticos/FundeuNovedadesOrtografia.pdf](http://www.fundeu.es/files/estaticos/FundeuNovedadesOrtografia.pdf)
- Fundación del español urgente: FUNDEU (2008): *Manual de español urgente*, Madrid, Cátedra. <http://www.fundeu.es/sobre-fundeu/publicaciones/manual-de-espanol-urgente/>
- GALENDE DÍAZ, J.C. (2000): *Diccionario general de abreviaturas españolas*. 2ª ed. Madrid, Verbum.
- GALINDO, M.; GARCÍA, S.; CADENAS, A.; O’SHEA, I.; LÓPEZ, M.; GÓMEZ, J.M., et al. (2009): “Normalización extensiva del informe de alta quirúrgico. Una alternativa de calidad eficiente”, *Revista Calidad Asistencial*, 24, pp. 67-71.
- GALLARDO PAÚLS, B.; VALLES GONZÁLEZ, B. (2008a): “Lingüística en contextos clínicos: la lingüística clínica”, *Lengua y habla*, 12, pp. 32-50. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/lenguayhabla/article/view/195/409>
- GALLARDO PAÚLS, B. (2008b): “Las huellas lingüísticas de la teoría de la mente: intersubjetividad y enunciación en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad”. *Revista de Neurología*, nº 4, pp. 46-53. <http://www.uv.es/~pauls/2008HuellasLingTdM.BGALLARDO.pdf>

- GALLART, X.; SUSO, S.; MARTÍNEZ PASTOR; RIBA I FERRER J. (1999): “Aplicación del peer review a los informes de alta hospitalaria”, *Educación Médica*; 2, p. 153.
- GALLART-ESQUERDO, A. (1988): “Errores en la redacción castellana de las publicaciones médicas”. *Revista Española de Enfermedades del Aparato Digestivo*, 73, p. 97.
- GARAYZÁBAL HEINZE, E. (2009): “La lingüística clínica: teoría y práctica”. *Investigaciones lingüísticas en el siglo XXI*, pp. 131-168.
- GARAYZÁBAL HEINZE, E.; OTERO CABARCOS, M<sup>a</sup>.P. (2005): “Psicolingüística, neurolingüística, logopedia y lingüística clínica: juntos sí, pero no revueltos”. *Filología y Lingüística XXXI* (I), pp. 163-185.
- GARAYZÁBAL HEINZE, E.; CAPÓ JUAN, M.: “El papel del lingüista en las pruebas de evaluación del lenguaje: el componente fonológico y gramatical” en Beatriz GALLARDO, C. HERNÁNDEZ y V. MORENO (eds.) (2006): “Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva”. *Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica*. vol. 2: Lingüística y evaluación del lenguaje, coord. por C. Hernández y M. Veyrat. [http://www.uv.es/perla/2\[09\].GarayzabalYCapo.pdf](http://www.uv.es/perla/2[09].GarayzabalYCapo.pdf)
- GARCÉS JARQUE, J.M. (2007): “La informática y la comunicación en la relación médico-enfermo”, *Revista Clínica Española*, 207(10), pp. 533-537.
- GARCÍA, A.; NOMDEDEU, M.; GARCÍA, G.; GIL, V.; GONZÁLEZ, J.; GRAU, J.M. (1999): “Calidad en el informe de alta médica. Un estudio de revisión entre iguales (“peer review”)”. *Educación Médica*; 2, pp. 154-155.
- GARCÍA-ALEGRÍA, J.; JIMÉNEZ-PUENTE, A. (2005): “El informe de alta hospitalaria: utilidades y propuestas de mejora”. *Revista Clínica Española*; 205, pp. 75-78.
- GARCÍA-ALEGRÍA, J.: La calidad de los informes clínicos. Publicación web: <http://www.calidadyriesgo.es/calidadasistencial/25-dr-d-josejavier-garcia-alegria>
- GARCÍA DE DIEGO, V. (1989): *Diccionario etimológico español e hispánico*. Madrid: Espasa Calpe.
- GARCÍA DE LA CONCHA, V. (1991): “La “lengua especial” de la cirugía”. *Cirugía Española*; 50, pp. 337-338.
- GARCÍA DELGADO, J.L.; ALONSO, J.A.; JIMÉNEZ, J.C. (2013): *El español, lengua de comunicación científica*. Ariel, Fundación Telefónica.
- GARCÍA GARCÍA, F. (2005): “Una aproximación a la historia de la retórica”, *Icono* 14 n° 5, julio 2005.
- GARCÍA GARCÍA, A. (2007a): “Abreviaciones: el Imperio de la Confusión”, *Actualidad en farmacología y terapéutica*, vol. 5, N° 4, pp. 301-302.



- GARCÍA GARCÍA, A. (2007b): “Abreviaturas, siglas y acrónimos”, *Actualidad en farmacología y terapéutica*, vol. 5, Nº. 1, pp. 43-44.
- GARCÍA GARCÍA, A. (2005): “Diccionario de términos farmacológicos y médicos”, *Actualidad en farmacología y terapéutica*, vol. 3, Nº. 1, p. 45.
- GARCÍA GARCÍA, A. (2004a): “Diccionario de términos farmacológicos y médicos”, *Actualidad en farmacología y terapéutica*, vol. 2, Nº. 4, p. 286.
- GARCÍA GARCÍA, A. (2004b): “El fármaco y la palabra”, *Actualidad en farmacología y terapéutica*, V. 2, Nº. 3, p. 206.
- GARCÍA GARCÍA, A. (2003): “Diccionario de términos farmacológicos y médicos”, *Actualidad en farmacología y terapéutica*, vol. 1, Nº. 3, p. 165.
- GARCÍA NEGRONI, M.M. y TORDESILLAS COLADO, M. (2001): “La comunicación lingüística: sus factores constitutivos”, en *La enunciación en la lengua. De la deixis a la Polifonía*, Madrid, Gredos, pp. 35-59.
- GARCÍA PALACIOS, J. (2004): “El lenguaje médico, algo más que información. De cómo los lingüistas y los médicos pueden entenderse”, *Panace@* v. V, nº 16, Junio 2004, pp. 135-140. [www.medtrad.org/panacea/.../n16\\_tribuna\\_GarciaPalacios.pdf](http://www.medtrad.org/panacea/.../n16_tribuna_GarciaPalacios.pdf)
- GARCÍA PÉREZ, A. (1996): “Sobre terminología dermatológica: eczema y verrucoso”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, pp. 425-427.
- GARCÍA ROJO, M. (2006): “Nevus versus melanoma”, *Revista española de Patología*, vol. 39, nº 1. <http://www.patologia.es/volumen39/vol39-num1/39-1n01.htm>
- GARCÍA-SANCHO, L.: El diccionario de términos médicos de la Real Academia de Medicina. [http://www.uv.es/ramcv/2013/107\\_VII\\_XIII\\_Dr\\_Garcia-Sancho.pdf](http://www.uv.es/ramcv/2013/107_VII_XIII_Dr_Garcia-Sancho.pdf)
- GARCÍA YEBRA, V. (2001): “Sobre la formación de términos técnicos”. *Panace@*, vol. 2 nº5, pp. 2-7.
- GARRIDO SANJUÁN, J.A. (1998): “Formación en comunicación y consentimiento informado en nuestro sistema de residencia: ¿qué información puede y debe dar un residente?”, *Medicina Clínica*, Barcelona, 111(19), pp. 739-741.
- GARRIDO JUAN, A. (1983): *Método de inglés para médicos*. Barcelona: DIPSA.
- GARRIGA, C. (2003): “Aspectos de la adaptación de la nueva nomenclatura química al español (siglos XVIII y XIX)”, *Panace@*, vol. IV, nº 11, marzo 2003, pp. 36-49.
- GENÉ-BADIA, J. (2006): “Posibilidades de las bases de datos sistemáticas”, *Atencion Primaria*, vol.37(5), pp. 258-259.
- GENER GALBIS, C. (1996): “La terminología oftalmológica en los textos clásicos: a propósito de arjema o argema”. *Archivo Sociedad Española Oftalmología*; 70, pp. 623-624.



- GIL EXTREMERA, B. (2012): "El lenguaje en la práctica médica", *Revista Clínica Española*, 212(1), pp. 40-42.
- GIRALDO ORTIZ, J.J. (2010): "Hacia una revisión del concepto de siglación". *Panace@*, vol. XI, nº31, pp. 70-77.
- GIRALDO ORTIZ, J.J. (2008a): "Análisis y descripción de las siglas en el discurso especializado de genoma humano y medio ambiente" (Universidad Pompeu Fabra, Institut Universitari de Lingüística Aplicada), Barcelona (tesis doctoral).
- GIRALDO ORTIZ, J.J. (2008b): "Sistemas de detección y extracción semiautomática de siglas: estado de la cuestión", *Agència De Gestió D'Ajuts Universitaris I De Recerca*; Institut Universitari De Lingüística Aplicada. Universitat Pompeu Fabra.
- GÓMEZ ALONSO, A.; OLIVA, I. (2008): "Trocar y trócar, estadio y estadió". *Cirugía Española*, 2008, vol. 84(5), pp. 239-240.
- GÓMEZ MORENO, J.D. (1995): "Las siglas o acronyms, ¿un escollo insalvable en la traducción del business English?" *Actas de V Encuentros Complutenses sobre Traducción*. Madrid, Universidad Complutense, pp. 575-579.
- GÓMEZ RUIZ, M<sup>a</sup> I. (2008): *Aplicabilidad del test de la afasia para bilingües de Michel Paradis a la población catalano/castellano parlante*, (Tesis doctoral). Programa de Doctorado Psicología Clínica y de la Salud, Barcelona.
- GÓMEZ TÓRREGO, L. (2000): *Ortografía de uso del español actual*. Madrid: Ediciones SM.
- GONZÁLEZ LÓPEZ, E. (2010): "¿Hay que seguir utilizando (algunos) epónimos médicos?", *Medicina Clínica*, Barcelona, 134 (15), pp. 703-704.
- GONZÁLEZ PASCUAL, A.L. (2001): "Defectos gramaticales y de estructuración literaria más frecuentes. Uso de términos incorrectos". *Rehabilitación* Madrid; 35, pp. 131-134. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13013999>
- GONZÁLEZ QUINTANA, C.; FERNÁNDEZ TORAL, J. (1998): "Veracidad e información al paciente". *Medicina Clínica*, 110 (17), pp. 665-667.
- GONZALO CLAROS, M. (2009): "Las "listas negras" de palabras: un recurso informático poco conocido que facilita la coherencia terminológica". *Panace@*, vol. X, nº 29, pp. 9-12. <http://tremedica.org/panacea.html>
- GONZALO CLAROS, M. (2008): "Un poco de estilo en la traducción científica: aquello que quieres conocer pero no sabes dónde encontrarlo", *Panace@*, 9 (28), pp. 145-158.

GRANDA ORIVE, J.L. (2003): “Las siglas: ¿debemos aceptarlas?” *Archivos de bronconeumología*, vol.39, nº6, pp. 286-288.

<http://www.archbronconeumol.org/es/las-siglas-debemos-aceptarlas/articulo/13048608/>

GUARDIOLA PEREIRA, E.; BAÑOS DÍEZ, J.E. (2003): “Sobre la correcta utilización de las siglas: reflexiones a propósito de AINE e IECA”. *Medifam*; 13, pp. 326-328.

GUILBERT, L. (1975): *La créativité lexicale*. París: Larousse.

GUILLÉN PERALES, J.; LUNA MALDONADO, A.; FERNÁNDEZ PRADA, M.; GUILLÉN SOLVAS, J.; BUENO CABANILLAS, A. (2013): “Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia”. *Cirugía española: órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos*, vol. 91, nº9, pp. 595-601.

GUTIÉRREZ COUTO, U.; BLANCO PÉREZ, A.; CASAL ACCIÓN, B. (2005): “Cómo realizar una comunicación científica (II). Aspectos lingüísticos”, *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*, nº 2, junio 2005, pp. 1-16. [www.revistatog.com/num2/pdfs/num2art6.pdf](http://www.revistatog.com/num2/pdfs/num2art6.pdf)

GUTIÉRREZ PALMA, N. (2011): “Procesamiento silábico y acento en español”, *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, vol. 31, nº1. <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-logopedia-foniatria-audiologia-309/procesamiento-silabico-acento-esp%C3%B1ol-90001865-originales-2011?bd=1>

GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2014a): “El estudio y comprensión del léxico de la medicina”, *Cahiers de lexicologie: Revue internationale de lexicologie et lexicographie*, Nº 104, (Ejemplar dedicado a: La lexicologie en Espagne: de la lexicologie a la lexicographie), pp. 177-193.

GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2014b): “El lenguaje de la medicina en español: cómo hemos llegado hasta aquí y qué futuro nos espera”, *Panace@*, vol. 15, Nº. 39, pp. 86-94.

GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2013): “Sobre la formación de palabras y le léxico científico: algunas nociones generales y varias preguntas al aire”, *Formación de palabras y diacronía* / coord. por Isabel Pujol Payet, pp. 69-78.

GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2012): “Cuando las instituciones no apoyan las iniciativas de los científicos: el caso de la Real Academia de Medicina y algunas propuestas lexicográficas”, *Quaderns de filologia. Estudis lingüístics*, Nº 17 (Ejemplar dedicado a: Lengua y ciencia. Recepción del discurso científico), pp. 161-172.

GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2011), “Sobre algunos de los tópicos que acompañan a la comunicación científica y al género de divulgación”. *Panace@*, vol. XII, nº 33, pp. 128-129.

GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2006a): “La traducció i el discurs mèdic: llums i ombres d'una relació històrica”, *Caplletra: revista internacional de filologia*, Nº. 40, pp. 191-209.

- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2006b): “Medicina y diccionarios: ¿para cuándo una buena lexicografía de divulgación?”, *Panace@*, vol. 7, Nº. 24, pp. 279-284.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2005): *El lenguaje de las ciencias*. Madrid: Gredos.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2004): “La transmisión del conocimiento especializado en lengua española”, *Ciencia, tecnología y lengua española la terminología científica en español* / coord. por Reyes Sequera, pp. 77-86.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2003a): “Lo literario como fuente de inspiración para el lenguaje médico”, *Panace@* vol. IV, nº 11, marzo del 2003, pp. 61-67. [www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-tribunagutierrez.pdf](http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n11-tribunagutierrez.pdf)
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2003b): “Los diccionarios, instrumentos importantes en la reconstrucción del lenguaje científico”, *Aproximaciones al lenguaje de la ciencia* / coord. por Bertha María Gutiérrez Rodilla, [Soria]: Instituto de la Lengua Castellano-Leonés.
- GUTIERREZ RODILLA, B.M. (2001): “Recursos internéticos relacionados con el lenguaje médico español”, *Panace@*, vol. 2, n. 6. Diciembre, 2001, pp. 73-82.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (2000): “El lenguaje de la medicina y sus funciones”, *Revista iberoamericana de discurso y sociedad*, vol. 2, Nº. 2, pp. 131-146.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (1999): *La constitución de la lexicografía médica moderna en España*, Noia (A Coruña): Toxosoutos.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (1998): *La ciencia empieza en la palabra. Análisis e historia del lenguaje científico* Barcelona: Península.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (1997): “La influencia del inglés sobre el lenguaje médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 108, pp. 307-313.
- GUTIÉRREZ RODILLA, B.M. (1996): “El lenguaje médico, un enfermo no imaginario”. *El Médico*, 15 de marzo de 1996, pp. 54-62.
- HAMILTON, H.E. (2010): “Consideraciones éticas sobre la aplicación de la lingüística en contextos clínicos: el caso de la patología del lenguaje y del habla”, *Lengua y habla*. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/lenguayhabla/article/view/192>
- HELLÍN DEL CASTILLO, J. (2004): “El Sistema Internacional de unidades: aspectos prácticos para la escritura de textos en el ámbito de las ciencias de la salud”, *Panace@* vol. V, nº 17-18, septiembre-diciembre 2004, pp. 200-207.
- HERNÁNDEZ, F. (2000): “A vueltas con el lenguaje médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 114 (20). <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-a-vueltas-con-el-lenguaje-10386>

- HERNÁNDEZ, F.; NAVASCUÉS, I. (2001): “Notas galénicas, comprimidos”, *Panace@*, vol. 2 nº 6, diciembre 2001, pp. 57-59.
- HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, H.; BUSTABAD REYES, S. (2009): “Características lingüísticas de los trabajos científicos de la medicina en Urgencias”. *Emergencias*, 21, pp. 133-140.
- HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, H.; BUSTABAD, S.; TRUJILLO, E. (1999): “Consideraciones sobre el lenguaje médico utilizado en las comunicaciones a congresos”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 113, pp. 663-665.
- HERNÁNDEZ DE LA ROSA, Y.; MARTÍNEZ MÉNDEZ, N.; GIL HERNÁNDEZ, T.; RAMOS COSTA, M<sup>a</sup> I.; LÓPEZ DIAZ, L.; VASCONCELOS RAMÍREZ, D. (2013): “Términos impropios en el lenguaje científico-médico”, *CorSalud*. <http://www.corsalud.sld.cu/sumario/2013/v5n3a13/impropio.html>
- HERNÁNDEZ GARCÍA, I.; GONZÁLEZ CELADOR, R. (2011): “Calidad de los informes de alta en un hospital universitario”. *Revista Clínica Española*, 211, pp. 219-221.
- HERNÁNDEZ NIETO, L. (1991): “¡Patologías no, por favor!”, *Medicina Clínica*, Barcelona; 96, p. 37.
- HERNÁNDEZ PRATS, C.; MIRA CARRIÓ, A.; ARROYO DOMINGO, E.; DIAZ CASTELLANO, M.; ANDREU GIMÉNEZ, L.; SÁNCHEZ CASADO, M<sup>a</sup> I. (2008): “Discrepancias de conciliación en el momento del alta hospitalaria en una unidad médica de corta estancia”. *Revista de Atención Primaria*, vol. 40 (12), pp. 597-601.
- HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, E.; LÓPEZ MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> I. (2007): “Uso y abuso de siglas y acrónimos en el lenguaje de la medicina”. *Actas del VI Congreso de Lingüística General*, Santiago de Compostela, 3-7 mayo 2004, vol. I, pp. 813-826.
- HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, E.; LÓPEZ MARTÍNEZ, M<sup>a</sup> I. (2003): “La ruptura comunicativa en el ámbito de la medicina”. *Revista de Investigación Lingüística*, nº 2, vol. VI, pp. 29-42.
- HERNÁNDEZ, J. (1991): “Nuevas tendencias en la comunicación biomédica”. *Revista Diagnóstico Biológico*; 40, pp. 227-229.
- HERNANDO TUNDIDOR, M.S. (1996): “Construcción de un glosario bilingüe de ciencias médicas”. *Jano*; 50, pp. 1.795-1.796.
- HERRANZ, J.L., (2004): “Debemos cuidar el lenguaje médico”, *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*; vol. 44, nº 18, pp. 1-2. <http://es.youscribe.com/catalogue/tous/otros/debemos-cuidar-el-lenguaje-medico-2006296>

- HERRANZ RODRÍGUEZ, G. (1984a): “Ese acento extranjero”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 82, pp. 162-163.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, G. (1984b): “¡Más respeto al lector!”, *Medicina Clínica*, Barcelona; 82, pp. 259-260.
- HERRANZ RODRÍGUEZ, G. (1983): “¿Por qué no escribir claro en medicina?”, *Medicina Clínica*, Barcelona; 81, pp. 389-390.
- HINOJO ANDRÉS, G. (2006): “Nebrija y el desarrollo del léxico científico en latín”. *Panace@*, vol. VII, nº 23, pp. 123-129.
- HOFFMANN, L. (1998): *Llenguatges d'especialitat*, Barcelona: Institut Universitari de Lingüística Aplicada, Universitat Pompeu Fabra.
- HOMBOURGER, P.; PELLISIER, L.; DAUFI, L. (1958): “Enfermedades y síndromes con nombres propios. Laín Entralgo P. Patología del lenguaje médico”. En: *El médico en la historia*. Madrid: Taurus.
- HONG, Y.; HRIPCSAK, G.; FRIEDMAN, C. (2002): “Mapping abbreviations to full forms in biomedical articles”. *JAMIA (Journal of the American Medical Informatics Association)*, May-Jun, 9(3), pp. 262-272.
- HONGFANG, LI.; LUSSIER, Y.A.; FRIEDMAN, C. (2001): “A study of abbreviations in the UMLS”. Annual Symposium Proceedings Archive (AMIA), pp. 393-397. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2243414/>
- HUERTAS ABRIL, C. (2010): “Consideraciones traductológicas sobre la interrelación entre el lenguaje médico-sanitario y el lenguaje literario”, *Íkala, revista de lenguaje y cultura*, vol. 15, nº 26 (septiembre-diciembre 2010), pp. 237-260.
- IBARRETXE-ANTUÑANO, I. (2010): “Humanismo, Ciencia y Lingüística (Cognitiva): ¿incompatibles o complementarios?” en Querol Bataller, María (ed.). *El futuro de las Humanidades II* volumen de artículos en homenaje al profesor D. Ángel López García. Valencia, pp. 49-70.
- IGEA, J. M.; MUGÜERZA, P.; LÁZARO, M. (2004): “Manual de estilo del alergólogo (IV). Glosario de términos mejorables o incorrectos”, *Alergología e Inmunología Clínica*; 19 nº1, pp. 29-35. [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=856847](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=856847)
- IGEA, J. M.; MUGÜERZA, P.; LÁZARO, M. (2001a): “Manual de estilo del alergólogo (I). Problemas frecuentes de morfología, sintaxis y redacción”, *Alergología e Inmunología Clínica*; 16, pp. 305-306. [revista.seaic.es/octubre2001/305-306.pdf](http://revista.seaic.es/octubre2001/305-306.pdf)
- IGEA, J. M.; MUGÜERZA, P.; LÁZARO, M. (2001b): “Manual de estilo del alergólogo (II). Los barbarismos”, *Alergología e Inmunología Clínica*; 16, pp. 227-230.

- IGEA, J. M.; MUGÜERZA, P.; LÁZARO, M. (2001c): “Manual de estilo del alergólogo (III). Los extranjerismos”, *Alergología e Inmunología Clínica*; 16, pp. 298-300. [revista.seaic.es/octubre2001/298-300.pdf](http://revista.seaic.es/octubre2001/298-300.pdf)
- IGLESIAS LEPINE, M.I.; BOTET MONTOYA, J.P.; PALLÁS VILLARONGA, O.; HERNÁNDEZ LEAL, E.; ECHARTE, J.L.; SOLSONA DURÁN, J.F. (2007): “Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario”. *Revista Clínica Española*, 207(10), pp. 483-488.
- ILLERA MARTÍN, M. (1999): *Diccionario de acrónimos con símbolos y abreviaturas para las ciencias de la salud*, 2ª edición, Fundación Wellcome, Madrid.
- IZQUIERDO, J.M. (1995): “Un instrumental descuidado: el lenguaje”. *Neurocirugía*, Hospital Valdecilla (Santander), 6, pp. 100-102. [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90139603&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=340&ty=31&accion=L&origen=neurocirugia&web=www.revistaneurocirugia.com&lan=es&fichero=340v06n02a90139603pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90139603&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=340&ty=31&accion=L&origen=neurocirugia&web=www.revistaneurocirugia.com&lan=es&fichero=340v06n02a90139603pdf001.pdf)
- JACOBSON, H. (2001): “Lo que crees que has dicho no es lo que creen que has dicho. Los efectos de los actos de habla en la comunicación transcultural”. *Panace@*, vol. 2 nº6, pp. 85-88.
- JAKOBSON, R. y MORRIS H. (1980): *Fundamentos del lenguaje*, Editorial Ciencia Nueva, Madrid, traducción de Carlos Piera.
- JÁUREGUI, G.R. (2003): “Consideraciones críticas y conceptuales de algunos aspectos del lenguaje médico”, *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 116 (4), pp. 44-46. [http://www.ama-med.org.ar/publicaciones\\_revistas3.asp?id=243](http://www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp?id=243)
- JIMÉNEZ ÁLVAREZ, C. (1995): “Uso incorrecto del lenguaje en la literatura médica”. *Cirugía Pediátrica*; 8, pp. 133-134.
- JIMÉNEZ JIMÉNEZ, D. (2008): “Una contribución a la Lingüística Clínica: el lenguaje en los servicios de Urgencias” en *Actas del IV Congreso de Lingüística General*, Cádiz, pp. 1525-1534.
- JIMÉNEZ-PUENTE, A.; LARA-BLANQUER, A.; BENÍTEZ-PAREJOA, N.; GARCÍA-DÍAZ, M.A. y GARCÍA-ALEGRÍA, J. (2012): “Claridad de las recomendaciones al paciente en el informe de alta hospitalaria”, *Revista de Calidad Asistencial*; 27 (5), pp. 283-287.
- JIMÉNEZ PUENTE, A.; GARCÍA-ALEGRÍA, J.; LARA-BLANQUER, A. (2010): “Sistemas de información para clínicos y Cómo conocer qué tipo de pacientes se atienden en nuestros hospitales”, *Revista Clínica Española*, vol. 210(6), pp. 298-303.



- JOVEN, J. (2003): “El descuido en el uso del lenguaje médico. ¿Reflejo de la sociedad o idiosincrasia?”, *Clínica e investigación en arterioesclerosis*, 15(6). <http://zl.elsevier.es/es/revista/clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15/el-descuido-uso-lenguaje-medico-reflejo-sociedad-13055607-articulo-especial-2003>
- KOPP-KUBEL, S. (1995): “Las denominaciones comunes internacionales (DCI) de sustancias farmacéuticas”. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, nov. 1995; 119(5), pp. 423-430.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. (1991): *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid, Cátedra.
- LAHOZ MUSTIENES, M.J.; ARIÑO MARTÍN, M.D.; MARÍN VELÁZQUEZ, P.J. (1994): “El informe de alta hospitalaria visto desde la atención primaria (contestación)”, *Medicina Clínica*, Barcelona; 102 (17), p. 677.
- LANG, M.F. (1997): *Formación de palabras en español*. 2ª ed. Madrid, Cátedra.
- LARKEY, L.; et ál. (2000): Acrophile: an automated acronym extractor and server. <http://delivery.acm.org/10.1145/340000/336664/p205-larkey.pdf?key1=336664&key2=7455896901&coll=GUIDE&dl=GUIDE&CFID=28595879&CFTOKEN=50021223>>
- LAURENCE, D.R.; SHAW, I.C. (1987): “Un glosario para farmacólogos”. *Monografías Dr. Antonio Esteve* nº 4. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve, 1987. <http://www.esteve.org/glosario-farmacologos/>
- LÁZARO CARRETER, F. (2008): *Diccionario de términos filológicos*, Madrid, Gredos.
- LÁZARO CARRETER, F. (2003): *El nuevo dardo en la palabra*, Madrid, Santillana Ediciones Generales.
- LÁZARO CARRETER, F. (1997): *El dardo en la palabra*. Barcelona: Círculo de lectores.
- LEECH, Geoffrey N. (1983): *Principles of Pragmatics*. London: Longman. Traducción española de Felipe Alcántara Iglesias: *Principios de Pragmática*. Logroño: Universidad de La Rioja. 1998.
- LEÓN, J.A. (2008): “La comprensión del lenguaje: La producción de inferencias en la mente y el cerebro”, *IV Jornadas Monográficas de Lingüística Clínica*, Universidad de Valencia, 12-14 de noviembre 2008.
- LESAR, T.S. (2002): “Tenfold medication dose prescribing errors”, *Ann Pharmacother*; 36, pp. 1833-1839.
- LESAR, T.S.; BRICELAND, L.; STEIN, D.S. (1997): “Factors related to errors in medication prescribing”, *JAMA*, 277, pp. 312-317.
- LEWANDOWSKI, T. (2000): *Diccionario de Lingüística*, Madrid, Cátedra.

- LEYVA-COBIÁN, F. (1984): “¿Cómo evitar los anglicismos y barbarismos?” *Inmunología*; 3, pp. 168-169.
- LIAÑO, H. (1990): “El lenguaje de los médicos”. *Neurología*; 5, pp. 75-77.
- LLORENS TEROL, J. (1985): “Sobre la viciosa costumbre de abusar de los barbarismos”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 84, pp. 315-316.
- LOCUTURA RUPÉREZ, J.; LEDESMA MARTÍN-PINTADO, F. (2006): “La voz activa y pasiva en las revistas médicas (réplica) ”, *Revista Clínica Española*, vol. 206(1), pp. 59-60.
- LOCUTURA RUPÉREZ, J.; LORENZO GONZÁLEZ, J.F. (2003a): “El lenguaje médico español. La realidad y el deseo”. *Medicina Clínica*, vol.120 (11), pp. 424-425.
- LOCUTURA RUPÉREZ, J.; LEDESMA MARTÍN PINTADO, F. (2003b): “Las voces activa y pasiva en la literatura médica en España y en Estados Unidos. Estudio comparativo”. *Revista Clínica Española*, 203(9), pp. 423-425.
- LOCUTURA RUPÉREZ, J.; SILVA, L.C. (2001): “Propuesta de creación de comités de lenguaje en las publicaciones médicas”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 116(18).  
<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/propuesta-creacion-comites-lenguaje-las-publicaciones-medicas-13014206-cartas-al-editor-2001>
- LÓPEZ BRIZ, E.; CHICANO PLÁ, P. (1997): “Medicamentos y revistas biomédicas: mejor información, más precisión”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 109, p. 117.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. (2007): “Sobre las zozobras de la lingüística en España”, *Hispanic issues online*, Valencia, pp. 161-168.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. (2006): “¿pueden hablar biólogos y lingüistas de lo mismo?”, *Ludus Vitalis*, vol. XIV, nº 25, pp. 205-213.
- LÓPEZ GARCÍA, Á. (2004): “Aspectos ideológicos y culturales de la identidad lingüística. La tercera frontera del español”, III Congreso Internacional de la Lengua Española. Mesas redondas, Valencia, Centro Virtual Cervantes.  
[http://cvc.cervantes.es/obref/congresos/rosario/mesas/lopez\\_a.htm](http://cvc.cervantes.es/obref/congresos/rosario/mesas/lopez_a.htm)
- LÓPEZ JIMÉNEZ, L. (2006): “¿Bultoma? No gracias”. *Revista Clínica Española*, 206(3), pp. 161-166.
- LÓPEZ ORNAT, S.; MORENO LÁZARO, R.; VIVAS FERNÁNDEZ, L. (2004): “Reseña de Fundamentos genéticos del lenguaje de Angel López García”, *Psicothema*, vol. 16, nº3, Universidad de Oviedo, pp. 527-528.
- LÓPEZ PEÑA, A. (1993-1994): “El lenguaje médico en el nuevo diccionario de la RAE”, *Puntoycoma*, número 22. <http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/22/pyc222.htm>



LÓPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (2005): *Introducción a la terminología médica*, Barcelona, Masson, 2ª edición.

LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1972): *El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica*. Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica.

LÓPEZ SAN ROMÁN, A. (2006): “¿Adhesión al tratamiento, adherencia al tratamiento o cumplimiento del tratamiento?”, *Revista Clínica Española*, 206(8), pp. 410-416.

LORENZO-CÁCERES ASCANIO, A. (2005): “Faltas de ortografía, errores gramaticales y lenguaje médico. ¿Cuidamos nuestras presentaciones?”, *Revista Atención Primaria*, vol. 36, nº 5, 30 septiembre 2005. <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/faltas-ortografia-errores-gramaticales-lenguaje-medico-cuidamos-13079157-cartas-al-director-2005>

LORENZO, R.; ARCAS, J.; VILLAVERDE, I.; SOPEÑA, B. (2013): “No masas ni megalias”. *Revista Clínica Española*, 213(7), pp. 360-361.

LOZANO, J. (1999): “A vueltas con la Retórica”, *Espéculo* nº 13, Madrid, Universidad Complutense. <http://www.ucm.es/info/especulo/numero13/retorica.html>

MADURGA, M. (1996): “Acrónimos: una lista abierta”. *Farmacia Clínica*; 13, pp. 76-77.

*Manual de estilo para publicaciones biomédicas*. Barcelona: Doyma, 1993, pp. 397-435.

MARÍN-GÁMEZ, N.; LÓPEZ-SALIDO, M.A.; MÁRQUEZ-GARCÍA, A.B.; TRUJILLO-PÉREZ, J.A.; JÓDAR-MORENTE, F.; RODRÍGUEZ-GALDEANO, M. (2006): *El efecto Fausto: sobre la legibilidad y comprensión de los informes clínicos de alta hospitalaria*. [www.elsevier.es/.../el-efecto-fausto-legibilidad-comprension-los-informes-13090924-notas-clinicas-2006](http://www.elsevier.es/.../el-efecto-fausto-legibilidad-comprension-los-informes-13090924-notas-clinicas-2006)

MALDONADO FERNÁNDEZ, M. (2004): “Lenguaje médico, ética y medicina”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 123(7), pp. 262-264.

MALLO PÉREZ, L.; MARTÍN PÉREZ, M.J.; FERREIRO LOZANO, J. (1994a): “Precisiones al lenguaje estomatológico. Parte I: Precisiones lingüísticas”. *Archivos Odontoestomatológicos*; 10, pp. 237-242.

MALLO PÉREZ, L.; MARTÍN PÉREZ, M.J.; FERREIRO LOZANO, J. (1994b): “Precisiones al lenguaje estomatológico. Parte II: Precisiones técnicas”. *Archivos Odontoestomatológicos*; 10, pp. 243-249.

MARTÍN, G.; MORALES OLIVAS, F.J. (2007): “Nuevos lenguajes informáticos en la difusión de información sobre medicamentos”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 128 (13), pp. 498-503.

- MARTÍN CAMACHO, J.C. (2008a): “Sinonimia y polisemia en el léxico científico. El caso de las abreviaturas, las siglas y los epónimos”. *Actas del XXXVII Simposio Internacional de la Sociedad Española de Lingüística (SEL)*, editadas por Inés Olza Moreno, Manuel Casado Velarde y Ramón González Ruiz, Departamento de Lingüística hispánica y Lenguas modernas. Pamplona, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra. <http://www.unav.es/linguis/simposiosel/actas/>
- MARTÍN CAMACHO, J.C. (2008b): “Los siglónimos. Aportaciones al establecimiento de una tipología de las siglas”, *Verba: Anuario galego de filoloxia*, N° 35, pp. 55-72
- MARTÍN CAMACHO, J.C. (2007a): “La creación de términos científicos mediante procedimientos no morfe-máticos”, *Anuario de estudios filológicos*, vol. 30, pp. 239-254.
- MARTÍN CAMACHO, J.C. (2007b): “Rasgos distintivos y no distintivos de la morfología del léxico científico-técnico”, *Morfología: investigación, docencia, aplicaciones: Actas del II Encuentro de Morfología: investigación, docencia / J. C. Martín Camacho (aut.), María Isabel Rodríguez Ponce (aut.)*, pp. 105-118.
- MARTÍN CAMACHO, J.C. (2004): “Los procesos neológicos del léxico científico: esbozo de clasificación”, *Anuario de estudios filológicos*, vol. 27, pp. 157-174.
- MARTÍN CAMACHO, J.C., (1999): “La creación de palabras con elementos procedentes de las lenguas clásicas”, *Lingüística para el siglo XXI: III Congreso organizado por el Departamento de Lengua Española*, pp. 1101-1108.
- MARTÍN JACOD, E.F. (2001): “De la hemosisarcosis a la psicolexicografía. Algunas consideraciones sobre terminología y lexicografía médicas”. *Panace@*, vol. 2 n°6, pp. 89-93.
- MARTÍN LÁZARO, J.; RUBÍ CERVINO, J. (2004): *Manual de siglas médicas por especialidades*. Torrelodones: Recordart.
- MARTÍN MUNICIO, A. (1986): “Lexicografía de la ciencia y de la técnica”. *Telos*; 5, pp. 105-112.
- MARTÍN RONCERO, W. (1999): “El uso de la terminología médica. Thesaurus. Medical Subject Headings (y II)”. *Revista de Atención Primaria*, 24 (2), pp. 109-111.
- MARTÍNEZ, M.: *Errores y vicios más comunes del español*. Publicación web: <http://www.monicamartinez.es/vicios.pdf>
- MARTÍNEZ CORTÉS, F. (2003), “El Humanismo médico y la medicina científico-tecnológica del siglo XXI” en *Ciencia y Humanismo en Medicina*, siglo veintiuno editores, s.a., México.

- MARTÍNEZ RAMOS, D. (2006): *El lenguaje científico en cirugía. Una asignatura pendiente*. Publicación web: [www.aecirujanos.es/revisiones\\_cirugia/2006/Febrero2\\_2006.pdf](http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2006/Febrero2_2006.pdf)
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (2011): *La ortografía académica del 2010: cara y dorso (Datos para una recensión)*. Publicación web [www.martinezdesousa.net/crit\\_ole2011.pdf](http://www.martinezdesousa.net/crit_ole2011.pdf)
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (2004): “La traducción y sus trampas”, *Panace@*, V (16), pp. 149-160. [www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n16\\_tribuna\\_MartinezDeSousa.pdf](http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n16_tribuna_MartinezDeSousa.pdf)
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (2003): “Los anglicismos ortotipográficos en la traducción”, *Panace@* vol. IV, nº 11, marzo del 2003, pp. 1-5.
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (2000): *Manual de estilo de la lengua española*. Gijón: Ediciones Trea.
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (1995): *Diccionario de ortografía*. Madrid: Paraninfo.
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (1987): *Dudas y errores de lenguaje* (4ª edición), Madrid, Paraninfo.
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J.(1984): *Diccionario Internacional de Siglas y Acrónimos*, Madrid, Pirámide.
- MARTÍNEZ DE SOUSA, J. (1981): "Escritura de Siglas", *Gráficas*, 444, pp. 213-214.
- MARTÍNEZ MILTON, M.: *Abreviaturas y acrónimos*. Xavier University of Louisiana. Publicación web: <http://webusers.xula.edu/mmartine/academica/AbreviaturasyAcronimos.htm>
- MAYOR SERRANO, Mª B. (2009a): “Por fin una publicación sobre la redacción médica como profesión”. *Panace@*, vol. X, nº 30, p. 187.
- MAYOR SERRANO, Mª B. (2009b): “Los otros asesores de los traductores y redactores médicos: asociaciones, foros y blogs”, *Translation Journal*, vol. 13, nº 4, octubre 2009. <http://translationjournal.net/journal/50asesores.htm>
- MAYOR SERRANO, Mª B. (2003a): “Tratamiento de las siglas en los textos de divulgación médica, inglés-español”. *Panace@*, vol. IV, nº doble 13-14, pp. 261-266.
- MAYOR SERRANO, Mª B. (2003b): “La formación de traductores médicos en España: ¿otra asignatura pendiente?”, *TRANS: revista de traductología*, Nº 7, pp. 131-136.
- MEDALLO-MUÑIZ, J.; PUJOL-ROBINAT, A.; ARIMANY-MANSO, J. (2006): “Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica”, *Medicina Clinica*, vol.126 (4), pp. 152-156.
- MEJÍA, J. (1971): "Abreviatura y siglas. A propósito de un libro valioso", *Gráficas*, 426, pp. 563-565.

- MELGAREJO, L.; MAS, M.; VALVENY, N.; MONTILLA, L. y MUÑOZ, M. (2009): “El redactor de textos médicos en las empresas de investigación por contrato”, en *La redacción médica como profesión. Qué es y qué hace el redactor de textos médicos*, Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve nº 17, pp. 22-28.
- MÉNDEZ CENDÓN, B. (2004): “Estudio descriptivo inglés-español de las metáforas en el lenguaje del radiodiagnóstico médico”. *Panace@*, vol. V, nº 17-18, pp. 229-231.
- MENDILUCE CABRERA, G. (2002): “El gerundio médico”. *Panace@*, vol. 3 nº 7, pp. 74-78.
- MENEU, R. (2005): “Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 20 (6), pp. 337-342.
- MERINO RUIZ, M.; SEBASTIÁN VIANA, T.; GÓMEZ DÍAZ, M.C.; LEO DEL CASTILLO, Y. (2008): “Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfermería al alta hospitalaria según las enfermeras del Hospital de Fuenlabrada”, *Enfermería clínica*, vol. 18, Nº. 2, pp. 77-83.
- MEZQUITA MORENO, D. (1966): “Expresiones incorrectas y barbarismos en medicina”. *Anales Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid; 83, pp. 65-85.
- MIRA, J.J.; LORENZO, S.; PÉREZ JOVER, V.; RODRÍGUEZ MARÍN, J. (2006): “No estar satisfecho no equivale a estar insatisfecho”. *Revista Clínica Española*, 206(4), pp. 208-212.
- MIRANDA, J.A. (1994): *La formación de palabras en español*. Salamanca, Colegio de España.
- MIRANDA GARCÍA, A.; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ TORRES, L.: Analizador morfosintáctico de nombres propios y siglas.  
<http://www.sepln.org/revistaSEPLN/revista/15/grupo3-2.pdf>
- MIRÓ, Ó. (2009): “Escribir bien para entendernos mejor”, *Emergencias*, 21, pp. 81-82.
- MOLINER, M. (2007): *Diccionario de uso del español*, (3ª ed.) (2 vols.), Madrid, Gredos, 1982.
- MOLINER, M. (1998): *Manual de uso del español*. Madrid: Gredos.
- MONER CANO, D. *Estandarización de informes de alta hospitalarios con la norma ISO 13606*, Ibime-Informática Biomédica, Universidad Politécnica de Valencia. Publicación web:  
[http://www.ibime.upv.es/bie/images/documentos/alta13606\\_inforsalud08.pdf](http://www.ibime.upv.es/bie/images/documentos/alta13606_inforsalud08.pdf)
- MONTERO RUIZ, E.; REBOLLAR MERINO, A.; MELGAR MOLERO, V.; BARBERO ALLENDE, J.M.; CULEBRAS LÓPEZ, A.M.; LÓPEZ ÁLVAREZ, J. (2014): “Problemas en la transmisión de información durante el proceso de la interconsulta médica hospitalaria”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 29, Nº. 1, pp. 3-9.

- MONTERO RUIZ, E. (1998): “La comunicación oral en medicina”, *Medicina Clínica*, Barcelona, 111(13). <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-comunicacion-oral-medicina-2580>
- MONTES RAMÍREZ, M.L.; MACHÍN LÁZARO, J.M.; RUANO SORIANO, E.; CARBALLO, F.; JADAD, A. (2002): “Evaluación de la utilidad percibida del uso de las narraciones como presentación de información científica”. *Medicina Clínica*, 119 (11). <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-evaluacion-utilidad-percibida-del-uso-13037430>
- MONTESINO SEMPER, M.; GONZÁLEZ DE GARIBAY, A.S. (2010): “Historia clínica informatizada: 8 años de experiencia en un servicio médico quirúrgico”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 25(3), pp.173-180.
- MONTESINOS ORTÍ, S.; SOLER COMPANY, E.; Rocher Milla, A.; Ferrando Piqueres, R.; RUIZ DEL CASTILLO, J.; ORTIZ TARÍN, I. (2007): “Resultados de un proyecto de control y adecuación del tratamiento médico habitual tras el alta quirúrgica”, *Cirugía Española*, vol.82(6), pp. 333-337.
- MORALES ARDAYA, F.: *Las faltas de lenguaje. Apuntes para la redacción*. Publicación web: [http://servidor-opsu.tach.ula.ve/profeso/morale\\_f/tcc\\_10/d\\_las\\_f\\_d\\_l.pdf](http://servidor-opsu.tach.ula.ve/profeso/morale_f/tcc_10/d_las_f_d_l.pdf)
- MORENA FERNÁNDEZ, J. de la; VALERO GARCÉS, C. (2005): “Comunicación médica con la población inmigrante sin fluidez en la lengua de contacto”. *Revista Clínica Española*, 205(6), pp. 287-289.
- MORENO CAMPOS, V. (2008): “Sobre el concepto de inferencia: un diálogo entre Lingüística y Psicología”, *Territorios en red: prácticas culturales y análisis del discurso*, coord.. por Susana Díaz, Andrea Goin, pp. 159-178. [http://www.academia.edu/169758/Sobre\\_el\\_concepto\\_de\\_inferencia\\_un\\_dialogo\\_entre\\_Linguistica\\_y\\_Psicologia](http://www.academia.edu/169758/Sobre_el_concepto_de_inferencia_un_dialogo_entre_Linguistica_y_Psicologia)
- MORENO CAMPOS, V. (2007): “La obtención y análisis de datos orales en lingüística clínica”. *Oralia*, vol. 10, pp. 213-231. [http://www.academia.edu/169757/La\\_obtencion\\_y\\_analisis\\_de\\_datos\\_orales\\_en\\_Linguistica\\_Clinica](http://www.academia.edu/169757/La_obtencion_y_analisis_de_datos_orales_en_Linguistica_Clinica)
- MORENO SALCEDO, J.M.; SOLERA, J.; SOLERA MUÑOZ, M.; LOSA PALACIOS, A.J.; NIETO, J.A.; BEATO, J.L. (2006): “Estudio descriptivo sobre patrones de exploración física de una muestra de médicos españoles”, *Revista Clínica Española*, 206(8), pp. 369-375.

MORÍN RODRÍGUEZ, A.; CASTELLANO ALEMÁN, A.: La lexicalización por siglas: un fenómeno lingüístico en auge.

[http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/5095/1/0235347\\_01992\\_0009.pdf](http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/5095/1/0235347_01992_0009.pdf)

MOUNIN, G. (1982): *Diccionario de lingüística*, Barcelona, Labor.

MUGÜERZA, P.; BARBETTI VROS, L. y GALLEGO BORGHINI, L. (2011): “Glosario crítico inglés-español de documentos de consentimiento informado”, *Panacea@*, vol. XII, nº 33, pp. 19-34.

NADAL, R. M. (1981): "Otro apunte sobre las siglas", *Gráficas*, 447, pp. 343-344.

NAVARRO ARNEDO, J.M. (2005): “Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: Situación actual y análisis”, *Enfermería intensiva*, vol. 16, Nº. 2, p. 62.

NAVARRO-BELTRÁN, E. (coord.) (1984): *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Barcelona, Salvat.

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2014a): “¿EPOC o epoc?. *Laboratorio del lenguaje*, 11 febrero 2014. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. (2014b): “Nueva ortografía (II): punto decimal”, *Laboratorio del lenguaje*, 11 de marzo de 2014. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2014/03/11/nueva-ortografia-ii-punto-decimal/>

NAVARRO, F.A. (2014c): “Nueva ortografía (I): ¿qué ha cambiado?”, *Laboratorio del lenguaje*, 3 al 9 de marzo de 2014. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/2014/03/04/nueva-ortografia-i-que-ha-cambiado/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2013a): “EE.UU. ¿sigla o abreviatura?”. *Laboratorio del lenguaje*, 11 octubre 2013. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2013b): “El plural de las siglas”. *Laboratorio del lenguaje*, 22 mayo 2013. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2013c): “Siglas confusas”. *Laboratorio del lenguaje*, 22 enero 2013. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2012a): “Baile de siglas I”. *Laboratorio del lenguaje*, 25 enero 2012. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2012b): “Baile de siglas II”. *Laboratorio del lenguaje*, 10 febrero 2012. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>



NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2011a): “¿Qué es AC en quimioterapia antineoplásica?”. *Laboratorio del lenguaje*, 30 mayo 2011. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2011b): “CPV, CVP, PCV, PVC, VCP, VPC”. *Laboratorio del lenguaje*, 7 febrero 2011. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2010a): “¿Hay congresos de asco?”. *Laboratorio del lenguaje*, 9 julio 2010. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2010b): “¿Qué es ELA?”. *Laboratorio del lenguaje*, 29 marzo 2010. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. (2010c): “Lenguaje médico ¿Qué será del español en el siglo XXI?”, Entrevista en IntraMed, 13 septiembre 2010. Publicación web: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=67287>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2009a): “Reacción en cadena de la polimerasa: ¿qué siglas en español?”. *Laboratorio del lenguaje*, 31 diciembre 2009. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2009b): “ABCDEFGH”. *Laboratorio del lenguaje*, 2 septiembre 2009. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2009c): “TAC, TEC, TIC, TOC, TUC”. *Laboratorio del lenguaje*, 16 marzo 2009. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2009d): “Siglas en plural”. *Laboratorio del lenguaje*, 19 enero 2009. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2008a): “AEIOU”. *Laboratorio del lenguaje*, 30 diciembre 2008. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2008b): “AVE y BIRD”. *Laboratorio del lenguaje*, 13 octubre 2008. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2008c): “MRCP, MD, PhD”. *Laboratorio del lenguaje*, 5 agosto 2008. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2008d): “LSD”. *Laboratorio del lenguaje*, 25 junio 2008. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2008e): “Cuando la sigla decide el nombre”. *Laboratorio del lenguaje*, 9 enero 2008. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>

- NAVARRO, F.A. (2008f): “Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español”. *Tremedica*. Asociación Internacional de Traductores y Redactores de Medicina y Ciencias afines. Publicación web <http://www.tremedica.org/glosarios/siglas/>
- NAVARRO, F.A. (2008g): “Repertorio de siglas, acrónimos, abreviaturas y símbolos utilizados en los textos médicos en español”, *Panacea@*, vol. IX, nº 27, pp. 55-59. [http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n27\\_tradyterm-navarro.pdf](http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n27_tradyterm-navarro.pdf) Navarro, F.A.
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2007a): “Siglas con varios significados”. *Laboratorio del lenguaje*, 5 diciembre 2007. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2007b): “La nomenclatura de los virus (IV)”. *Laboratorio del lenguaje*, 12 septiembre 2007. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2007c): “Más siglas polisémicas”. *Laboratorio del lenguaje*, 16 mayo 2007. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2006a): “iARN, ARNi, iRNA...”. *Laboratorio del lenguaje*, 30 noviembre 2006. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2006b): “De par en par”. *Laboratorio del lenguaje*, 7 junio 2006. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2006c): “¡CCLS! (¡cuidado con las siglas!)”. *Laboratorio del lenguaje*, 12 abril 2006. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. y ZÁRATE, J.R. (2006d): “Siglas en plural”. *Laboratorio del lenguaje*, 12 abril 2006. Publicación web: <http://medicablogs.diariomedico.com/laboratorio/>
- NAVARRO, F.A. (2005): “Los bifosfonatos, más allá de la RAE”. *REEMO*, 14 (4). Publicación web: <http://zl.elsevier.es/es/revista/reemo-70/los-bisfosfonatos-mas-alla-rae-13077253-cartas-al-director-2005>
- NAVARRO, F.A., (2004): “Lenguaje médico: el rayo neológico que no cesa”. *Medicina Clínica* vol. 122, nº 11, 27 marzo 2004.



NAVARRO, F.A. (2002): “En pos de la verdadera causa de los anglicismos médicos”. *Ars Medica, revista de Humanidades Médicas*, 1, pp. 53-64 (artículo de las II Jornadas Internacionales de Traducción e Interpretación. Universidad de Málaga, del 17 al 20 de marzo de 1997).

NAVARRO, F.A. (2001a): “La traducción médica en el siglo XXI, elcastellano.org, la página del idioma español” Centro Virtual Cervantes. Congreso de Valladolid. Nuevas fronteras del español. Publicación web:

[http://cvc.cervantes.es/obref/congresos/valladolid/ponencias/nuevas\\_fronteras\\_del\\_espanol/1\\_la\\_traduccion\\_en\\_espanol/navarro\\_f.htm](http://cvc.cervantes.es/obref/congresos/valladolid/ponencias/nuevas_fronteras_del_espanol/1_la_traduccion_en_espanol/navarro_f.htm)

NAVARRO, F.A. (2001b): “¿Citocinas, citoquinas o citokinas?” *Medicina Clínica*, 116 (8), pp. 316-318.

NAVARRO, F.A. (2000): *Diccionario crítico de dudas inglés-español de Medicina*. Madrid: McGraw-Hill.

NAVARRO, F.A. (1998a): “Problemas de género gramatical en medicina”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 110, pp. 68-75.

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=2176>

NAVARRO, F.A. (1998b): “Hablemos de microbios”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 110(3), pp. 117-118.

NAVARRO, F.A. (1997a): “Doscientas cincuenta palabras y expresiones de traducción engañosa en reumatología”. *Revista Española de Reumatología*; 24, pp. 60-71.

NAVARRO, F.A. (1997b): “¿Deben traducirse los topónimos? (contestación)”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 108, pp. 156-157.

NAVARRO, F.A.; Hernández F. (1997c): “Anatomía de la traducción médica”. En: Félix Fernández L, Ortega Arjonilla E, coords. *Lecciones de teoría y práctica de la traducción*. Málaga: Universidad de Málaga, pp. 137-162.

NAVARRO, F.A. (1997d): *Traducción y Lenguaje en Medicina*. Barcelona: Doyma, Fundación Dr. Antonio Esteve.

NAVARRO, F.A.; Barnes, J. (1996a): “Traducción de títulos al inglés en MEDICINA CLINICA: calidad e influencia del castellano”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 106, pp. 298-303.

NAVARRO, F.A. (1996b): “Palabras francesas de traducción engañosa en medicina”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 106, pp. 417-426.

NAVARRO, F.A. (1996c): “Palabras alemanas de traducción engañosa en medicina”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 106, pp. 537-544.

- NAVARRO, F.A. (1996d): “Sidoso y sídico: dos adjetivos para el sida”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 106, p. 797.
- NAVARRO, F.A. (1996e): “La lepra indeterminada: una traducción de ida y vuelta. (castellano-inglés-castellano)”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, pp. 204-207.
- NAVARRO, F.A. (1996f): “Afrodita, la venereología y el lenguaje médico (I)”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, pp. 281-285.
- NAVARRO, F.A. (1996g): “Afrodita, la venereología y el lenguaje médico (II)”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, pp. 356-360.
- NAVARRO, F.A. (1996h): “Corrección de estilo y ética del proceso editorial”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 106, pp. 757-758.
- NAVARRO, F.A. (1996i): “El idioma de la medicina a través de las referencias bibliográficas de los artículos originales publicados en Medicina Clínica durante 50 años (1945-1995)”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 107, pp. 608-613.
- NAVARRO, F.A. (1996j): “En defensa de la grafía eccema”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, pp.429-434.
- NAVARRO, F.A. (1995a): “La nomenclatura de los fármacos I. ¿Qué es y para qué sirve la denominación común internacional?”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 105, pp. 344-384.
- NAVARRO, F.A. (1995b): “La nomenclatura de los fármacos II. ¿Qué es y para qué sirve la denominación común internacional?”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 105, pp. 385-388.
- NAVARRO, F.A. (1995c): “La nomenclatura de los fármacos III. ¿Qué es y para qué sirve la denominación común internacional?”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 105, pp. 420-427.
- NAVARRO, F.A. (1995d): “Ciento treinta y cuatro palabras y expresiones de traducción engañosa en dermatología”. *Actas Dermosifiliográficas*; 86, pp. 624-633.
- NAVARRO, F.A. (1995e): “Tercer listado de palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 105, pp. 504-514.
- NAVARRO, F.A. (1994a): “La acné y otras palabras de género gramatical dudoso en dermatología”. *Actas Dermosifiliográficas*; 85, pp. 763-767.
- NAVARRO F.A.; HERNÁNDEZ, F. (1994b): “Glosario de “falsos amigos” y palabras de traducción engañosa en el inglés de los textos médicos”. *Lebende Sprachen*; 39, pp. 24-29.
- NAVARRO, F.A.; HERNÁNDEZ, F.; RODRÍGUEZ-VILLANUEVA, L. (1994c): “Uso y abuso de la voz pasiva en el lenguaje médico escrito”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 103, pp. 461-464.
- NAVARRO, F.A. (1993a): “Seguimos utilizando un alfabeto que desconocemos o seguimos desconociendo un alfabeto que utilizamos”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 100, pp. 796.

- NAVARRO, F.A. (1993b): “El nuevo Diccionario de la Real Academia Española. Su repercusión sobre el lenguaje médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 101, pp. 584-590.
- NAVARRO, F.A. (1993c): “Problemas de acentuación en medicina y farmacología”, *Medicina Clínica*, 101, pp. 777-781.
- NAVARRO, F.A.; HERNÁNDEZ, F. (1993d): “La vida de las palabras”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 101, pp. 116-117.
- NAVARRO, F.A. (1992a): “Palabras de traducción engañosa en el inglés médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 99, pp. 575-580.
- NAVARRO, F.A. (1992b): “Cólquida, cólquico, ¿”colchicina”?”, *Medicina Clínica*, Barcelona; 98, pp. 75-76.
- NAVARRO, F.A. (1992c): “¿Microalbuminuria u oligoalbuminuria? La importancia de las lenguas clásicas en la formación de neologismos médicos”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 98, pp. 277.
- NAVARRO, F.A. (1991): “La expresión inglesa *half life*”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 97, p. 438.
- NAVARRO, F.A.: “Sexismo lingüístico”, *Puntoycoma*, número 42. Publicación web: <http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/41/pyc414.htm>
- “Novedades en lexicografía médica (y II). Otros trabajos lexicográficos menores”. *Puntoycoma* n°124. Publicación web: [http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/125/pyc1254\\_es.htm](http://ec.europa.eu/translation/bulletins/puntoycoma/125/pyc1254_es.htm)
- NAVAZA, B.; ESTÉVEZ, L.; SERRANO, J. (2009): “Saque la lengua, por favor. Panorama actual de la interpretación sanitaria en España”. *Panace@*, vol. X n° 30, pp. 141-156.
- NERLICH, B. (2003): “Metáfora, ciencia y medios de comunicación”. *Panace@*, vol. IV, n° doble 13-14, pp. 267-276.
- NERLICH, B.; HAMILTON, C.A.; ROWE, V. (2002): “Conceptualising foot and mouth disease: the socio-cultural role of metaphors, frames and narratives. *Metaphorik.de*, 02/2002 40. Nomenclatura anatómica internacional (PNA)”. En: *Rouvière H. Anatomía humana* (8.a edición española; tomo I). Madrid: Bailly-Baillière, 1980; pp. 1-33.
- NERLICH, B.; CHAMIZO DOMÍNGUEZ, P.J. (1999): “Cómo hacer cosas con palabras polisémicas: el uso de la ambigüedad en el lenguaje ordinario”. *Contrastes*, Revista Interdisciplinar de filosofía vol. IV, pp. 77-96.
- NEMI, S.A.: Manual de abreviaturas de uso frecuente del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, Publicación web: [www.hpc.org.ar/images/revista/431-v3p166.pdf](http://www.hpc.org.ar/images/revista/431-v3p166.pdf)

- NOVOA JURADO, A.J.; MOLINA DURÁN, F.; LUNA MALDONADO, A. (2004): “Reconstrucción del pensamiento médico: fundamentos del pragmatismo clínico”. *Medicina Clínica*, Barcelona: 123(9), pp. 345-351.
- NÚÑEZ DIAZ, S.; MARTÍN-MARTÍN, A.F.; RODRÍGUEZ PALMERO, I.; GONZÁLEZ HERNÁNDEZ, I.; ANTOLÍN ARIAS, J.; HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, R.; ALVAREZ RUBIO, I. (2002): “Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario”, *Revista Clínica Española*; 202(12), pp. 629-634.
- OKAN, Y.; MÜLLER, S.M.; GARCÍA RETAMERO, R. (2010): “Relación entre pensamiento y lenguaje: cómo el género gramatical afecta a las representaciones semánticas de los objetos”. *Revista boletín Aelfa*, 10 (3). <http://zl.elsevier.es/es/revista/boletin-aelfa-311/relacion-pensamiento-lenguaje-como-genero-gramatical-afecta-13189913-originales-2010>
- OLIVA-MARAÑÓN, C. (2011): “La creación léxica mediante siglas: un recurso de condensación expresiva en la prensa digital”, *Revista de Comunicación Vivat Academia*, nº 117, pp. 63-76. <http://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/viewFile/147/150>.
- OLMO NÚÑEZ, S.M<sup>a</sup>; CASAS DE LA CAL, L.; MEJÍAS DELGADO, A. (2007): “El registro de enfermería: un sistema de comunicación”. *Enfermería Clínica*. vol. 17(3). <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/el-registro-enfermeria-un-sistema-comunicacion-13106702-original-breve-2007>
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A.; ESPINOSA ARRANZ, E. (1998): “La pervertida autoría”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 110(14), pp. 548-549.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1994): *Lenguaje médico: modismos, tópicos y curiosidades*, Madrid: Noesis.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1993a): “Jerga, cultura e información”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, vol. 67, nº 4, pp. 243-247. [www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/.../67\\_4\\_243.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/.../67_4_243.pdf)
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1993b): “La jerga médica”. *Clínica Rural*. Revista de Actualización en Atención Primaria; 394, pp. 4-5.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1992a): “Lenguaje médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 99, pp. 781-783.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1992b): *Lenguaje médico. Estudio sincrónico de una jerga*. Cantoblanco, Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1990): “Algunos barbarismos del lenguaje médico”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 94, pp. 381-383.
- ORDÓÑEZ GALLEGO A.; GARCÍA GIRÓN, C. (1988): “Diversos aspectos del lenguaje médico (los modismos al uso)”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 90, pp. 419-421.
- ORDÓÑEZ GALLEGO, A. (1987): “La información médica al familiar: un aprendizaje”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 88, pp. 719-721.
- Organización Mundial de la Salud. (1992): *Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Liste récapitulative n° 8*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1988): *Dénominations communes internationales (DCI) pour les substances pharmaceutiques. Lista recapitulativa n° 7*. Ginebra: OMS.
- ORTIZ DE FRUTOS, F.J.; JIMÉNEZ MARTÍNEZ, Y. (1996): “En defensa de la grafía eczema”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, pp. 428.
- OTERO LÓPEZ, M.J.; MARTÍN, R.; ROBRES, M.D.; CODINA, C.: *Errores de medicación*, Publicación web: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomol/cap214.pdf>
- OTERO LÓPEZ, M.J.; CASTAÑO RODRÍGUEZ, B.; PÉREZ ENCINAS, M.; CODINA JANÉ, C.; TAMÉS ALONSO, M.J.; SÁNCHEZ MUÑOZ, T.; RUIZ-JARABO 2000 WORK GROUP (2008): “Actualización de la clasificación de errores del Grupo Ruiz-Jarabo 2000”, *Farmacia Hospitalaria*; 32(1), pp. 38-52.
- OTERO LÓPEZ, M. J.; MARTÍN MUÑOZ, R.; DOMÍNGUEZ GIL HURLE, A. (2004): “Seguridad de medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación”, *Farmacia Hospitalaria*; 28, pp. 141-144.
- OTERO LÓPEZ, M.J.; CODINA JANÉ, C.; TAMÉS ALONSO, M.J.; PÉREZ ENCINAS, M. en representación del Grupo de Trabajo RuizJarabo 2000 (2003): “Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. Resultados de la beca RuizJarabo 2000”. *Farmacia Hospitalaria*; 27, pp. 137-49.
- OTERO LÓPEZ, M.J.; VALVERDE MERINO, M.P.; MORENO ÁLVAREZ, P.J. (2002): “Prevención de errores de medicación”, *Farmacia Hospitalaria*, Madrid Vol. 26. N.º 6, pp. 381-385. <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero11.pdf>
- OTERO LÓPEZ, M.J.; MARTÍN, R.; DOMÍNGUEZ-GIL, A. (2001): “Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos”. En: Lacasa C, Humet C, Cot R. *Errores de medicación: prevención, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: EASO SL; pp. 95-102.
- OTHARÁN, E.M. (2002): *Diccionario de abreviaturas, acrónimos, siglas y símbolos médicos*. Barcelona: Mayo, 2002.

- PADILLA DE ZERDÁN, C. (2005): “Exposición/Explicación y argumentación en el discurso académico escrito del español”, en G. Vázquez (coord.): *Español con fines académicos: de la comprensión a la producción de textos*, Madrid, Editorial Edinumen, pp. 113-134.
- PAMIES BERTRÁN, A. (2007): “Metáforas libres y metáforas lexicalizadas”. Conferencia plenaria del *II Congreso Internacional de Léxico Español Actual* (20-03-2007), Università Ca Foscari di Venezia. <http://arcaoold.unive.it/bitstream/10278/1233/1/14%20Bertran.pdf>
- PAMIES BERTRÁN, A.; RODRÍGUEZ SIMÓN, F. (2005): “El lenguaje de los enfermos: metáfora y fraseología en el habla espontánea de los pacientes”. Frankfurt: Peter Lang (*Studien zur romanischen Sprachwissenschaft und interkulturellen Kommunikation*, Band 29)
- PARCET, M. (2011): “El sistema sanitario alemán”. *Panace@*, vol. XII, nº 34, pp. 285-294.
- PARDO HERRERO, P.; GARRIGA ESCRIBANO, C. (2012): *El diccionario enciclopédico hispano-americano de montaner y simón: a propósito del léxico de la ciencia y de la técnica*, Universitat Autònoma De Barcelona. Departament De Filologia Espanyola 2012.
- PARODI, G., (2008): “¿Qué significa ser lingüista en el siglo XXI?: Reflexión teórica y metateórica”. Discurso de incorporación a la Academia Chilena de la Lengua, como miembro correspondiente por Valparaíso, *Revista Signos*, vol. 41, nº 67, Valparaíso. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-09342008000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-09342008000200005&script=sci_arttext)
- PASCUAL ORTEGA, S.M<sup>a</sup>; ARIJA ALVAREZ, M.Y.; PALACIOS GONZÁLEZ, S.; CAMALEÑO DELGADO, C. (2013): “Satisfacción del profesional de enfermería con el nuevo informe de alta/traslado de URPA”. *Revista de Enfermería CyL*, vol. 5(2). <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/73>
- PEDRAZA MURIEL, V. (2003): “Ciencia y literatura científica en el umbral del siglo XXI. Perspectivas y realidades”. *Revista Clínica Española*, 203(9), pp. 409-411.
- PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, A. (2007): “El consentimiento en la experimentación con seres humanos. El caso de los ensayos clínicos”, *Anuario da Facultade de dereito da Universidade da Coruña (AFDUDC)*, 11, pp. 681-695.
- PELLEJERO GARCÍA, C. (2004): “Informes de alta y otra documentación clínica en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, en Autonomía del paciente, información e historia clínica”. *Estudios sobre la Ley 41/2002, de 14 de noviembre* / coord. por Emilio Lizarraga Bonelli, Pedro González Salinas, pp. 297-320.
- PERA, M. (2008): “Respuesta”. *Cirugía Española*, vol. 84(5). <http://zl.elsevier.es/es/revista/cirugia-espanola-36/respuesta-13128258-cartas-al-director-2008?bd=1>

PERA, C. (1983): “La patología del lenguaje médico”. *Revista Quirúrgica Española*; 10, pp. 1-2.

PERA, C.: El Humanismo en la relación Médico-Paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina, documento de trabajo nº 6. Publicación web:

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD020.pdf>

PEREDA ARREGUI, E.; BLAYA LÓPEZ, E.; DELGADO AGUILAR, H.; REMÍREZ SUBERBIOLA, J.M. (2004): “¿Coordinación de las altas hospitalarias?”, *Enfuro*, Nº. 91, pp. 30-31.

PEREDA ARREGUI, E.; BLAYA LÓPEZ, E.; DELGADO AGUILAR, H.; REMÍREZ SUBERBIOLA, J.M. (2003): “¿Coordinación de altas hospitalarias?”, *Enfuro*, Nº. 87, pp. 12-13.

PÉREZ, Y.: Base de datos de Nutrición y Dietética: apartado de siglas y abreviaturas más frecuentes. Publicación web: <https://eldietista.info/etiquetas/siglas-medicas#.VlrT7tIvfDc>

PÉREZ, M.; GARAYZÁBAL HEINZE, E.; EL-MADKOURI, M. (2003): “Pragmática y traducción: una propuesta para el tratamiento de las inferencias conversacionales”, *Revista electrónica de estudios filológicos*, nº VI, diciembre 2003.

<http://www.um.es/tonosdigital/znum6/estudios/PerezGarayMadkouri.htm>

PÉREZ PEÑA, A. (1994): “Deterioro del lenguaje médico. El imperio de las siglas”. *Anales Medicina Interna*; 11, pp. 107-108.

PETRA MICU, I.M. (2012): “La enseñanza de la comunicación en medicina”. *Investigación en educación médica*, 1(4), pp. 218-224.

[http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num04/09\\_AR\\_COMUNICACION.PDF](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V1Num04/09_AR_COMUNICACION.PDF)

PLASENCIA MARTÍNEZ, S.; MOLINER LAHOZ, J. (2012): “Uso y abuso de las abreviaturas en los informes del hospital clínico universitario Lozano Blesa”. *Revista Paraninfo Digital*; 16. Disponible en: <http://www.paraninfo.com/paraninfo/publicaciones/comunicacion/paraninfo16/241d.php>

PONS I DE BERISTAIN, C.; SÁNCHEZ LÓPEZ, M.J.; DELÀS I AMAT, J. (1993): “La vida de las palabras”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 101, p. 116.

PRIETA MIRALLES, V. (2002): “La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos”. *Panace@*, vol. 3 nº8, pp. 36-39.

PRIETO DE PAULA, J.M. y FRANCO HIDALGO, S. (2011): “Acerca de los informes clínicos de alta”. *Medicina Clínica*, vol 136, nº 12, abril 2011, pp. 553-557.

<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-acerca-los-informes-clinicos-alta-90002921>



PRIETO DE PAULA, J.M.; FRANCO HIDALGO, S. (2008): “Sobre el término patología en la acepción de enfermedad”, *Revista Clínica Española*, 208(10), pp. 531-534.

PRINZ, J.; MILLÁN, M. (1995): “Estudio de la terminología en la historia clínica”. *Todo Hospital*; 10, pp. 167-169.

PUENTE FONSECA, C.J. (2003): “Siglas y abreviaturas del inglés que son de utilidad en cirugía pediátrica, pediatría y neonatología”. *Panace@*, vol. IV, nº12, pp. 131-135.

PUENTE FONSECA, C.J. (1997): “Algunos vicios del lenguaje en la medicina”. *Revista Cubana Educ. Med. Sup.*; 11(2), pp. 120-126.

PUERTA LÓPEZ-CÓZAR, J.L.; MAURI MÁS, A. (1995): “Abreviaturas y acrónimos médicos en español”. En: *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos*. Barcelona: Masson; pp. 371-398.

PULIDO, M. (1985): “Sobre la calidad de los escritos médicos”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 85, pp. 276-278.

“Quaderns de la bona praxi, Informes clínics, eines de comunicació”, Colegi oficial de metges de Barcelona, febrero 2005. Publicación web: <file:///C:/Users/Ana%20Rosa/Downloads/praxi18.pdf>

QUIJADA DIEZ, C. “La formación del traductor especializado en medicina”. Publicación web: [http://www.uem.es/web/fil/invest/publicaciones/web/EN/AUTORES/quijada\\_art.htm](http://www.uem.es/web/fil/invest/publicaciones/web/EN/AUTORES/quijada_art.htm)

QUIJADA DIEZ, C. (2007): “El español científico y técnico para todos los públicos”. *Panace@*, vol. VIII, nº 25, pp. 80-81.

QUINTANA CABANAS, J.M. (1989a): *Introducción etimológica al léxico de la biología*. Madrid: Dykinson.

QUINTANA CABANAS, J.M. (1989b): *La terminología médica a partir de sus raíces griegas*. Madrid: Dykinson.

RAMÍREZ, J.L. (2003): “Tópico de la responsabilidad. Reivindicación de la retórica para la ciudadanía moderna”. *Utopía y praxis latinoamericana: revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social* nº 21, pp. 101-116. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2731221>

RAMÓN Y CAJAL, S. (1970): *El mundo visto a los 80 años*, Madrid, Espasa Calpe.

RAMOS LÓPEZ, J.M.; CUCHI ALFARO, M.; PÉREZ GARCÍA, B.: “Informes clínicos informatizados: calidad asistencial versus recurso tiempo”. *RevistaSalud.com* Publicación web: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/18/29>

Real Academia Española (2014): *Diccionario de la lengua española* (DRAE), Madrid, (23ª edición)



Real Academia Española (2001): *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Espasa. [www.rae.es/rae.html](http://www.rae.es/rae.html)

Real Academia Española. (1996): *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.

Real Academia Española (1992): *Diccionario de la lengua española* (DRAE), Madrid, (21<sup>a</sup> edición)

Real Academia Española (1989): *Diccionario manual e ilustrado de la lengua española* (DRAE), Madrid, Espasa Calpe, (2<sup>a</sup> edición)

Real Academia Española (1984): *Diccionario de la lengua española*, Madrid, Espasa Calpe, 20<sup>a</sup> ed.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2010): *Ortografía de la lengua española*. Madrid: Espasa.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2010): *Nueva gramática de la lengua española*. Madrid: Espasa.

Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2005): *Diccionario Panhispánico de Dudas*. Madrid: Santillana. <http://lema.rae.es/dpd/>

Real Academia Nacional de Medicina (2011): *Diccionario de términos médicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Disponible (con acceso restringido) en <http://dtme.ranm.es/>

Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales (1990): *Vocabulario científico y técnico* (2<sup>a</sup> edición). Madrid: Espasa-Calpe.

REDONDO CAPAFONS, S.; GARRIGA BIOSCA, M.R.; PLA POBLADOR, R.; QUINTANA RIERA, S. (2005): “La prescripción farmacológica en los informes de alta hospitalaria”, en *Atención Farmacéutica*, vol. 7, Nº. 3, pp. 171-173

REMES TROCHE, J.M. (2012): “El inglés, la quinta era del lenguaje de la medicina”. *Revista de Gastroenterología de Mexico*, vol. 77(3), pp. 103-105.

REYES DOMINGUEZ, A.; GONZALEZ BORREGO, A.; ROJAS GARCÍA, M.F.; MONTERO CHAVES, G.; MARÍN LEÓN, I.; LACALLE REMIGO, J.R. (2001): “Los informes de alta hospitalaria médica pueden ser una fuente insuficiente de información para evaluar la calidad de la asistencia”. *Revista Clínica Española*; 201(12), pp. 685-689.

RIVERA, R.A. (2003): “El problema es severo pero no grave”. *Apuntes...Intrades: intérpretes y traductores de español*, 1. <http://www.apuntesonline.org/Ver03.pdf>

ROCA JUSMET, L. (2010): “Paradigmas y modelos en los discursos médicos”. *Revista de Homeopatía*, 3 (1). <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-medica-homeopatia-287/paradigmas-modelos-los-discursos-medicos-13149249-fundamentos-2010>

- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (2012): “Origen y evolución de las siglas”, *Estudios de lingüística española: homenaje a Manuel Seco* / coord. por Félix Rodríguez González, pp. 355-380.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1993): “Las siglas como procedimiento lexicogenésico”, *Estudios de lingüística: E.L.U.A.*, N° 9, pp. 9-24.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1992): “Tipología y estudio de los derivados siglares de carácter nominal”, *Actas do XIX Congreso Internacional de Lingüística e Filoloxía Románicas* / coord. por Ramón Lorenzo Vázquez, vol.2, (Sección II. Lexicología e Metalexigrafía), pp. 289-306.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1990): “La traducción de las siglas inglesas”, *Estudios de filología inglesa: homenaje al doctor Pedro Jesús Marcos Pérez* / coord. por Félix González Rodríguez, pp. 169-182.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1989): “La derivación de las siglas”, *Boletín de la Real Academia Española*, Tomo 69, Cuaderno 247, pp. 211-256.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1987): “Naturaleza sintáctica de las formas siglares: el cambio funcional”, *Estudios de lingüística: E.L.U.A.*, N° 4, pp. 139-148.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1986): “Apuntes lexicográficos: reflexiones a propósito de un diccionario general de siglas”, *Revista española de lingüística aplicada*, vol. 2, pp. 127-149.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1984): “El género de las siglas”, *Revista española de lingüística*, Año n° 14, Fasc. 2, pp. 311-366
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1983): “Morfología del número en las siglas”, *LEA: Lingüística española actual*, vol. 5, N° 1, pp. 137-152.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1982): “Variaciones fonotácticas en siglas: condicionamientos lingüísticos y sociolingüísticos”, *Revista española de lingüística*, Año n° 12, Fasc. 2, pp. 357-374.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1981): *Análisis lingüístico de las siglas: especial referencia al español e inglés*. Salamanca, Facultad de Filología, Universidad de Salamanca. (Tesis doctoral dirigida por Antonio Llorente).
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F. (1977): "El 'clipping' en la lengua inglesa y española: motivos que condicionan la acuñación y empleo de los mismos" *Estudios de Filología Inglesa*, Granada, 3, pp. 87-97.

- RODRÍGUEZ-MONTES, J.A. (2009): “Decadencia del arte clínico y auge de la medicina high-tech”. *Revista Clínica Española*; 209(8), pp. 361-363. disponible en; <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-clinica-espa%C3%B1ola-65/decadencia-arte-clinico-auge-medicina-high-tech-13141465-editorial-2009>
- RODRÍGUEZ PERDOMO, T. (2012): “La polisemia en la traducción jurídico-médica”. *Panace@*, vol. XIII, nº36, pp. 321-326.
- RONDAL, J.A. (2011): “La morfosintaxis de los enunciados: ¿categorías lingüísticas de la profundidad a la superficie o regulaciones en línea sobre base pragmático-semántica?”, *Revista de logopedia, foniatría y audiología*, vol. 31 (2), pp. 57-64.
- ROSALES, S. (2009), “Perspectiva histórica de la redacción médica profesional”, en *La redacción médica como profesión. Qué es y qué hace el redactor de textos médicos*, Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve nº 17, Barcelona, pp. 1-6.  
<file:///C:/Users/Ana%20Rosa/Downloads/254949-343938-1-PB.pdf>
- ROSELL, A. (1967): *Escritura de formas siglares*. Montevideo: La Paz.
- ROSENBLAT, Á. (1967): “El futuro de la lengua”, *Revista de Occidente*, pp. 56-57.
- RUIZ MAMBRILLA, M. (2005): “Valoremos y tratemos el lenguaje de nuestros pacientes”. *Rehabilitación*, vol. 39(2). <http://zl.elsevier.es/es/revista/rehabilitacion-120/valoremos-tratemos-lenguaje-nuestros-pacientes-13072895-cartas-al-director-2005>
- RUIZ DE LA CIERVA, M.C. (2007): “Los géneros retóricos desde sus orígenes hasta la actualidad”, Conferencia pronunciada en las *Jornadas Questões de Retórica Contemporânea*, Universidade da Beira Interior, Departamento de Comunicação e Artes, Covilhã (Portugal), 9 de noviembre de 2007.
- RUIZ GÓMEZ, M.C. (2005): “Utilización del diagnóstico enfermero en los informes de enfermería al alta hospitalaria”, *Biblioteca Lascasas*; 1.  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0012.php>
- RUIZ ROSENDO, L. (2005): “La interpretación de congresos de medicina: formación y profesión”, *Traslation Journal*, vol.9, nº 3, julio 2005.  
<http://translationjournal.net/journal/33medint.htm>
- RUIZ-SÁNCHEZ, M.A. (2005): “Uso de Abreviaturas Ante la pregunta: ¿Cuáles son las abreviaturas que se escriben en los registros del expediente clínico? Respondió: Ninguna”. Claudio Solís., *Varia*, Colegio de enfermeras de Costa Rica, pp. 34-38.
- SALDAÑA, E. (2003): “Ludolingüística médica”. *Panace@*, vol. IV, nº doble 13-14, pp. 277-289.

- SALDÍVAR BLANCO, J.M. (2011): “Una guía actual para la escritura científica”. *Medicina Universitaria*, vol. 13(50). <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-universitaria-304/una-guia-actual-escritura-cientifica-90002681-por-los-estantes-2011>
- SALVADOR, V. (2014): “Paraula i cultura de la salut: indagacions de lingüística mèdica”, *Caplletra. Revista Internacional de Filologia*, Issue 50.
- SÁNCHEZ CARO, J. “Los derechos y deberes de los pacientes en información y documentación clínica”, *el Médico Interactivo, Diario electrónico de la Sanidad*.  
Publicación web: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/gestion/derechos.htm>
- SÁNCHEZ-MUÑOZ, L.A.; MAYOR-TORANZO, E.; ALARCÓN-GARZÓN, I.; NOGALES-MARTÍN, L. (2010): “Acontecimientos adversos por medicamentos en medicina interna”, *Revista Clínica española*, vol.210 (10), pp. 532-533.
- SÁNCHEZ OCAÑA, R. (2003): “El abuso de las siglas”. *Jano*, Barcelona; 64, p. 1.715
- SÁNCHEZ PÉREZ, A. (1985): *Gran Diccionario de Uso de la Lengua Española*, Madrid, SGEL.
- SÁNCHEZ YUS, E. (1997): “¿Deben traducirse los topónimos?”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 108, p. 156.
- SÁNCHEZ YUS, E.; DIEGO POLO, V.; SANZ VICO, M.D. (1987): “¿Eritema nudoso o eritema “nodoso”?”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 89, p. 806.
- SAN ROMÁN TERÁN, C.M.; TORREMOCHA MELÉNDEZ, O.; MEDINA DELGADO, P.; CASTILLO ROMERO, V. (2006): “A propósito de los Informes de Alta”, *Revista Clínica española*, vol. 206(8), p. 416.
- SANS QUINTERO, M.I. (1990): “La importancia del inglés como vehículo de comunicación e información científica y su enseñanza en las ciencias de la salud”. *Revista Clínica española*, 187, pp. 25-28.
- SANTOS GAGO, J.M; ÁLVAREZ SABUCEDO, L.M.; FERNÁNDEZ IGLESIAS, M.J.; MÍGUEZ PÉREZ, R.; ALONSO RORÍS, V.M.; MIKIC FONTE, F.A. (2012): “Diseño de un marco semántico para la recuperación contextualizada de documentos científicos en el ámbito sanitario”, en *Nutrición hospitalaria: Organo oficial de la Sociedad española de nutrición parenteral y enteral*, vol. 27, N°. Extra 2, pp. 59-66.
- SANTOYO, J.C. (1980): "Análisis lingüístico de las siglas inglesas usadas"; Yelmo, Seco, M. (1977): "El léxico de hoy", *Comunicación y Lenguaje*, Bilbao, pp. 181-201.

- SARDÁ, N.; VILÁ, R.; MIRA, M.; CANELA, M.; JARIOD, M.; MASQUÉ, J. (1993): “Análisis de la calidad y contenido del informe de alta hospitalaria”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 101, pp. 241-244.
- SAUCA I BALART, A. (2008): “Los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación en el daño cerebral adquirido”. *IV Jornadas Monográfiques de Lingüística Clínica*, Valencia, 12/11/2008. <http://www.uv.es/perla/Sauca2008.pdf>
- SECO, R. (1988): *Manual de Gramática Española*. Madrid: Aguilar.
- SECO, M. (1990): *Diccionario de dudas y dificultades de la lengua española* (9.a edición). Madrid: Espasa- Calpe.
- SECO, M. (1977): "El léxico de hoy" en Rafael Lapesa (coord.), *Comunicación y lenguaje* Madrid. Karpos, pp. 183 -201.
- SEGURA, J. (Jack), *Los anglicismos en el lenguaje médico*, weblenguas. Publicación web: <http://www.elcastellano.org/medico.html>
- SEGURA, J. (1997): “El asedio de la lengua española en las ciencias médicas”. *Revista Neurología*, Barcelona; 25, pp. 122-125.
- SERRANO, P. (2008): “Recomendaciones para la redacción de un informe de alta hospitalaria de calidad”. Publicación web: [www.telecardiologo.com](http://www.telecardiologo.com)
- SERRANO MORAZA, A. (1996): “Extricación versus rescate medicalizado”. *Emergencias*; 8, pp. 114-115.
- SHASHOK, K; Kerans, M.E. (2006): “La voz activa y pasiva en las revistas médicas”. *Revista Clínica española*, 206(1), pp. 58-63.
- SIERRA VALENTÍ, X. (1995): “El dermatólogo y el lenguaje”. *Piel*; 10, pp. 167-169.
- SILVA, G.A. (1990): “Las incorrecciones del “chi cuadrado”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 95, p. 116.
- SILVER, E. (1999), “La información de los sistemas sanitarios y sus pacientes”, *Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura*, N° 16, pp. 19-22. <http://quark.prbb.org/16/016019.htm>
- SONESSON, G. (1992): “De la retórica de la percepción a la retórica de la cultura”, *Heterogénesis* 15, pp. 1-12.
- SONTAG, S. (1996): *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- SOTOCA MOMBLONA, J. M.; CANIVELL FUSTÉ, S.; ALEMANY VILCHES, L.; SISÓ ALMIRALL, A.; CODINA JANÉ, C.; RIBAS SALA, J. (2009): “Problemas relacionados con la medicación que causan ingresos hospitalarios”, *Atencion Primaria*, vol. 41(3), pp. 141-146.

- SUÁREZ OBANDO, F.; CAMACHO SÁNCHEZ, J. (2013): “Estándares en informática médica: generalidades y aplicaciones”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 42 (3).
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1997a): “Mejoremos la escritura científica. Menor que, mayor que”. *Cienc Pharm*; 7, pp. 152-153.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1997b): “Mejoremos la escritura científica. Gragea. Dragea. Gragear”. *Cienc Pharm*; 7, pp. 315.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1996a): “Mejoremos la escritura científica”. *Cienc Pharm*; 6, p. 63.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1996b): “Mejoremos la escritura científica. Omisión de parte de un texto”. *Cienc Pharm*; 6, p. 113.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1996c): “Mejoremos la escritura científica. Los demostrativos, pronombres o adjetivos, este, ese, aquel y sus formas derivadas”. *Cienc Pharm*; 6, p. 173.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1996d): “Mejoremos la escritura científica. Tercera persona del singular del presente de indicativo del verbo prever”. *Cienc Pharm*; 6, p. 219.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1996e): “Mejoremos la escritura científica. Uso del etc.” *Cienc Pharm.*, 6, p. 296.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995a): “Mejoremos la escritura científica. Antibioticoterapia”. *Cienc Pharm*; 5, pp. 50-51.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995b): “Mejoremos la escritura científica. Las unidades de medida del Sistema Internacional, SI”. *Cienc Pharm*; 5, pp. 144-145.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995c): “Mejoremos la escritura científica. Expresión del tiempo en el Sistema Internacional, SI”. *Cienc Pharm*; 5, p. 188.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995d): “Mejoremos la escritura científica”. *Cienc Pharm*; 5, pp. 233-239.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995e): “Nuestra sección "Mejoremos la escritura científica". *Cienc Pharm*; 5, pp. 245-246.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995f): “Mejoremos la escritura científica. El término estándar y sus derivados”. *Cienc Pharm*; 5, p. 296.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1995): “Mejoremos la escritura científica. Signos de puntuación”. *Cienc Pharm*; 5, pp. 101-102.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1994a): “Mejoremos la terminología en la escritura científica”. *Cienc Pharm*; 4, p. 54.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1994b): “Mejoremos la terminología en la escritura científica: El símbolo de la unidad monetaria nacional es PTA”. *Cienc Pharm*; 4, p. 157.

- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1994c): “Mejoremos la terminología en la escritura científica: El vocablo "rango". *Cienc Pharm*; 4, pp. 103-104.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1994d): “Mejoremos la terminología en la escritura científica. Utilización de las mayúsculas”. *Cienc Pharm*; 4, p. 211.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1994e): “Mejoremos la terminología en la escritura científica. Haber de, tener que, deber”. *Cienc Pharm*; 4, p. 268.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1994f): “Mejoremos la terminología en la escritura científica. Utilización del pronombre "nos". *Cienc Pharm*; 4, p. 315.
- SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. “Mejoremos la escritura científica. De acrónimos, siglas, símbolos y abreviaturas”. *Cienc Pharm*; 7, p. 251.
- SUÑÉ NEGRE, J.M.; BEL PRIETO, E.; SUÑÉ ARBUSSÀ, J.M. (1991): “Terminología farmacéutica en castellano: droga, sustancia medicamentosa, fármaco, principio activo, medicamento”. *Cienc Pharm*; 1, pp. 21-27.
- SZIGRISZT, F. (2004): “Abreviaturas, acrónimos, siglas y símbolos”. En: *Manual de estilo del médico dermatólogo*. Madrid: Aula Médica; pp. 619-764.
- TABACINIC, K.R. (2013): “Preposiciones como conectores en el discurso biomédico”. *Panace@*, vol. XIV, nº37, pp. 66-79.
- TAMAYO, M<sup>a</sup> L. (2011): “Informes clínicos: Dónde estamos y hacia dónde debemos ir”, Comisión de Historias Clínicas, Servicio de Admisión y Documentación Clínica Servicio de Salud del Principado de Asturias, SESPA, Hospital Universitario Central de Asturias, 14 de julio 2011.
- TAPIA GRANADOS, J.A. (2004): “Kilómetro por hora, ji cuadrado, días-hormiga: temas dimensionales, métricos y algebraicos en las tareas de redacción, edición y traducción”, *Panace@*, vol. V, nº 17-8 septiembre-diciembre 2004, pp. 208-215.
- TAPIA GRANADOS, J.A. (1996): “Sidoso y sídico: dos adjetivos para el sida (contestación)”. *Medicina Clínica*, Barcelona; 106, p. 797.
- TAPIA GRANADOS, J.A. (1995): “Sídico: Perteneciente o relativo al sida”. *Medicina Clínica*, Barcelona, 104, p. 799.
- TENA MARSÁ, X. (2012): “El culto a las abreviaciones: idolatría o virtud”. *Reumatología Clínica*, 8(2), pp. 54-55.
- TERRADA, M.L. y PERIS BONET, R. (1988): *Lecciones de documentación médica*. Valencia, Universidad de Valencia.

- TERRADA, M.L. (1983): *La documentación médica como disciplina*. Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica.
- THORNE, C. (1976): *Método de redacción médica*. Méjico: Diana.
- TORDABLE, A.M<sup>a</sup>; SANZ PECES, E.M.; ALONSO BABARRO, A.; SÁNCHEZ DEL CORRAL USAOLA, F.; CANO GONZÁLEZ, J.M. (2002): “Evaluación de un informe de enfermería al alta. Resultados de una encuesta desde Atención Primaria”, *el Médico Interactivo*, septiembre 2002.  
<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/ctrosalud2002/7/423-428.pdf>
- TORRES NAVARRO, M.M.; CAZORLA PÉREZ, A.J.; FERNÁNDEZ AYALA, J.C.; FERNÁNDEZ LOZANO, G.; GIL MILÁN, M.L. (2000): “¿Qué opinan los enfermeros de atención primaria de los informes de enfermería al alta hospitalaria?”, en *Enfermería científica*, N<sup>o</sup>. 222-223, pp. 6-10.
- UBÉ PÉREZ, J.M.; URZANQUI RODRÍGUEZ, M.; RODRÍGUEZ HERCE, C.; BLASCO ROS, M.; ASCARZA RUBIO, S.; MUSITU PÉREZ, V. (2006): “Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo”, *Nure Investigación* n<sup>o</sup> 24, septiembre-octubre 06.
- URRETS-ZAVALIA, A. (1997), “Asalto alfabético. Sobre el uso y abuso de las abreviaturas en la literatura científica”. *Archivo Sociedad Española Oftalmología*; 72, p. 231.
- USANDIZAGA, J.A.; DÍEZ GÓMEZ E. (2001): “Abreviar el lenguaje escrito”. *Actualidad Obstétrico-Ginecológica*; 13, pp. 104-113.
- Vademecum Internacional (2014): Madrid: Medicom <http://old.vademecum.es/>
- VARGAS NÚÑEZ, J.A. (2010): “En un hospital sin papeles”, *Revista Clínica española*, vol. 210(6), pp. 307-309.
- VÁZQUEZ LÓPEZ, F.; PÉREZ OLIVA, N. (1996): “El nódulo como lesión elemental (contestación)”. *Actas Dermosifiliográficas*; 87, p. 140.
- VÁZQUEZ LÓPEZ, F.; PÉREZ OLIVA, N.; GOTOR CORRALES, M.L. (1995): “Sobre el significado actual del término nódulo en lengua española”. *Actas Dermosifiliográficas*; 86, pp. 404-407.
- VÁZQUEZ Y DEL ÁRBOL, E. (2013): “Traditional patient information leaflet frente al prospecto medicamentoso tradicional: el orden de los factores ¿no altera? el valor del producto”. *Panace@*,13, vol. XIV, n<sup>o</sup> 37, pp. 89-97.
- VÁZQUEZ Y DEL ARBOL, E. (2006): “La redacción del discurso biomédico (inglés-español): rasgos principales”, *Panace@*, vol. VII, n<sup>o</sup> 24, Diciembre 2006.



- VEGA FRANCO, L. (2009): "Vicios del lenguaje al hablar o al escribir para una revista médica". *Revista mexicana de Pediatría*, vol 76(1), pp. 3-4.
- VERGELES-BLANCA, J.M.; BUITRAGO, F. (1997): "Hipertensión arterial ligera, que no leve". *Medicina Clínica*, Barcelona; 108, pp. 75-76.
- VIANA ALONSO, A.; PORTILLO PÉREZ-OLIVARES, H.; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A. et al. (1993): "Calidad de los informes de alta de Castilla-La Mancha en los servicios de medicina interna (valoración de la información clínica)". *Anales de Medicina Interna*; Madrid, 10, pp. 280-282.
- VIGAL, G.; RODRÍGUEZ GARCÍA, J.I.; TRELLES MARTÍN, A. (1998): "Citas electrónicas". *Medicina Clínica*, Barcelona, 110 (7), pp. 275-276.
- VILA DE CRUZ, M.P. (1995): "El papel de los acrónimos en el discurso técnico" V Encuentros Complutenses sobre la Traducción, Madrid, Universidad Complutense, pp. 611-615.
- VILALTA, R. (1991): "Formas no convencionales de información médica". *Jano*; 41, pp. 86-91.
- VILLAR, J. (1988): "El inglés, idioma internacional en medicina". *Medicina Clínica*, Barcelona; 91, pp. 23-24.
- VILLAREJO AGUILAR, L. (2011a): "Interrelaciones NANDA-NOC-NIC en los planes de cuidados registrados en los informes de alta", en *Nursing*, vol. 29, N°. 7, p. 58
- VILLAREJO AGUILAR, L. (2011b): "Diagnóstico de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria", *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, vol. 22, N°. 4, pp. 152-161.
- VV. AA. (s. d.): "Normas generales de estilo", en *Normas de publicación en Cirugía Española*. Publicación web [www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/NormOrga/036normas.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/NormOrga/036normas.pdf)
- VV.AA. (2013): "Cómo revelar al paciente los errores cometidos por otros médicos", *IntraMed*, 31 octubre, 2013.
- WEHRLI, A. (1981): "La selección y protección de las denominaciones comunes internacionales para las sustancias farmacéuticas". *Crón OMS*; 35, pp. 188-192.
- WERNER, W. (1985): *Lingüística moderna. Terminología y bibliografía*, Madrid, Gredos.
- WERNER, A. (1981): *Diccionario de terminología lingüística actual*, Madrid, Gredos.
- WITTLIN, C.J. (1981): "Un nuevo tipo de siglas: acrónimos lexemas contextuales", *LEA*, III, pp. 159-174.

- WOODSIDE, A. (1971): “Cómo debe y cómo no debe redactarse un informe”, *Alta dirección*, N° 40, pp. 17-21.
- HUA, X.; STETSON, P.D.; FRIEDMAN, C. (2007): “A study of abbreviations in Clinical Notes”. *AMIA (Annual Symposium Proceedings Archive)*, pp. 821-825. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2655910/>
- YETANO LAGUNA, J. (2009): “El médico responsable del paciente hospitalizado y sus implicaciones en la calidad de la asistencia”, *Revista de calidad asistencial*, vol. 24, N° 1, pp. 32-35.
- YETANO, J.; IZARZUGAZA, I.; ALDASORO, E.; UGARTE, T.; LÓPEZ-ARBELOA, G.; AGUIRRE, U. (2008): “Calidad de las variables administrativas del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 23(5), pp. 216-221.
- YETANO, J.; GUAJARDO, J.; CONDE, F.; MONTERO, A.B.; VALLE, P.; AYUSO, C. (2007), “Codificación semiautomática de las altas hospitalarias a partir de los informes de alta informatizados”. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*; 8, pp. 49-58.
- YETANO-LAGUNA, J.; LÓPEZ-ARBELOA, G.; GUAJARDO-REMACHA, J.; TERESA BARRIOLA-LERCHUNDI, M.; GARCÍA-URBANEJA, M.; LADRÓN DE GUEVARA, J.M. (2006): “Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos”, *Revista de Calidad Asistencial*, vol.21(4), pp. 207-212.
- YETANO LAGUNA, J.; ALBEROLA CUÑAT, V. (2003): *Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas, epónimos y términos médicos relacionados con la codificación de las altas hospitalarias*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd047891/JYetano.pdf>
- ZAMBRANA, J.L.; RIVAS RUIZ, F. (2013): “Calidad de los informes de alta hospitalaria respecto a la legislación vigente y las recomendaciones consensuadas por expertos”. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, vol. 27, n° 5.
- ZAMBRANA, J.L.; DIEZ GARCÍA, F.; MARTÍN, M.D. (2011): “Calidad de los informes de alta hospitalaria en medicina interna”. *Revista Clínica Española*, 211(4), pp. 67-71.
- ZAMBRANA, J.L.; FUENTES, F.; MARTÍN, M.D.; DÍEZ, F.; CRUZ, G. (2002): “Calidad de los informes de alta hospitalaria de los servicios de medicina interna de los hospitales públicos de Andalucía”. *Revista Calidad Asistencial*; 17 (8), pp. 609-612.
- ZAPATERO GAVIRIA, A. (2010): “¿Por qué es importante el informe médico de alta?” *Revista Clínica Española*; 210, pp. 355-8.
- ZORRILLA, A. (2003): “Medicina animi”, *Panace@* vol. IV, n° 12, junio 2003, pp. 114-122.

## **BIBLIOGRAFÍA WEB:**

“Informe de alta hospitalaria, un documento a reivindicar”, *Cuida tu salud* Publicación web: <http://www.cuidatusalud.com/noticias/informe-de-alta-hospitalaria-un-documento-a-reivindicar-684.html>

“Informe de Alta Hospitalaria”, Sanofi Aventis España. Publicación web: [https://www.google.es/search?q=informe+de+alta+hospitalaria+sanofi+aventis&hl=es&gbv=2&oq=informe+de+alta+hospitalaria+sanofi+aventis&gs\\_l=heirloom-serp.3...6755.15023.0.15663.47.16.0.15.0.0.483.4040.2-1j4j5.10.0...0...1ac.1.34.heirloom-serp..38.9.3572.U0i6choGqeI](https://www.google.es/search?q=informe+de+alta+hospitalaria+sanofi+aventis&hl=es&gbv=2&oq=informe+de+alta+hospitalaria+sanofi+aventis&gs_l=heirloom-serp.3...6755.15023.0.15663.47.16.0.15.0.0.483.4040.2-1j4j5.10.0...0...1ac.1.34.heirloom-serp..38.9.3572.U0i6choGqeI)

“Análisis de la calidad de los informes de alta hospitalaria (IAH) en Medicina Interna: Adecuación al consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas”, *SEMI*, la visión global de la persona enferma. Publicación web: [www.redaccionmedica.com/IMG/ppt/Presentacion.ppt](http://www.redaccionmedica.com/IMG/ppt/Presentacion.ppt)

“Actividades administrativo-legales en Atención Primaria”, *El médico interactivo*, diario electrónico de Sanidad, SemFYC [http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion\\_acre2004/tema19/legales3.php?botsearch](http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema19/legales3.php?botsearch)

“Instituto para el Uso Seguro de los medicamentos”. Disponible en URL: <http://www.ismp-espana.org/>

“Acronyms and Initialisms for Health Information Resources (Compilación de siglas y acrónimos de fuentes de Ciencias de la Salud)” <http://www.geocities.com/~mlshams/acronym/acr.htm>

“Acronyms in International Health” Publicación web: <https://web.archive.org/web/20141007104916/http://www.globalmedicine.org/GMN/acronyms.html>

“Medical Abbreviations Dictionary” Elaborado por *Pharma-Lexicon International*. Publicación web: <https://web.archive.org/web/20150602210711/http://www.medilexicon.com/medicalabbreviations.php>

“Descifrador de Abreviaturas, Siglas y Acrónimos de Tribuna Médica” Publicación web: <http://www.tribunamedica.com/descifradorframe.htm>

“Pharmalexicon” Publicación web: <http://www.pharma-lexicon.com>

“Hanford Abbreviation & Acronym Directory” del U.S. Department of Energy Publicación web: <http://www.hanford.gov/acronym/index.asp>

“WorldWideWeb Acronym and Abbreviation Server” Publicación web: <http://www.ucc.ie/info/net/acronyms/index.html>

Página de acrónimos, siglas y abreviaturas con equivalentes en portugués, español e inglés: <http://www.sul.com.br/%7Emig>

Listados de siglas y acrónimos y sus significados:

<http://www.wu-wien.ac.at/usr/edvz/langitz/Acronyms> - <http://www.nks.org/Acronyms.htm>

Buscador de acrónimos <http://www.AcronymFinder.com>

“Abreviaturas y siglas”. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Pontevedra <http://www.cofpo.org/index.php/abreviaturas.425.html>

“Epoc, en redonda y con inicial minúscula”, Fundeu BBVA <http://www.fundeu.es/recomendacion/epoc-en-redonda-y-con-inicial-minuscula/>

“Normas para la escritura científica”. BioROM, 2005 [http://www.biorom.uma.es/contenido/norm\\_escrit/](http://www.biorom.uma.es/contenido/norm_escrit/)

“Abreviaturas y escritura en informes médicos”. *E-mergencia* <http://www.e-mergencia.com/foro/fl44/abreviaturas-escritura-informes-medicos-13279/>

“Acrónimos de biología molecular” (Gonzalo Claros, profesor de la Univ. de Málaga y presidente de Tremedica):

<http://www.biorom.uma.es/contenido/acronimos/acronimos.html>

<http://glosarios.servidor-alicante.com/siglas-medicas>

“Síntomas frecuentes de encontrar en la práctica clínica”, Apuntes de Semiología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina, [http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApSemiologia/06\\_SintomasFctes.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/IntegradoTercero/ApSemiologia/06_SintomasFctes.html)

“Signo o síntoma, enfermedad o patología”, bloc dels estudis de ciències de la salut, Estudis de fisioteràpia <http://blocs.umanresa.cat/ciencies-de-la-salut/2012/07/04/signo-o-sintoma-enfermedad-o-patologia/>

“Estructuralismo y Lingüística”, Apuntes sobre Ferdinand de Saussure, Bloomfield y el estructuralismo lingüístico. <https://es.scribd.com/.../51776011-Leonard-Bloomfield-Monografia>

Grupo de Medicina y Traducción. Medtradiario. MedTrad. <http://www.medtrad.org/medtradiario/>

“Informática y lenguaje médico”, *Informática y Salud* nº 2, abril 1992  
[www.conganat.org/SEIS/i\\_s/i\\_s2a.htm](http://www.conganat.org/SEIS/i_s/i_s2a.htm)

*Moderación y salud* <http://www.bloglandia.com>

*Sobre lenguaje médico: cirugía oncológica de la mama y duelo* <http://www.bloglandia.com>

*Genes y violencia humana* <http://www.bloglandia.com>

*El dolor, entre palabras y metáforas* <http://www.bloglandia.com>

*El lenguaje del dolor entre el paciente y su médico* <http://www.bloglandia.com>

*Los efectos terapéuticos de la “oración intercesora”* <http://www.bloglandia.com>

*Más sobre el lenguaje que usan los médicos*, en 20 minutos.es

*Herramientas para la escritura científica*  
[http://www.fisterra.com/recursos\\_web/mbe/escritu\\_cientifica.asp](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/escritu_cientifica.asp)

Guía del paciente- Clínica Viamed Valvanera <http://www.viamedvalvanera.com>

Bilbomática consolida en Osakidetza la utilización del reconocimiento del habla en la gestión de informes clínicos <http://www.bilbomatica.es/es/content/bilbomatica-consolida-en-osakidetza-la-utilizacion-del-reconocimiento-del-habla-en-la>

Diccionario de siglas médicas y otras abreviaturas.  
[http://abreviaturas\\_medicas.esacademic.com/](http://abreviaturas_medicas.esacademic.com/)

Anexo: Acrónimos en Medicina. Wikipedia, la enciclopedia libre

<http://www.diccionariosdigitales.net/GLOSARIOS%20y%20VOCABULARIOS/Acr%C3%B3nimos-TERMINOS.htm>

[http://www.ee.isics.es/futuretense\\_cs/ccurl/ExcelenciaEnfermera/pdf/Abreviaturas%20y%20siglas%20en%20ingles.pdf](http://www.ee.isics.es/futuretense_cs/ccurl/ExcelenciaEnfermera/pdf/Abreviaturas%20y%20siglas%20en%20ingles.pdf) (Abreviaturas hospitalarias)

<http://invention.swmed.edu/argh/> (Acrónimos medicina de Medline en inglés)

<http://bioinformatics.org/textknowledge/acronym.php> (Acrónimos medicina inglés)

<http://www.medizinische-abkuerzungen.de/> (Acrónimos médicos alemán e inglés)

<http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/normalizacion/diccionario/pdfs/diccionarioSiglasMedicas.pdf> (Diccionario siglas médicas del MSC)

<http://medstract.org/> (Medstract (acrónimos médicos), Univ. Nuevo México)

<http://www.harrisonmedicina.com/acronyms.aspx?termIndex=E> (Acrónimos de medicina interna del Harrison (texto muy conocido de medicina interna, inglés y español)

<http://www.quiminet.com/public/Acronimos.html> (Acrónimos química En-Es)



## **10. TABLAS Y ANEXOS**





**TABLA 1: ASIGNATURAS RELACIONADAS CON EL LENGUAJE EN LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS**

<b>Facultades de Medicina</b>	<b>Asignatura</b>
Navarra	Hª de la ciencia médica, documentación y terminología médica
Sevilla	Documentación y Terminología Médica
	Foniatría y Logopedia
Córdoba	Historia de la Medicina y Documentación
	Comunicación asistencial
Málaga	Comunicación en Medicina
	Historia de la Medicina y Documentación Científica
Valladolid	Historia de la Medicina
	Propedéutica clínica y comunicación asistencial
	Gestión y diseño de la información médica
Salamanca	El lenguaje biosanitario como asignatura optativa
Barcelona	Tecnología de la informació i la Comunicació
U. Autónoma Barcelona	Bioética i Comunicació
	Medicina, Cinema i Literatura
	Relació metge/pacient
Lérida	Recursos Informàtics i Documentació
	Comunicació i Medicina Comunitaria
U. Rovira y Virgil Tarragona	Bases de la Recerca i Documentació
	Bases de Comunicació i Ètica
Girona	Programa de habilidades 1. Investigación y análisis crítico de la información
	Medicina social. Habilidades de comunicación e iniciación a la investigación
Zaragoza	Comunicación asistencial, ética médica y legislación
U. de Extremadura	Historia de la Medicina y Bioética
Santiago de Compostela	Historia das Ciencias Médicas e Documentación
	Comunicación
Oviedo	Historia de la Medicina, Bioética y Documentación
U. Autónoma Madrid	Humanidades médicas
	Gestión de los recursos de información en Medicina

	Búsqueda de información y comunicación científica en Ciencias de la Salud
Murcia	Historia de la Medicina y Documentación Médica
U. País Vasco	Documentación, Historia, Teoría y Método de la Medicina
	Ética médica, comunicación y relación clínica
Valencia	Comunicación
	Universidad, salud y sociedad
	Salud, Enfermedad y Cultura
	Producción, publicación y difusión de resultados de investigación
	Historia de la medicina y documentación
	Métodos y Técnicas Documentales de la Actividad Médico-Científica y Clínica
U. CEU San Pablo	Historia, Teoría y Método de la Medicina
U. Católica de Valencia San Vicente Mártir	Historia de la Ciencia Médica, Documentación y Terminología Médicas
	Laboratorio de Entrevista Clínica y Habilidades de Comunicación
Miguel Hernández Alicante	Historia de la Medicina, Documentación y Antropología médica
	Cultura, Salud y Enfermedad
	Técnicas de comunicación
Albacete	Historia de la Medicina y Documentación
	Comunicación asistencial y bioética
Ciudad Real	Historia de la Medicina y Documentación
	Comunicación asistencial y bioética
F. Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid	Humanidades médicas y habilidades de comunicación
F. Ciencias Biosanitarias de la Universidad Francisco de Vitoria (Pozuelo de Alarcón, Madrid)	Gestión del conocimiento
	Habilidades y competencias interpersonales

**TABLA 2. RECURSOS SANITARIOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA A 31/12/2013 SEGÚN EL III PLAN DE SALUD**

Recursos	Camas instaladas	Tipo	Financiación
Hospital S. Pedro	522	General	Público (SRS)
Hospital Gral. La Rioja	55	General	Público (SRS)
F. Hospital Calahorra	90	General	Público concertado
C. Asistencial Albelda de Iregua	140	Psiquiátrico	Público (SRS)
Clínica Los Manzanos	50	Médico-Quirúrgico	Privado no benéfico / concierto
Centros Sociosanitario Ntra. Sra. Virgen del Carmen	75	General	Gestión Privada concertado
Policlínico Ntra. Sra. de Valvanera	76	General	Privado concertado
Centros Sociosanitario Los Jazmines	26	Geriatría / larga estancia	Gestión Privada concertado
Centro de investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)		Investiga y tratamiento oncológico	Privado sin ánimo lucro / concertado
Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA)		Centro de diagnóstico	Público (SRS)

**TABLA 3: DATOS DE ACTIVIDAD EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

<b>Hospital San Pedro (faltan las memorias de 2014 y evidentemente de 2015)</b>				
<b>Hospitalización</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Ingresos programados	7.129	7.173	6.967	7.674
Ingresos urgentes	15.600	15.560	15.326	15.539
Total ingresos	22.729	22.733	22.293	23.213
Nº de estancias	154.590	149.023	147.976	146.994
Total altas	22.607	22.836	22.277	23.194
<b>Urgencias</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Total atendidas	93.125	98.318	95.263	96.675
Total ingresadas	16.253	16.266	16.119	16.348
No ingresadas	76.872	82.052	79.144	80.327
Exitus	70	44	77	40
Pacientes derivados a otros centros	106	104	96	81
<b>C. Paliativos Domiciliarios</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Total atendidos	2.160	2.270	2.374	2.535
Total ingresados	405	444	395	429
Estancias	46.098	48.925	50.636	54.493
Exitus	484	495	558	525
Total de altas	514	527	593	576
<b>Hospitalización a Domicilio</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Total ingresados	1528 + 446	2185 + 404	2325 + 470	2295 + 404

TABLA 4: RELACIÓN DE INFORMES ANALIZADOS

Ref.	Servicio	Ref.	Servicio
1	ONCO-UCP	201	Cirugía General y Ap. Digestivo
2	ONCO-UCP	202	Hematología
3	Neumología	203	ONCO-UCP
4	Nefrología	204	Medicina Interna
5	Neumología	205	ONCO-UCP
6	Neumología	206	Ginecología
7	Medicina Interna	207	Psiquiatría
8	ONCO-UCP	208	ONCO-UCP
9	ONCO-UCP	209	Cirugía General y Ap. Digestivo
10	Digestivo	210	Cirugía Torácica
11	Urología	211	Digestivo
12	Unidad Corta Estancia	212	Neumología
13	Cirugía General y Ap. Digestivo	213	Medicina Interna
14	Enfermedades Infecciosas	214	Geriatría
15	ONCO-UCP	215	Medicina Interna
16	ONCO-UCP	216	Traumatología
17	Cirugía General y Ap. Digestivo	217	ONCO-UCP
18	Digestivo	218	Digestivo
19	Oncología	219	Medicina Interna
20	Oncología	220	Oncología
21	Psiquiatría	221	Digestivo
22	Nefrología	222	ONCO-UCP
23	Geriatría	223	Geriatría
24	Medicina Interna	224	Medicina Interna
25	Medicina Interna	225	Traumatología
26	Neurología	226	ONCO-UCP
27	Oncología	227	ONCO-UCP
28	Unidad Corta Estancia	228	Neurología
29	Medicina Interna	229	ONCO-UCP
30	Cardiología	230	Oncología
31	ONCO-UCP	231	ONCO-UCP
32	ONCO-UCP (NO)	232	Geriatría
33	Medicina Interna	233	ONCO-UCP
34	Oncología	234	Urología
35	Oncología	235	ONCO-UCP
36	ONCO-UCP	236	ONCO-UCP
37	Oncología	237	Cirugía General y Ap. Digestivo
38	Cirugía General y Ap. Digestivo	238	Medicina Interna
39	Medicina Interna	239	Angiología y Cirugía Vascular
40	ONCO-UCP	240	Neumología
41	ONCO-UCP	241	ONCO-UCP
42	Oncología	242	Digestivo
43	Cirugía General y Ap. Digestivo	243	ONCO-UCP
44	ONCO-UCP	244	Enfermedades Infecciosas
45	Digestivo	245	ONCO-UCP
46	ONCO-UCP	246	Oncología
47	Digestivo	247	Cirugía Torácica
48	ONCO-UCP	248	ONCO-UCP

49	Digestivo	249	HAD
50	ONCO-UCP	250	Enfermedades Infecciosas
51	Traumatología	251	ONCO-UCP
52	ONCO-UCP	252	Neurología
53	Neumología	253	ONCO-UCP
54	Oncología	254	Cirugía General y Ap. Digestivo
55	ONCO-UCP	255	ONCO-UCP
56	Medicina Interna	256	Enfermedades Infecciosas
57	ONCO-UCP	257	Medicina Interna
58	Medicina Interna	258	Hematología
59	ONCO-UCP	259	HAD
60	Neurología	260	Urología
61	ONCO-UCP	261	Enfermedades Infecciosas
62	Ginecología	262	HAD
63	ONCO-UCP	263	Enfermedades Infecciosas
64	Medicina Interna	264	Hematología
65	Urología	265	Urología
66	Neumología	266	ONCO-UCP
67	ONCO-UCP	267	HAD
68	Neurología	268	Oncología
69	ONCO-UCP	269	ONCO-UCP
70	Medicina Interna	270	Cirugía Torácica
71	Traumatología	271	ONCO-UCP
72	ONCO-UCP	272	Digestivo
73	Medicina Interna	273	ONCO-UCP
74	Digestivo	274	Oncología
75	ONCO-UCP	275	Cirugía General y Ap. Digestivo
76	Digestivo	276	ONCO-UCP
77	ONCO-UCP	277	ONCO-UCP
78	Oncología	278	Oncología
79	ONCO-UCP	279	ONCO-UCP
80	Neumología	280	Respiratorio
81	Urología	281	ORL
82	ONCO-UCP	282	ONCO-UCP
83	Oncología	283	HAD
84	Medicina Interna	284	Cirugía General y Ap. Digestivo
85	Cirugía General y Ap. Digestivo	285	Cirugía General y Ap. Digestivo
86	Digestivo	286	ONCO-UCP
87	ONCO-UCP	287	Oncología
88	Urología	288	Oncología
89	Digestivo	289	ONCO-UCP
90	ONCO-UCP	290	ONCO-UCP
91	Cirugía General y Ap. Digestivo	291	ONCO-UCP
92	ONCO-UCP	292	ONCO-UCP
93	ONCO-UCP	293	Oncología
94	Medicina Interna	294	ONCO-UCP
95	ONCO-UCP	295	Cirugía Torácica
96	Digestivo	296	ONCO-UCP
97	ONCO-UCP	297	ONCO-UCP
98	Oncología	298	Neumología
99	Medicina Interna	299	ONCO-UCP
100	Digestivo	300	ONCO-UCP

101	ONCO-UCP	301	Oncología
102	Oncología	302	ONCO-UCP
103	Neumología	303	ONCO-UCP
104	Cirugía General y Ap. Digestivo	304	ONCO-UCP
105	ONCO-UCP	305	Oncología
106	Cirugía General y Ap. Digestivo	306	Oncología
107	ONCO-UCP	307	Oncología
108	Cirugía General y Ap. Digestivo	308	ONCO-UCP
109	ONCO-UCP	309	Cirugía General y Ap. Digestivo
110	Neurología	310	ONCO-UCP
111	ONCO-UCP	311	Oncología
112	Geriatría	312	ORL
113	Cirugía General y Ap. Digestivo	313	ONCO-UCP
114	ONCO-UCP	314	Neurofisiología
115	Neumología	315	ONCO-UCP
116	Oncología	316	Enfermedades Infecciosas
117	ONCO-UCP	317	Enfermedades Infecciosas
118	Digestivo	318	Enfermedades Infecciosas
119	Neurología	319	Medicina Interna
120	ONCO-UCP	320	ONCO-UCP
121	Hematología	321	Urología
122	Oncología	322	ONCO-UCP
123	ONCO-UCP	323	ONCO-UCP
124	Neumología	324	Ginecología
125	ONCO-UCP	325	ONCO-UCP
126	Oncología	326	Oncología
127	Enfermedades Infecciosas	327	Oncología
128	ONCO-UCP	328	Oncología
129	Cirugía General y Ap. Digestivo	329	Oncología
130	ONCO-UCP	330	Oncología
131	Oftalmología	331	Oncología
132	ONCO-UCP	332	Oncología
133	Digestivo	333	Oncología
134	Medicina Interna	334	ONCO-UCP
135	ONCO-UCP	335	Neumología
136	Geriatría	336	Respiratorio
137	Medicina Interna	337	ONCO-UCP
138	Cardiología	338	Cirugía
139	ONCO-UCP	339	Oncología
140	ONCO-UCP	340	ONCO-UCP
141	Neumología	341	Hematología
142	Medicina Interna	342	Unidad de Corta Estancia
143	Cardiología	343	Hematología
144	Urología	344	Hematología
145	Neumología	345	Hematología
146	Oftalmología	346	Hematología
147	ONCO-UCP	347	Hematología
148	Medicina Interna	348	Hematología
149	ONCO-UCP	349	Cirugía General y Ap. Digestivo
150	HAD	350	Digestivo
151	Cardiología	351	Hematología
152	ONCO-UCP	352	Hematología

153	Traumatología	353	Hematología
154	ONCO-UCP	354	Hematología
155	Traumatología	355	Urología
156	Oftalmología	356	Urología
157	ONCO-UCP	357	ONCO-UCP
158	Medicina Interna	358	ONCO-UCP
159	ONCO-UCP	359	Hematología
160	Cirugía General y Ap. Digestivo	360	Cirugía General y Ap. Digestivo
161	Cardiología	361	Oncología
162	Angiología y Cirugía Vascular	362	ONCO-UCP
163		363	Oncología
164	ONCO-UCP	364	ONCO-UCP
165	Cirugía General y Ap. Digestivo	365	Oncología
166	Medicina Interna	366	Oncología
167	ONCO-UCP	367	Oncología
168	Oncología	368	Oncología
169	HAD	369	ONCO-UCP
170	ONCO-UCP	370	Urología
171	Urología	371	Ginecología
172	ONCO-UCP	372	ONCO-UCP
173	Medicina Interna	373	ONCO-UCP
174	ONCO-UCP	374	Oncología
175	Ginecología	375	Urgencias
176	ONCO-UCP	376	Oftalmología
177	Neurología	377	Oftalmología
178	Oftalmología	378	ONCO-UCP
179	Nefrología	379	Urgencias
180	ONCO-UCP	380	Oncología
181	Neumología	381	Oncología
182	HAD	382	Oncología
183	Neumología	383	Urgencias
184	Medicina Interna	384	ONCO-UCP
185	Cardiología	385	Oncología
186	Digestivo	386	Unidad de Corta Estancia
187	Enfermedades Infecciosas	387	ONCO-UCP
188	ONCO-UCP	388	ONCO-UCP
189	Geriatría	389	Urgencias
190	ONCO-UCP	390	Oncología
191	ONCO-UCP	391	Oncología
192	Oncología	392	Oncología
193	HAD	393	Cirugía General y Ap. Digestivo
194	Digestivo	394	ONCO-UCP
195	ONCO-UCP	395	Urgencias
196	Oncología	396	Oncología
197	ONCO-UCP	397	ONCO-UCP
198	Digestivo	398	Cirugía Torácica
199	ONCO-UCP	399	ONCO-UCP
200	Oncología	400	Oncología



**TABLA 5. POSIBILIDADES DE LOS TRES CASILLEROS QUE ALUDEN A LA TIPOLOGÍA DEL DOCUMENTO**

<b>TIPOLOGÍA</b>	<b>PIE DE PÁGINA</b>	<b>MOTIVO</b>
1. Alta de Hospitalización	INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN	Alta
2. Alta de Hospitalización	INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN	Exitus
3. Informe de Alta	INFORME DE ALTA	
4. Informe de Alta	INFORME DE ALTA	Alta domiciliaria
5. Informe Provisional de alta	INFORME PROVISIONAL DE ALTA	
6. Informe de Traslado Inter-servicios	INFORME DE TRASLADO	
7. Informe de Hospitalización	INFORME DE HOSPITALIZACIÓN 10.00	Traslado al Servicio de Hospitalización a Dom.
8. Informe de Hospitalización	INFORME DE HOSPITALIZACIÓN 10.00	
9. Informe de Hospitalización		Hospitalización
10. Informe de Alta C.M.A.	INFORME DE ALTA DE C.M.A.	Mejoría
11. Informe de Alta de Hospitalización	INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN	[varias respuestas]
12. Informe de Alta de Hospitalización	INFORME DE ALTA	[varias respuestas]
13. Informe de Consulta Externa	CONSULTA EXTERNA	
14. Informe de Asistencia en Urgencias	INFORME DE ALTA	



**TABLA 6. ENCABEZADOS EN EL APARTADO ENFERMEDAD ACTUAL**

	ENFERM. ACTUAL	Hª ACTUAL	Hª ENFERM.	Hª ONCOL.	Hª ONCOL.+ PROCESO/ Hª ACTUAL	Hª ONCOL. + Hª RECIENTE	ENFERMEDAD ACTUAL + Hª ONCOLÓGICA	SIN APARTADO ENFERMEDAD ACTUAL
ANGIOLOGÍA Y C. VASCULAR								2
CARDIOLOGÍA	1							5
CIRUGÍA								25
CIRUGÍA TORÁCICA	4	1						
DIGESTIVO	17							6
GERIATRÍA	1	3		1				2
GINECOLOGÍA		3						1
HAD	1			2				6
HEMATOLOGÍA	2		2					8
INFECCIOSAS	6							5
MEDICINA INTERNA	20	4						6
NEFROLOGÍA		2						1
NEUMOLOGÍA	11	5						1
NEUROFISIOLOGÍA								1
NEUROLOGÍA		8						
OFTALMOLOGÍA								6
ONCOLOGÍA	6	9		33	1	1	4	
PALIATIVOS	38	3		23	1		6	64
ORL	2							
PSIQUIATRÍA								2
RESPIRATORIO	1	1						
TRAUMATOLOGÍA								6
UCE								4
URGENCIAS	6							
UROLOGÍA	7							

**TABLA 7. CONSTRUCCIONES COMUNES EN EL APARTADO ENFERMEDAD ACTUAL**

	SÍNTOMAS	PRESENTA + SÍNTOMAS	INGRESA POR + SÍNTOMAS	REFIERE + SÍNTOMAS	COMIENZA CON + SÍNTOMAS	ACUDE POR + SÍNTOMAS	OBSERVA + SÍNTOMAS	PASADO	OTROS
UROLOGÍA	5		7						1
ORL	1					1			
PALIATIVOS	35	2	6		1				2
DIGESTIVO	3	4		2		7			
HEMATOL.	4		1	2					1
C. TORÁCICA	2					2			
GERIATRÍA	1	1							1
ONCOLOGÍA	1		1	4		4		6	1
M. INTERNA		4	1	10	6				1
NEUROLOGÍA		2		1	4				2
NEUMOLOG		1	2	2	1	6	3		
INFECCIOSAS		1	1					2	
GINECOL			1						
HAD			1						
NEFROLOGÍA				1					
URGENCIAS						3			
RESPIRATORIO						1			



**TABLA 8. ESCALA DE KARNOFSKY**

Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.
	90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
	60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
	50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado enos del 50% del ía.
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atencioes especiales. encamado más del 50% del día.
	30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.
	20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.
	10	Moribundo.

**TABLA 9. RESULTADOS DE “EXTREMIDADES” EN EL APARTADO EXPLORACIÓN**

<b>FORMATO</b>	<b>Nº</b>	<b>EJEMPLO</b>
Normal, normales	13	Extremidades normal. Extremidades: normales
Sin alteraciones/patología/hallazgos	3	<u>Abdomen y EE.II.:</u> Sin alteraciones de mención.
No edemas	18	No edemas en ext inf.
No edemas, no TVP	36	EE.II: sin edemas ni trombosis. Resto de examen clínico anodino.
No edemas, no TVP, pulsos	40	EE.II. : pulsos pedios presentes. No TVP. No edemas
No edemas, signos de insuficiencia venosa	1	Extremidades inferiores: No edemas, signos de insuficiencia venosa crónica.
No edemas, no TVP, no tromboflebitis	9	EE.II. : no edemas, no signos de TVP ni tromboflebitis
No edemas, o TVP + información añadida	15	EE.II. : no edemas, no signos de TVP. Dolor a la palpación en región lumbar D12.
Edemas	37	EE II: Edemas. Extremidades: Edemas importantes en ext inf y también en superiores, sobre todo en ESI.
Edemas, no TVP	10	EE.II. : edemas maleolares bilaterales. Pulsos pedios presentes, no signos de TVP.
Edemas, pulsos pedios	3	Extremidades inferiores: Edema en extremidad inferior derecha. Pulsos pedios presentes.
Respuestas con mayor información	30	Extremidades inferiores: amputación supracondilea de miembro inferior derecho con tumoración de aproximadamente de 8 cm. en cara anterior del muslo, tumoración paraexternal derecha de aproximadamente 3 cm., paraparesia. Ulcera por presión grado IV en sacro y talón izquierdo

TABLA 10. BIOQUÍMICA

BIOQUÍMICA											
GLUCOSA	83	Glu	4	Gl	1	Gluc	5	Glc	1	Glucemia	3
UREA	100	U	1	Ur	2	Uremia	1				
CREATININA	91	creat	10	Cr	10						
ACIDO URICO	35	ac. úrico	10	A.Urico	3	<c úrico	1	úrico	1	ácido úrico sérico	1
IONES	7	iones normales	2								
SODIO	47	Na	29								
POTASIO	41	K	27	k	2						
TRIGLICERIDOS	32	TGD	1	Tg	1	TG	2				
COLESTEROL TOTAL	25	colesterol	21	colesterol LDH	1	CT	2	Col / Col T/ Col. total	1		
LDL COLESTEROL	5	LDL-COLESTEROL	7	LDL	4	LDLc	1				
HDL COLESTEROL	5	HDL-Colesterol	5	HDL	5	HDL-COLESTEROL	2				
AMILASA	32										
LDH	65	Lactato Deshidrogenasa	3	IDH	1						
CREATINKINASA	3	CK	11	Creatin-kinasa	5						
GOT	72	GOT/AST	3	TGO	2	GOT/AST//GOT/GPT//GOT/GOT/GGT	1	GOT//GOT/AST	2		
GPT	67	GPT/ALT	4	TGP	2	GPT//GPT/ALT	2				
GGT	48	GGt	1	Gamma GT	16	GammaGT	4	gammaGT	1	gamma GT	1
FOSFATASA ALCALINA	39	Falcalina	2	FA	3	F.AL.	10	F. Alcalina	1	fosfatasa alcalina/ F.Al	1
BILIRRUBINA TOTAL	32	BT	2	Bil T	2	Btotal	1	bilirrubina	5		
BILIRRUBINA DIRECTA	5	BD	3	Directa	1	directa	2	(directa)	1		
BILIRRUBINA INDIRECTA	2	B.I.	2	Indirecta	1	indirecta	2				
FÓSFORO	16	P	6								
CALCIO	22	Ca	17								
HIERRO	44	Fe	11								



PROTEÍNAS TOTALES	48	Pr T	2	Protínas totales	1	Proteínas	2			
ALBÚMINA	38	alb	1							
VITAMINA B12	13	Vit. B12	2	B12	2	vitamina B <sub>12</sub>	1			
ACIDO FOLICO	11	A. Fólico	3	Ac. Fólico	2					
OSMOLARIDAD	1									

TABLA 11. BLASTOS

BLASTOS	1	células blásticas	1	LUC. Blastos	1			
atípicos	1							
SERIE BLANCA	1							
SERIE ROJA	5							
IONOGRAMA	4							
TROPONINA T	8	T	1	troponina I	2	Troponina	2	
TRANSAMINASAS	4							
CREATINFOSFOCINASA	0	CPK	7	GPK	1			
MIOGLOBINA	8	Mio	1					
GRADIENTE ALBÚMINA	1							
BICARBONATO	1							
INDICE DE SATURACION DE TRANSFERRINA	6	Indice de Sat de Transferrina	1					
PTH	1							
INR	49							
T. cefalina	1	T. Cefalina	1					
CORO	5	Cl	5					
PSA	5							
Alfa1	5	Alfa 1 y Alfa 2 Globulinas	3	Alfa 1 Globulinas	1	Alfa-1	1	
Alfa2	8			Alfa 2 globulinas	2	Alfa-2	1	
PROTEINAS PLASMÁTICAS	1							
SATURACIÓN DE HIERRO	1							
ANA	1							
Rosa de Bengala	2							
POLIMORFONUCLEARES	1							
ENZIMAS CARDIACAS	2							
Toxina Clostrid. Dificile	1							
Quick	1							

Sideremia	1							
Beta	3							
Gamma	3							
índice T4/T8	1							
Pruebas de función hepática	1							

**TABLA 12. ESPIROMETRÍA, LÍQUIDO PLEURAL Y OTROS**

<b>ESPIROMETRÍA</b>								
FVC	1							
FEV-1	1				FEV1/FEV/FEV1(en pequeño)	1		
FEV-1/FVC								
TLCO	1							
TLCO/VA	1							
TLC-He	1							
TLC pletis	1							
RV-He	1							
RV pletis	1							
R tot	1							
<b>LIQUIDO PLEURAL</b>								
LEUCOCITOS	1	leucos	1					
MONONUCLEARES	3							
GLUCOSA	1	Glc	1					
PROTEINAS	1	proteinas totales	1	Proteínas lp/s(en pequeño)	1			
LDH	2			LDH lp/s (en pequeño)	1			
ADA: Adenosindesaminasa	4							
pH	2							
Hematíes	1							
Colesterol	1							
Amilasa	1							
<b>LÍQUIDO ASCÍTICO</b>	0	X/negativo	1					
MONONUCLEARES	1							
LEUCOCITOS	0	Leuco	2					
PMN	2							
MN	2							

Hematías	2							
Glucosa	2							
LDH	2							
pvto	2							
albúmina	2							
<b>FARMACOS</b>								
FENITOINA	1	Niveles de Fenitoina	1					
ACIDO VALPROICO	1	Valproato	1					
Niveles de digoxina	1	Digoxinemia	3	Digoxina	1	Digoxina/Digoxinemia	1	
<b>SEROLOGÍA</b>								
VDRL	1							
HEPATITIS C	0	Hept. C	1					
TOXOPLASMA	1							
Citomegalovirus IgM	1							
<b>AUTOINMUNIDAD</b>								
Anticuerpos antinucleares	1	Ac. Antinucleares	1	Anticuerpos antinucleares	1	Antinucleares (IFI)	1	
Anti-DNA	1	Anti DNA	1					
anticuerpos antidsDNA	0	Anti-dsDNA	1	Ac. Anti-dsDNA	1			
anticuerpos antiENA	0	Ac. Anti-ENA	1	Anti-ENA	1	Anti ENA	1	
Ac. Antimitocondriales	1	Antimitocondriales	1					
Ac. Antimúsculo liso	1	Antimúsculo liso	1					
Ac. AntiLKM	1							
ANTÍGENO AUSTRALIA HEPATITIS B	0	Antígeno Australia Hept. B	1					
ANTÍGENO Hbc	1	Anti Hbc	1	HbcAc positivo	2			
ANTÍGENO Hbs	1	HbsAg	2	HBsAG	1			
anticuerpos anti VIH	1							
AntiVHC	2	Anti VHC	2					
anticuerpos antiHU	?							
COAGULACION	1							

DIMERO D	0	D-D	5	Dimeros "D"	1	DD	2		
Anti HAV IgG	1								
Anti HAV IgM	1								
Anti HCV	1								
Paul Bunnell	1								
Epstein-Barr VCA IgM	1								
HEMATURIA	1								
BACTERIURIA	0	Bacteriruria	1						
ANA	1								
VN	1								
LCR	1								
Ac. De inmunidad	1								
Ac. Anti-Ro	1	Anti-Ro	1						
Ac. Anti-La	1	Anti-La	1						
Ac. Anti-Sm	1	Anti-Sm	1						
Ac. Anti-RNP	1								
Ac. Anti-Jo-1	1	Anti-Jo-1	1						
Ac. Anti-Scl-70	1								
RPR	1								
VIH	1								
Anti-Slc	1								
ANCAs	1								
Antimieloperoxidasa neutrofilo	1								
Anti-PR3 de neutrofilo	1								
RNA VIH	2								
DC3	1								
CARGA VIRAL	1								
RNAVHC	1								



**TABLA 14. HEMOGRAMA**

HEMOGRAMA																	
HEMATOCRITO	29	Hto/ Hto.	49	hto/ HTO	4	Htº	1 3	Hcto	10	Hco	1	HCTO/ HCTO.	1	htco/ Htco.	1		
HEMOGLOBINA	27	Hb	110	hb	5	Hb.	2	Hg	1	Hgb	1	hgb	1	Hemoglobina	1		
HEMATIES	44	H.	2	He	3												
AUTOSÓMICO DOMINANTE	0	AD	1	ADE?	7												
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	0	VCM	56	Volumen corpuscular	1												
VOLUMENES	2	Volúmenes normales	1	VPM	2												
HCM	9																
CHCM	6																
LEUCOCITOS	119	leucos	7	leu	1	Leucos	3	leucocitos totales	1								
NEUTRÓFILOS	46	N.	4	N	29	neutrofilia	2	neutrof	1								
EOSINÓFILOS	5	E.	1	E	5												
LINFOCITOS	23	L	13	linf	2												
MONOCITOS	13	M	8	Mon	1	PM	1										
BASOFILOS	2	B	5	Basófilo	1												
VSG	48	velocidad de sedimentación	1														
FORMULA LEUCOCITARIA	2																
RETICULOCITOS	2																
PLAQUETAS	110	plaq	3	PQT	1												
COAGULACIÓN	22	COAG	1	Coagulación de INR	1	Estudio de coagulación	1										
Coombs directo e indirecto	1																
TIEMPO DE PROTROMBINA/ TP	6	T. PROTROMBINA/ T. de Protromina	1	tiempo de protombina	4	actividad de protrombina	1	tpo protrombina	1	Te protrombina	3	T. Protrombina	9	T. Trombina	2	Tº P/ Protrombina	1
TTPA	19	TPTA	1														
APTT	6	APTT (T.tromb.parcial activada)															
FIBRINÓGENO	9																





TABLA 15. ORINA

ORINA												
SEDIMENTO HEMATÍES	3	Sedimento	17	hematíes	2	sedimento hematuria	1		Sedimento/Hematíes	5	SEDIMENTO	1
SISTEMÁTICO	11											
UREA	1											
CREATININA	1											
PROTEINURIA	5											
PROTEINURIA DE BENICE JONES	1	proteinuria de Vence-Jones	1									
GLUCOSURIA	3	Glucosa	5									
OSMOLARIDAD (vid. Supra)	1											
ACLARAMIENTO DE CREATININA	3											
DENSIDAD	9											
PH	1	pH	8									
DIURESIS	1											
LEUCOCITOS	24	leucos	1	leucocituria	3	Leucocitos y leucocitos	1					
AGREGADOS LEUCOCITARIOS	1											
GAMMAGLOBULINA	2	Gammaglobulinas	4	gamma globulina	1				Gamma y Gamma globulinas	1		
MONOCLONALES	1											
COMPONENTE MONOCLONAL IgG LAMBDA	1	componente monoclonal	1									
ALBÚMINA	1											
HEMATÍES	8											
BILIRRUBINA	6											
BACTERIAS	6	Bact	1									
NITRITOS	13											
UROBILINOGENO	7											
IONES	1											
CUERPOS CETÓNICOS	2	C. cetónicos	4									
LEVADURA	1	levaduras	2									



TABLA 16. OTROS

<b>PROTEINAS</b>											
PROTEINA	1	proteínas	1								
PROTEINAS	7										
PROTEINA C REACTIVA (Proteina C Reactiva)	1 5	Proteina C reactiva	4	PCR	1 2			Proteina C Reactiva y PCR	2	Proteina C Reactiva y Proteina C reactiva	1
FERRITINA	1 9	Nivel de Ferritina	1								
TRANSFERRINA	1 7	trasferrina	1								
PROTEINOGRAMA	1 6										
FACTOR REUMATOIDE	1	F. Reumatoide	1								
ASLO	1										
INMUNOGLOBULINA G	2	inmunoglobulinas	1	Inmunoglobulina IgG	1	IgG	1				
INMUNOGLOBULINA A	2	IgA	2								
INMUNOGLOBULINA M	2	IgM	2								
C3	2										
C4	2										
BETAGLOBULINAS	1	Iβ2 micro globulina	1	Beta-2-microglobulina	4	Iβ2 microglobu lina	0				
Hb A1c	4	Hg A1c	1								
<b>HORMONAS TIROIDEAS</b>											
TSH	1 4										
T4 LIBRE	6	T4	6	T-4 libre	1	T4 L	1				
T3	1										
CORTISOL BASAL	1	Cortisol	1								

MARCADORES TUMORALES											
CA 15 3	1	CA 15.3	1 0	CA-15.3	4	Ca 15.3	1	CA-15,3	1	CA 15.3 y CA 15:3	1
CA 125	1	CA-125	4	Ca 125	3	Ca-125	1	CA 12.5	2		
CA 19 9	6	CA 19.9	5	CA-19.9	1 1	Ca 19-9	1	Ca-19.9	1	Ca 19.9	2
CEA	3 8	C.E.A.	1	antígeno carcinoembrionario	1						
alfafetoproteína	8	AFP	7	alfa fetoproteína	2	Alfafetoproteínas	1				
PSA	1 1	P SA	1	antígeno prostático	1						
Beta HCG	2										
CA 19.8	2										
Velocidad de sedimentación globular	1	VSG	1								
VIH	1										
antígeno de neumonella	1	Antígeno frente a Neumococo y Legionella	1	Antígeno de neumococo y de legionella	1						NEUMONELLA SERA ERROR, LO CORRECTO ES NEUMOCOCO
antígeno de Legionella	1	Antígeno frente a Neumococo y Legionella	1								



**TABLA 17. FORMAS FARMACÉUTICAS**

Formas orales	Orales líquidas	Soluciones orales	Administración oral	Soluciones Gotas Jarabes Elixires
			Administración tópica bucal	Colutorios Gargarismos
		Enjuagues		
		Suspensiones		
	Emulsiones			
	Orales sólidas	Polvos	-A granel -Granulados -Sobres o papeles	
Cápsulas		-Gelatinosas rígidas -Gelatinosas blandas o elásticas		
Comprimidos		-Convencionales -Masticables -Multicapa -Recubiertos o grageas -Otros: efervescentes, solubles o dispersables		
-Tabletas -Gránulos -Pildoras -Formas de liberación controlada				
Formas parenterales	Soluciones de principios activos			
	Polvos para inyección o soluciones concentradas			
Formas de aplicación tópica	Líquidas	-Lociones -Soluciones		
	Semisólidas	Cremas Pomadas Pastas Geles		
	Sólidas			
	Sistemas transdérmicos	Sistemas de matriz o monolíticos		
Sistemas controlados por membrana semipermeable o microporosa				

Formas rectales, vaginales y uretrales	Sólidas	Supositorios Óvulos vaginales Comprimidos vaginales Candelillas o bujías uretrales
	Semisólidas	
	Líquidas	Enemas Soluciones para duchas y lavados vaginales
Formas oftálmicas	-Pomadas oftálmicas -Colirios -Baños oculares	
Formas óticas o nasales	-Gotas -Aerosoles -Soluciones para lavados nasales o de oídos -Pomadas nasales u óticas	
Formas inhalatorias	-Gas -Vaporizaciones - Aerosoles, nebulizadores, inhaladores	



## ANEXO 1. FORMATO 5 DE CIRUGÍA

### Recomendaciones generales:

Reinicie progresivamente su actividad física habitual.  
Tome la medicación que se le indique al alta.  
Siga las indicaciones de la dieta aconsejada.

Si ha sido intervenido: normas de actuación para después de la intervención:

1. Si es dado de alta durante las primeras 48 horas tras la intervención:
  - NO debe conducir ni manejar máquinas peligrosas
  - NO debe ingerir alcohol.
  - NO debe tomar medicamento alguno que no haya sido supervisado por el médico que le dio el alta tras la intervención quirúrgica, incluidos la aspirina y medicamentos favorecedores del sueño.
2. Actividad física.
  - Haga reposo relativo el primer día y después aumente progresivamente su actividad.
  - No permanezca acostado o sentado continuamente.
  - Son aconsejables pequeños paseos en su domicilio de 10-15 minutos cada hora.
  - Si está acostado mueva con frecuencia las piernas flexionando hacia delante y atrás rodillas, tobillos y dedos.
  - Si está sentado apoye los pies sobre una banqueta o silla baja.
3. Cuidados de la herida
  - Deje la herida descubierta a partir del tercer día.
  - Después del tercer día puede ducharse aunque se moje la herida, secándola suavemente con una toalla limpia.
  - Aplique una o dos veces al día sobre la herida y con una gasa estéril un antiséptico líquido.
4. En los primeros días del postoperatorio puede tener unas décimas de fiebre o pequeños hematomas en la herida.
5. Si tiene fiebre mayor de 38º, inflamación de la herida, dolor excesivo, vómitos intolerables o cualquier otra eventualidad consulte con su médico de cabecera. Puede remitirle al Servicio de Urgencias del Hospital donde un cirujano le atenderá directamente.

## ANEXO 2. FORMATO 5 DE CIRUGÍA DOCUMENTO 160

### INSTRUCCIONES PARA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Debe estar acompañado en su domicilio por una persona responsable durante las primeras 24 horas tras haber sido intervenido.

En las 48 horas siguientes a la intervención:

- No tome bebidas alcohólicas.
- No conduzca ninguna clase de vehículos.
- No utilice maquinaria pesada.
- No realice actividades peligrosas.
- No adopte decisiones importantes.
- No tome ninguna medicación que no se le haya indicado al darle el alta.

Haga reposo relativo el primer día. Y después aumente progresivamente su actividad. No permanezca acostado o sentado continuamente.

Son aconsejables pequeños paseos en su domicilio de 10 a 15 minutos cada hora.

Tome alimentos ligeros a partir de que pasen 8 horas de la intervención y durante el primer día. Después haga progresivamente su dieta normal.

No dude en llamar al Hospital, en caso de:

**TELÉFONO: 061**

- Dolor de cabeza intenso.
- Dificultad para orinar.
- Sangrado excesivo de la herida.
- Dolor fuerte que no haya cedido con los calmantes que se le han indicado.
- Escalofríos con fiebre superior a 38º.

Si tuviera alguna duda o motivo de preocupación en relación a la intervención que se le ha realizado, puede llamar directamente a la consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo al teléfono 941 297500 extensión 83222 de lunes a viernes en horario de 8:30h a 11:30h.

## ANEXO 3. FORMATO ACONSEJADO PARA RECOMENDACIONES

### Recomendaciones generales:

Reinicie progresivamente su actividad física habitual.

Tome la medicación que se le indique al alta y que consta en este informe.

Siga las indicaciones de la dieta aconsejada. [siempre y cuando en el informe conste la dieta aconsejada]

Si ha sido intervenido, normas de actuación para después de la intervención:

1. Si es dado de alta durante las primeras 48 horas tras la intervención:
  - NO debe conducir ninguna clase de vehículo ni utilizar máquinas pesadas y peligrosas
  - NO debe ingerir bebidas alcohólicas.
  - NO debe tomar medicamento alguno que no haya sido supervisado por el médico que le dio el alta tras la intervención quirúrgica o por su médico de cabecera, incluidos la aspirina y medicamentos favorecedores del sueño.
  
2. Actividad física.
  - Haga reposo relativo el primer día y después aumente progresivamente su actividad.
  - No permanezca acostado o sentado continuamente.
  - Son aconsejables pequeños paseos en su domicilio de 10 a 15 minutos cada hora.
  - Si está acostado mueva con frecuencia las piernas flexionando hacia delante y atrás rodillas, tobillos y dedos.
  - Si está sentado apoye los pies sobre una banqueta o silla baja.
  
3. Cuidados de la herida
  - Deje la herida descubierta a partir del tercer día.
  - Cuando se duche a partir de tercer día, si se moja la herida, séquela suavemente con una toalla limpia.
  - Aplique una o dos veces al día, sobre la herida y con una gasa estéril, un antiséptico líquido.
  
4. En los primeros días del postoperatorio puede tener unas décimas de fiebre o pequeños hematomas en la herida.
  
5. Si tiene fiebre mayor de 38°, inflamación de la herida, dolor excesivo, vómitos intolerables o cualquier otra eventualidad consulte con su médico de cabecera o póngase en contacto con el Servicio de Emergencias (112). Pueden remitirle al Servicio de Urgencias donde un cirujano le atenderá directamente.

Si tuviera alguna duda o intranquilidad relacionada con la intervención que se le ha realizado, puede llamar directamente a la consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo al teléfono 941 297500 extensión 83222 de lunes a viernes en horario de 8:30 a 11:30 horas

## ANEXO DE TODOS LOS MEDICAMENTOS

### 1. APARATO DIGESTIVO Y METABÓLICO

#### 1.1. ESTOMATOLÓGICOS

##### 1.1.1. Asociaciones antisépticas bucales

Oraldine [*Hexetidina*]

Enjuagues orales con Oraldine: 366, 367, 368

Cariax

“Cariax enjuagues/8 h.”: 121

##### 1.1.2. Antifúngicos bucales y g-i

Micostatin, Mycostatin, mycostatin, **Mycostatin** [Mycostatin: *Nistatina*]

Sin más información: “tratamiento con mycostatin”: 62, “Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteína, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y Efortil”: 279

Micostatin enjuagues cada 8 horas.: 396

“Mycostatin 5ml/ 24 h”: 150

“**Mycostatin** enjuagues después de cada comida si molestias orofaríngeas”: 230

Mycostatin solución: 1 enjuague cada 8 horas: 316

Enjuagues con Oraldine y Micostatin, c/8h: 246”

#### 1.2. ANTIÁCIDOS ANTIFLATULENTOS Y ANTIULCEROSOS

##### 1.2.1. Antiácidos solos

Almax, ALMAX [*Almagato*]

“Almax, 1-1-1”: 202

“Si tiene molestias gástricas ALMAX”: 219

Molestias gástricas en tratamiento con Ranitidina más Almax: 328, 329, 330, 331, 332, 333.

##### 1.2.2. Fármacos antiúlceras péptica

###### 1.2.2.1. Antagonistas H<sub>2</sub>

Ranitidina, RANITIDINA

“Ranitidina”: 7

“RANITIDINA 150 mg.: 1 con el desayuno y 1 con la cena “: 31

“RANITIDINA 150 mg. 1 comprimido en el desayuno y 1 comprimido con la cena (estómago)”: 276

Molestias gástricas en tratamiento con Ranitidina más Almax: 328, 329, 330, 331, 332, 333.

###### 1.2.2.2. Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

ANAGASTRA, anagastra, Anagastra, ANAGASTRA [*Pantoprazol*]

“ANAGASTRA 20 mg: 1 al día (ESTÓMAGO)”: 1

“insulina insulatar 1406, anagasta, paracetamol, dorsaltolcina, duphalac, largactil”: 76

“Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagasta, Acrius, Flixonase y Termalgin codeína a demanda”: 124

“Seguril 1 comp./12 h Enalapril 20 mg. 1 comp./24 h. Anagasta 1 comp./24 h. Dilutol 1 comp./día desde hace 1 semana y colirios en ojo derecho para tratamiento de glaucoma.”: 215, 224

“ANAGASTRA 15 mg. 1 comp./desayuno”: 215, 224

Cepradal, CEPRADAL [Ceprandal: *Omeprazol*]

“Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa”: 256

“CEPRADAL: 1 comprimido cada 24 horas”: 256

Estaba en tratamiento con Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1); Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg. (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa.: 256

CEPRADAL: 1 comprimido cada 24 horas.: 256

**Emeproton** [*Omeprazol*]

“**Emeproton** 20 mg: 1 comprimido cada 24 horas de forma continua”: 211

Lansoprazol [*Omeprazol*]

“tras la colocación de Oxiconona para el tratamiento del dolor, Lansoprazol para el reflujo junto con Duphalac como laxante”: 241

Estomil [Lansoprazol]

Estomil 1 al día: 376

LOSEC [*Omeprazol*]

“LOSEC: 1c/día”: 68

“LOSEC -20 mg: 1 comp cada 24 horas mientras este tomando Dacortin”: 115

NEXIUM [*Esomeprazol*]

“NEXIUM: 1 comp/ al día”: 158

Nexium 20 1 comp. disuelto en agua por sonda de gastrostomía diario.: 382

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0.: 383

Nexium 40, 0-1-0.: 390

Nexium 40, 0-1-1.: 391

Nuclosina [*Omeprazol*]

“Nuclosina 1-0-0”: 39

OMEPRAZOL, omeprazol, Omeprazol, **Omeprazol**, **OMEPRAZOL**, OMEPRAZOL-20

OMEPRAZOL -20 mg: 1 comp cada 24 horas: 185

OMEPRAZOL 1 comp. cada 24 horas

OMEPRAZOL 20 1 Comprimido al día: 3

OMEPRAZOL 20: 1 comprimido al día: 5, 6

OMEPRAZOL 20: 1 comp/ al día: 137

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

OMEPRAZOL 20 MG 1 COMP. CADA 24H: 7

OMEPRAZOL 20 un comprimido cada 24 horas: 112

OMEPRAZOL 20 mg: 1 comprimido cada 24 horas: 244

OMEPRAZOL 20 mg: 1 con la cena (ESTÓMAGO): 9

OMEPRAZOL 20 mg, 1 comprimido en el desayuno: 182

OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS – 1 – VO – Cada 24 horas: 179

OMEPRAZOL 20 mg. 1 cápsula cada 24 horas: 263

OMEPRAZOL 40mg – 1 comp. cada 24 horas: 22

OMEPRAZOL 1 comp. diario: 42, 78

OMEPRAZOL, 1 comp. diario: 192, 193, 311, 392

OMEPRAZOL 1 comprimido diario: 83

OMEPRAZOL 1 al día (estómago): 93

OMEPRAZOL 1 comp./día: 56, 70, 94, 173

OMEPRAZOL 1 comp./ día: 134

OMEPRAZOL 1 comp. al día: 102

OMEPRAZOL: 1 comp/24 horas: 64

OMEPRAZOL 1 comp. cada 24 horas: 122

OMEPRAZOL: 1 comprimido/ 24 horas: 14

OMEPRAZOL un comprimido cada 24 horas: 136

OMEPRAZOL 1 comprimido cada 24 horas: 196

Tratamiento habitual: MAYGAZE altas dosis 10 cc./ día, FASLODEX según pauta del Dr. Campeny, MST 10 mg. 1 comprimido al día, PARACETAMOL 1 gr. 1.1.1., PRIMPERAN 1.0.1., OMEPRAZOL 1 cada 24 horas.: 372

OMEPRAZOL 1 comp en Desayuno: 4

OMEPRAZOL: 1 comp en desayuno: 29

OMEPRAZOL 1 comp. al desayuno: 126

OMEPRAZOL: 1 cp en De: 262

OMEPRAZOL 1 comp./ noche: 25, 33

OMEPRAZOL 0-0-1: 39

OMEPRAZOL: 0-0-1: 60

OMEPRAZOL: 1-0-0: 239, 386

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

OMEPRAZOL, 1 cápsula/día (desayuno): 66

OMEPRAZOL: 1 cápsula al día (desayuno): 181

OMEPRAZOL: 1 c en la comida: 110

omeprazol 20 1 c/24 horas: 4

dinitrato de isosorbide, amlodipino, clopidogrel, aldactone y omeprazol: 151

En tratamiento con prednisona 10 mg/d, seguril 1cp/d y omeprazol 1 cp / d: 249

En tratamiento con dieta antieméticos omeprazol: 262, 263

**TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN URGENCIAS:** Augmentine ev, paracetamol, omeprazol: 395

Omeprazol: 5, 6, 22

Dexametasona 5 mg/12 h: Calcio. Duphalc. MST 30/12 h.; Uniket 40; adiro 100; Omeprazol; Rerogradumet: 28

Boi-K, Seguril, Omeprazol y Oxígeno domiciliario: 53

Dacortin y Omeprazol: 56

Regulatens, Zocor, Omeprazol, Lexatin, Airtal y Adiro 300: 58

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

Becozyme, Tiaprizal, Acfol, Omeprazol, Proderma: 98, 99

Cipralelex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5.  
Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2: 112

Omeprazol, Tromalyt, Enalapril, Osteopor, Duphalac y Femara: 118

Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro: 134

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas,  
Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas,  
Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 184

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine,  
Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax,  
Durogesic: 186

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralelex, Adiro y Omeprazol: 189

Androcur, Sertralina, Noctamid, Omeprazol y Anchafibril y Procrin como venía haciendo  
hasta la actualidad: 257

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acol,  
Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día,  
Inhaladores: Symbicort TBH: 301

fue tratado con Omeprazol: 339

**TRATAMIENTO ACTUAL:** Durogesic 25 , Ameride, Omeprazol, Nolotil y Yatrox de 4  
miligramos: 357

Mecformina 850 cada 8h. Insulatard Inholet 25-0-12, Androcur 50 1 comp. / 8 h. Noctamid 1  
mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno). Omeprazol 20 1  
comp 24h. Anchafibrin 1 ampolla babida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada  
3 meses, Efferalgan si dolor, Insulatard 0-0-15.: 257

Continuar con su tratamiento habitual igual (Metformina, Insulina, Androcur, Noctamid,  
Sertralina, Omeprazol): 258

Tratamiento actual con dieta blanda, Omeprazol, Aromasil, NatecalD y Nolotil: 273

Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteina, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y  
Efortil: 279

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si  
más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac:  
282

Furosemida 40/12 h.. Torasemida 10. Omeprazol 20: 214, 223

Omeprazol 20 mg 0-0-1: 18



Omeprazol, 20 mg, 1 comp diario: 27

Omeprazol 20 mg/día: 32

Ferrogradumet 1 comp/día; Omeprazol 20 mg/ 1 comp/día: 244

Omeprazol 20 mgr. 1 comprimido al día: 58

Omeprazol 20 miligramos 1 comprimido cada 24 horas: 151

**Medicación:** Metamizol 1c/vo/6 horas Efferalgan 1c/6h, Omeprazol 20 mg/24h: 284

Omeprazol 20 mg: 1 comp. con la cena: 250

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

Omeprazol 20 gr, 1 comprimido cada 12 horas: 161

Omeprazol 20 1c/24 h: 150

Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno).

Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses, Efferalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 257

Omeprazol 20: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena; Procrin trimestral: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de Mayo); Efferalgan: 1 comprimido si dolor: 261

Omeprazol, 1 comp diario: 37, 200

Omeprazol 1 compr diario: 392

Omeprazol, 1 comp. diario: 246

Omeprazol 1 cmpr. Diario.: 306, 307

Omeprazol 1 comprimido diario: 374

Adiro-100: 1 comp/día. Omeprazol: 1 comp/día. Atrovent y Ventolín inhalados. Pulmicort.

Normovas: 1 comp cada 12 horas e Isodiur: 1 comp/día: 240

Omeprazol: 1 comprimido al día: 242, 283

En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.: 248

Omeprazol 1c/día: 252

Omeprazol 1 comp/24 h durante 1 semana: 88

Omeprazol: 1 c. cada 24 horas: 116

Omeprazol 1 comp cada 24 horas : 396

Omeprazol 1 cada 12 horas: 395

Su tratamiento habitual incluye Kilor: 1 sobre cada 24 horas, Omeprazol: 1 comprimido cada 24 horas.: 335

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

Cambiamos el tratamiento del paciente dejando Sevredol a demanda y quitando el parche de Transtec por la intolerancia... Subimos Prednisona con una pauta descendente comenzando con 30 mg. cada 3 días, bajando a 10 mg. y dejando de forma continua a 10 mg. Omeprazol 1 cada 12 horas y resto igual.: 248

Omeprazol 1 com. en desayuno: 278

Omeprazol 20: 1 comprimido al día en el desayuno.: 359

Omeprazol 20 mg: 1 comprimido al día en el desayuno.: 359

Omeprazol 1c/ce: 14

Omeprazol 1 comprimido en cena: 119

Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y Boi-K un comprimido lunes y jueves.: 136

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

Omeprazol, 0-0-1: 202

tratamiento con Omeprazol IV: 45

Desde hace años toma Omeprazol por molestias abdominales: 243, 244

Omeprazol EV/24 h.: 121

Omeprazol 1 ampolla intravenosa cada 24: 363

**Omeprazol** 1 comp. al día: 35, 230, 328, 331, 332, 333

**Omeprazol 1 comprimido diario: 274**

**Omeprazol** 1 compr diario: 329, 330

**Omeprazol** 1 comp. cada 24 horas: 34, 220, 305

**Omeprazol** 1 comp. en el desayuno: 20

**OMEPRAZOL** 1 comp./ desayuno y cena: 98, 99

**OMEPRAZOL:** 1 cápsula/día (desayuno): 183

**OMEPRAZOL:** 1 comprimido cada 24h: 400

Pantecta [*Pantoprazol*]

“Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta”: 70

“Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, Septrim forte 1.0.1 lunes y viernes. Batmen, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos”: 251

Pariet, PARIET [*Rabeprazol*]

“Pariet 20 mg comprimidos: 1 comprimido antes del desayuno”: 76

“PARIET 20: 1 al levantarse”: 219

PARIZAC [*Omeprazol*]

“PARIZAC de 20 mg. 1 comp. diario de forma continua”: 18

“PARIZAC 20 1 comp. diario con el desayuno”: 47

ULCOTENAL [*Pantoprazol*]

“ULCOTENAL 20 mg: 1 comp/ diario al acostarse”: 148

1.2.2.3. Protectores de la mucosa gástrica

URBAL [*Sucralfato*]

“URBAL 1 sobre antes de cada comida (estómago)”: 276

### 1.3. ESPASMOLÍTICOS

1.3.1. Espasmolíticos anticolinérgicos

Atropina

Atropina, cada 8 horas: 376

Buscapina [*Butilescopolamina*]

“Tratamiento al final de la enfermedad con infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Buscapina y Primperan”: 197

“infusor de 7 días con Buscapina, Cloruro mórfico, Primperan y la familia acepta colocar, dejando rescates de Midazolam”: 199

“infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol, Buscapina y Primperan”: 236

“control sintomático mediante un infusor de Midazolam, cloruro mórfico, Haloperidol y Buscapina”: 245

“infusor que contiene Midazolam, Cloruro mórfico y Buscapina”: 266

“En últimos momentos y para control de ansiedad, nos vemos obligados a colocar un infusor con Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol y Buscapina”: 282

“sedación paliativa con Midazolam, Cloruro Mórfico, Buscapina, Primperan y Toradol”: 241

“control sintomático por vía subcutánea por pérdida de la vía oral con Midazolam, Cloruro mórfico, Transtec en parche y Buscapina”: 269

“hematuria franca que se trata con Anchafibrin 500 cada 8 y Buscapina por dolor tipo espasmódico”: 50

Butilescopolamina

“un infusor con medicación para siete días, incluía Midazolam, Cloruro mórfico, Metoclopramida, Butilescopolamina”: 57

#### 1.4. ANTIEMÉTICOS Y PROCINÉTICOS

##### 1.4.1. Antieméticos

##### 1.4.1.1. Medicamentos contra vómitos por radiaciones y/o quimioterapia

Yatrox [*Ondansetrón*]

“Se cambia Primperan por Yatrox y Dexametasona por vía subcutánea”: 48

**TRATAMIENTO ACTUAL:** Durogesic 25 , Ameride, Omeprazol, Nolotil y Yatrox de 4 miligramos: 357

##### 1.4.2. Procinéticos

procinéticos

tratamiento con corticoides y procinéticos: 69

Metoclopramida

“un infusor con medicación para siete días, incluía Midazolam, Cloruro mórfico, Metoclopramida, Butilescopolamina”: 57

MOTILIUM, MOTILIUM suspensión [*Domperidona*]

“MOTILIUM 10/8 h.”: 39

“MOTILIUM suspensión: Una cucharada antes del desayuno, comida y cena”: 263

Primperam, Primperan, PRIMPERAN, Primperan i.v., Primperan jarabe [*Primperan: Metoclopramida*]

“Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta”: 70

“MST 20 mg. cada 12 horas junto con laxantes y Primperan “: 278

“Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0’5, Primperan y Duphalac”: 282

“INFUSOR DE 7 DÍAS SC (2 ml/h): 630 mg cloruro mórfico + 35 mg Haloperidol + 21 ampollas de Primperan”: 16

“Tratamiento al final de la enfermedad con infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Buscapina y Primperan”: 197

“infusor de 7 días con Buscapina, Cloruro mórfico, Primperan y la familia acepta colocar, dejando rescates de Midazolam”: 199

“infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol, Buscapina y Primperan”: 236

“sedación paliativa con Midazolam, Cloruro Mórfico, Buscapina, Primperan y Toradol”: 241

Primperan 1 comp antes de cada comida: 200

Primperan para vómitos: 253

Primperan 1 cuch. cada 8 horas: 278

Primperan 1 compr. Cada 8 horas.: 374

Si nauseas o vómitos Primperan 1 comp. cada 8 horas : 382

Si nauseas y vómitos Primperan, 1 comp 15’ antes del desayuno, comida y cena: 390

Si tiene dolor tomará: 1 Droal + 1 Adolonta + 1 Primperan cada 8 horas: 281

Primperan 1-0-0: 39

Se cambia Primperan por Yatrox y Dexametasona por vía subcutánea: 48

Primperan 1 ó 2 cuch. cada 8 horas mientras persistan náuseas o vómitos: 366, 367

PRIMPERAN 10 ml si náuseas: 70

PRIMPERAN SOL. 10ML – 1 – VO – Cada 8 horas: 169

PRIMPERAN 1 comp. antes de desayuno, comida y cena: 102

PRIMPERAN 1 comp. Antes de la comida y de la cena: 47

Si náuseas o vómitos PRIMPERAN 1 comprimido cada 8 horas: 126

Si nauseas o vómitos PRIMPERAN 1 comp. 15 minutos antes del desayuno, la comida y la cena: 392

PRIMPERAN: ½ comprimido cada 8 horas: 147

PRIMPRERAN 1 comp. ½ hora antes de cada comida, si nauseas: 287

Tratamiento habitual: MAYGAZE altas dosis 10 cc./ día, FASLODEX según pauta del Dr. Campeny, MST 10 mg. 1 comprimido al día, PARACETAMOL 1 gr. 1.1.1., PRIMPERAN 1.0.1., OMEPRAZOL 1 cada 24 horas.: 372

PRIMPERAN 1 comp. cada 8 horas por 3 días.: 380, 381

Tramadol i.v. con Primperan i.v.: 232

Primperan jarabe, 1 cucharada antes de las comidas si nauseas o vomitos: 58

Primperan jarabe antes de las comidas si nauseas: 283

**PRIMPERAN:** 1 comprimido antes de cada comida sin nauseas: 400

**Primperan** 2 comp. con desayuno, comida y cena durante 4 días: 328

**Primperan** 2 comp. un cuarto de hora antes de desayuno, comida y cena durante 4 días.: 331, 332, 333

## 1.5. LAXANTES

laxantes

“se pautó laxantes para el estreñimiento”: 67

“estreñimiento bien controlado con una mezcla de laxantes osmóticos y estimuladores”: 77

“combinación de laxantes”: 174

“MST 20 mg. cada 12 horas junto con laxantes y Primperan “: 278

### 1.5.1. Laxantes emolientes

EMULIQUEN [Emuliquen Simple: *parafina*]

“EMULIQUEN. 1 sobre/ 12-8 horas”: 141

parafina en jarabe

“estreñimiento por lo que se inició tratamiento con parafina en jarabe”: 159

### 1.5.2. Laxantes estimulantes o drásticos

Laxantes estimulantes

“laxantes estimulantes”: 48

### 1.5.3. Laxantes incrementadores del bolo intestinal

**Plantaben**, PLANTABEN [Plantago ovata]

**“Si presenta estreñimiento aconsejamos Plantaben”:** 49

“PLANTABEN, 1 sobre/12 h.”: 66

estreñimiento que va mal con Plantaben: 369

### 1.5.4. Laxantes por vía rectal

micralax, Micralax, Mycralaz [Micalax: *Laurilsulfato sódico acetato + citrato trisódico*]

“micralax [control del estreñimiento ]”: 16 (indica para qué es cada uno)

“Si no deposición en 3 días poner Micralax”: 16

“Estreñimiento que se soluciona con Duphalac y con enemas de Micralax”: 241

Si estreñimiento Duphalac 1 sobre cada 12 o 24 horas, o Mycralaz enema: 306, 307

### 1.5.5. Laxantes osmóticos orales o salinos

laxantes osmóticos

laxantes osmóticos y estimuladores

“laxantes osmóticos”: 40

### 1.5.6. Otros laxantes

#### 1.5.6.1. Otros laxantes solos

DUFALAC, Duphalac, DUPHALAC, **Duphalac**, duphalac, **DUPHALAC**, DUPHALAC ORAL, DUPHALAC SOBRES, Duphalac sobres, Duphalc [Duphalac: *Lactulosa*]

“DUFALAC 1 sobre a la noche si precisa”: 179

“Duphalac”: 6

“tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente”: 64

“Cipralax de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5. Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2”: 112

“Omeprazol, Tromalyt, Enalapril, Osteopor, Duphalac y Femara”: 118

“seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera”: 150

“Estreñimiento que se soluciona con Duphalac y con enemas de Micralax”: 241

“ ponemos Durogesic para control del dolor, dejamos Duphalac para evitar estreñimiento y colocamos Sinogan en gotas debido a la agitación psicomotriz”: 248

“Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0’5, Primperan y Duphalac”: 282

“Duphalac a demanda”: 39

“Duphalac: a demanda”: 74

“Duphalac como lo venía tomando habitualmente en su domicilio”: 76

“Duphalac po/12 h: 121

“Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.”: 141

“tras la colocación de Oxidona para el tratamiento del dolor, Lansoprazol para el reflujo junto con Duphalac como laxante”: 241

“Duphalac sobres si estreñimiento”: 283

Si precisa por estreñimiento: Duphalac de 1 a 3 sobres diarios : 390, 391

Si estreñimiento Duphalac 1 sobre cada 12 o 24 horas, o Mycralaz enema: 306, 307

“Si no deposición, DUPHALAC 1 sobre al día”: 31

“DUPHALAC: 1 sobre cada 24 h, que regulará según ritmo intestinal”: 142

“DUPHALAC, 1 sobre cada 12 horas, si no realiza deposición”: 182

“DUPHALAC 1 sobre cada 12 horas”: 22

“DUPHALAC: 1 sobre cada 12 horas”: 256

“DUPHALAC: 1 sobre cada 8 horas”: 147, 311

“DUPHALAC 1 sobre cada 8 horas, si estreñimiento”: 78

“Si estreñimiento, DUPHALAC 1 sobre cada 8-12 horas”: 67

“Si estreñimiento DUPHALAC 1 sobre cada 8 horas”: 122

“DUPHALAC 1 sobre/8 h.”: 39

“DUPHALAC en caso de estreñimiento, 1 sobre de 2 a 4 veces al día”: 56

“DUPHALAC 1 Sobre en la cena”: 6

“DUPHALAC: 1 sobre en desayuno y en cena”: 181

“**Duphalac** 1 sobre cada 8 ó 12 horas en dependencia del ritmo deposicional”: 34

“Si estreñimiento **Duphalac**”: 89

“Continuará con su tratamiento habitual, salvo **Duphalac**”: 118

“insulina insular 1406, anagastra, paracetamol, dorsaltolcina, duphalac, largactil”: 76

“**DUPHALAC**: 1 sobre/12 horas”: 183

**DUPHALAC**: 1 cada 8h

“DUPHALAC ORAL, 1 sobre/ 12 horas”: 141

“DUPHALAC sobres: 1 con desayuno y 1 con cena (ESTREÑIMIENTO)”: 9

“DUPHALAC SOBRES: En caso de estreñimiento”: 64

“Dexametasona 5 mg/12 h: Calcio. Duphalc. MST 30/12 h.; Uniket 40; adiro 100; Omeprazol; Rerogradumet”: 28

Oponaf [*Lactitol*]

“Oponaf 1 sobre cada 12 horas”: 278

1.5.6.2. Asociaciones de laxantes

EMULIKE LAXANTE [*Emuliquen Laxante: Picosulfato sódico + parafina líquida*]

“EMULIKE LAXANTE si precisa por estreñimiento cada 8 horas”: 42

EMULIQUEN LAXANTE si precisa por estreñimiento cada 8 horas.: 392

1.6. ANTIDIARREICOS Y ANTIINFECCIOSOS G-I

1.6.1. Inhibidores de la motilidad

fortasec, Fortasec [*Loperamida*]

“cuadro de diarreas su médico lo trató con fortasec”: 76

“Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, Septrim forte 1.0.1 lunes y viernes. Batman, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos.”: 251

1.6.2. Microorganismos antidiarreicos



Ultralevura [Ultra Levura: *Saccharomyces boulardii*]

“Ultralevura: 2 cápsulas en desayuno hasta completar el envase”: 118

## 1.7. ANTIDIABÉTICOS

antidiabéticos orales, ADO, ADOs

“insulina y antidiabéticos orales combinados. Se retiraron los antidiabéticos orales y se disminuyeron las dosis de insulina con buen control de las cifras de glucemia aunque precisa en ocasiones aportes de insulina actrapid”: 93

“antidiabéticos orales”: 95

“en tratamiento con antidiabéticos orales”: 149, 192, 193

“correcciones con Insulina así como antidiabéticos orales”: 240

“se suspende el tratamiento antidiabético debido a cifras de glucemia correctas al disminuir las dosis de esteroides”: 240

“Diabetes Mellitus en tratamiento con Insulina y antidiabéticos orales”: 264

“Toma Tiklid, antihipertensivo y ADO”: 51

“(ADOs)”: 150

### 1.7.1. Insulinas

insulina, Insulina

“en tratamiento actual con insulina”: 84

“en tto con insulina”: 85

“en tratamiento con insulina”: 92

“en tratamiento con insulina”: 111

“tranxilium, insulina”: 177

“Insulina”: 16

“en tratamiento con Insulina”: 82

“correcciones con Insulina así como antidiabéticos orales”: 240

“Insulina según pauta habitual”: 252

“Continuar con su tratamiento habitual igual (Metformina, Insulina, Androcur, Noctamid, Sertralina, Omeprazol)”: 258

“Diabetes Mellitus en tratamiento con Insulina y antidiabéticos orales”: 264

Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con insulina: 394

humalog, humalog mix [Humalog: *Insulina lispro*]

“TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h), seroxat, denubil, humalog 50 (12-12-0), humalog mix 25 (0-0-0) descenso de dosis de dexametasona”: 252

Insulatad, INSULINA INSULATARD INNOLET, insulina insular, INSULATARD INNOLET, Insulatard Inholet, INSULATARD [Insulatard: *Insulina isofánica*]

“Así mismo se pondrá Insulatad como lo hacía en su casa 14 unidades por la mañana y 6 por la noche”: 76

“Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Insulatard innolet: 0-22-10; Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Noctamid 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas (noche); Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Omeprazol 20: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena; Procrin trimestral: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de mayo); Efferelgan: 1 comprimido si dolor.”: 261

Metformina 850: 1 comprimido cada 8 horas; Insulatard innolet: 0-16-12; Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Disgren: 1 comprimido cada 24 horas; Noctamid 1 mg: 0-0-1; Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas: 262, 263

“INSULINA INSULATARD INNOLET: 0-22-10”: 262

“insulina insular 1406, anagasta, paracetamol, dorsaltolcina, duphalac, largactil”: 76

“a pesar de haber suspendido Merformina y estar con insulina insular 25-0-12. Ha estado en tratamiento con Levofloxacino y dieta astringente”: 257

“INSULATARD INNOLET: 14 unidades antes del desayuno y 8 unidades antes del cena”: 263

“Insulatard Inholet 25-0-12, Androcur 50 1 comp.”: 257

“Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

INSULINA ACTRAPID, insulina Actrapid, insulina actrapid [Actrapid: *Insulina cristalina*]

“INSULINA ACTRAPID si precisa en cena tras control de glucemia: 9

Capilar: 250-300: 6 unidades

300-400: 8 unidades”

“Control de glucemia capilar en desayuno, comida y cena y corrección con insulina Actrapid según siguiente pauta:

200-250: 4 UI

250-300: 6 UI

300-350: 8 UI

350-400: 10 UI

400-450: 12 UI”

“INSULINA RÁPIDA ACTRAPID INNOLET según la siguiente pauta haciendo glucemias previas a desayuno, comida y cena: 93

De 200 a 250 poner 4 uds.

De 250 a 300 6 uds.

De 300 a 350 8 uds.

De 350 a 400 10 uds.

De 400 a 450 12 uds.”

“insulina y antidiabéticos orales combinados. Se retiraron los antidiabéticos orales y se disminuyeron las dosis de insulina con buen control de las cifras de glucemia aunque precisa en ocasiones aportes de insulina actrapid”: 93

Insulina intermedia

“Insulina intermedia”: 24

INSULINA LANTUS, Insulina Lantus, **Insulina Lantus**, INSULINA Lantus [LANTUS: *insulina glargina*]

“INSULINA LANTUS: 8 unidades en desayuno”: 9

“INSULINA LANTUS 8 uds. en el desayuno”: 93

“Insulina Lantus 6 Unidades en desayuno”: 16

“Insulina Lantus”: 24, 35

“Unidiamicron 30, 1 comp./día y recientemente Insulina Lantus 14 unidades al desayuno”: 94

“**Insulina Lantus** 12 unidades por la mañana”: 35

“INSULINA Lantus 18 unidades antes del desayuno”: 94

**Insulina Lantus** 24 unidades en desayuno.: 326

**Insulina Lantus** 38 unidades en desayuno.: 327

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar.: 379

Insulina Levemir, INSULINA LEVEMIR, Insulina levemir flexpen, Levemir Levemir 20 [Levemir: *Insulina detemir*]

“Insulina Levemir”: 23

“INSULINA LEVEMIR 20 unidades en desayuno: 23

“INSULINA LEVEMIR 24 unidades/desayuno: 84

“Insulina levemir flexpen: 22

“Levemir 20 unidades en desayuno: 23

INSULINA NPH, insulina NPH, Insulina NPH [Insulina isofánica: *Protamina*]

“INSULINA NPH 14-0-7”: 24

“INSULINA NPH 22-0-5”: 112

“INSULINA NPH 15 uds. al desayuno, 12 uds. a la cena”: 255

“INSULINA NPH: 12 unidades antes del desayuno y 10 unidades antes de la cena”: 256

“Glucemias bastante estables con insulina NPH, 16.0.6 uds.”: 75

“Cipralex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5. Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2”: 112

“Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa”: 256

**Insulina NPH** 18-0-10: 328, 329, 330

Insulina rápida

“Insulina rápida”: 24, 35

**Insulina rápida:** si más de 250 2 unidades,  
entre 300 y 350 4 unidades,  
entre 350 y 400 6 unidades,  
más de 400 8 unidades”: 326

**Insulina rápida:** si más de 250 2 unidades, entre 300 y 350 4 unidades, entre 350 y 400 6 unidades, más de 400 8 unidades.: 327

**BMT**est. o glucemias capilares antes de DNO- CDA.-CNA con corrección con insulina rápida, según pauta habitual.: 329, 330

Novamix [Novomix 30 Flexpen: Mezclas fijas de insulina aspart/insulina aspart protamina]

“Novamix 16 U-0-10 U. Novonorm: 2 mg en comida. Zarator: 1 comprimido en cena.

Actonel. Glumida 100: 1 comprimido en cena.”: 86

Novorapid [Novorapid Flexpen: Insulina aspart]

“Novorapid”: 23

1.7.2. Antidiabéticos orales

1.7.2.1. Hipoglucemiantes orales

1.7.2.1.1. Sulfonilureas

Amaryl, AMARYL, amaryl [*Glimepirida*]

“Amaryl 2 mg 1-1-1”: 18

“Amaryl 2 mg 1c/24 h”: 150

“Amaryl 2 mg. ½ comprimido cada 8 horas”: 151

“seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera”: 150

“AMARYL 2 mg. comp. – 1 comp. antes del desayuno, comida y cena”: 18

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0: 383

Euglucon [*Glibenclamida*]

“Euglucon 5 mg, 1 comp antes del desayuno, comida y cena”: 27

Gliben clamida [*Glibenclamida*]

Nicerium 1-0-1, Isodinit 1-0-1, Enalapril ½-0-0, Gliben clamida ½-0-0 y Silimarina 1-1-1: 96

Unidiamicron, UNIDIAMICRON [*Glicazida*]

“Unidiamicron 30, 1 comp./día y recientemente Insulina Lantus 14 unidades al desayuno”: 94

“UNIDIAMICRON 30, 1 comprimido con el desayuno”: 94

#### 1.7.2.1.2. Metiglinidas

Novonorm [*Repaglinida*]

“Novamix 16 U-0-10 U. Novonorm: 2 mg en comida. Zarator: 1 comprimido en cena.

Actonel. Glumida 100: 1 comprimido en cena.”: 86

#### 1.7.2.2. Bignanidas

Diamben, DIAMBEN, dianben, Dianben [*Dianben: Metformina*]

“Diamben, Codiovan Forte, Urolosin y Sintrom según pauta” : 49

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acfol,

Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día,

Inhaladores: Symbicort TBH. En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con

Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate

intramuscular. : 301

Tratamiento con Almodipino, Adiro 100, Diamben, Prevencor y Fortzaar: 380, 381, 382

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0,

amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-

0: 383

Dianben (1-1-1) vo: 381

“DIAMBEN, 0-0-1”: 192, 193

“DM 2 en tratamiento con dianben”: 194

Mecformina, Merformina, Metformina, METFORMINA [Metformina]

“tratamiento habitual con Mecformina 850 cada h.”: 257

“a pesar de haber suspendido Merformina y estar con insulina insulatar 25-0-12. Ha estado en tratamiento con Levofloxacino y dieta astringente”: 257

Continuar con su tratamiento habitual igual (Metformina, Insulina, Androcur, Noctamid, Sertralina, Omeprazol): 258

“en tratamiento con Metformina 1 comprimido y medio al día”: 94

“Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa”: 256

“Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno): Insulatard innolet: 0-22-10; Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Noctamid 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas (noche); Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno)”: 261

“En tratamiento con Metformina 850: 1 comprimido cada 8 horas; Insulatard innolet: 0-16-12; Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Disgren: 1 comprimido cada 24 horas; Noctamid 1 mg: 0-0-1; Sertralia: 1 comprimido cada 24 horas”: 262, 263

“Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

“METFORMINA 850 mg: 1 cp en De: 262

“METFORMINA 850: 1 comprimido cada 12 horas: 263

### 1.7.3. Otros fármacos empleados en diabetes

Glucobay [*Acarbosa*]

“Glucobay, 1 comp antes del desayuno, comida y cena”: 27

Glumida [*Acarbosa*]

“Novamix 16 U-0-10 U. Novonorm: 2 mg en comida. Zarator: 1 comprimido en cena.

Actonel. Glumida 100: 1 comprimido en cena.”: 86

## 1.8. VITAMINAS

### 1.8.1. Vitaminas A y D

#### 1.8.1.1. Vitaminas D

“Tto habitual (fosamax y calcio + vitamina D)”: 295

ROCALTROL [*Calcitriol*]

“ROCALTROL caps 0,25 mcg-1 comp. cada 48 horas”: 4

1.8.2. Complejo de la vitamina B

1.8.2.1. Complejo B + otras sustancias

Becozyme [BECOZYME C FORTE: Vitaminas del complejo B con vitamina C]

“Becozyme, Tiaprizal, Acfol, Omeprazol, Proderma”: 98, 99

1.9. SUPLEMENTOS MINERALES EXCLUIDO HIERRO

1.9.1. Suplementos de calcio

mastical, MASTICAL, Mastical [*Calcio, carbonato*]

“mastical 0-2-2 (*ç*)”: 4

“MASTICAL 1260 mg”: 2-2-2

“MASTICAL 1260 mg comp. mast: 0-1-1”: 22

“Mastical”: 22

NATECAL [*Calcio, carbonato*]

“NATECAL D1 comp. diario”: 122

“NATECAL 1 CP –COMIDA “: 169

Osteopor [*Oseína-hidroxiapatito*]

“Omeprazol, Tromalyt, Enalapril, Osteopor, Duphalac y Femara”: 118

“Osteopor, Tromalyt, Enalapril 20”: 119

1.9.2. Asociaciones de calcio + vitamina D

**Natecal D**, NatecalD [*Natecal D: Calcio carbonato + colecalciferol*]

“Tratamiento actual con dieta blanda, Omeprazol, Aromasil, NatecalD y Nolotil”: 273

**“Natecal D 1 comprimido diario”: 274**

1.9.3. Suplementos de potasio. Sales de potasio + otras sustancias

Boi K, BOIK;, **Boik**, Boi-K [*Boi K: Potasio bicarbonato + ascórbico ácido*]

“Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0,

Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1,

Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal

0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.”: 181

“en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar,

Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer,

Orfidal, Atarax, Durogesic”: 186

“BOIK: 1 cp/24 H”: 169

“Boi-K, Seguril, Omeprazol y Oxígeno domiciliario”: 53

“Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas. Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y Boi-K un comprimido lunes y jueves.”: 136

“Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0’5, Primperan y Duphalac”:  
282

Boi-K 1 comp/24horas: 295

Boi-K, 0-1-0: 351

Boi-K, 1 comprimido en la comida: 353

“**Boik**: 1 comprimido cada 24 horas”: 211

Tto. actual: SEGURIL (1-0-0). BOIK 1 comp./semana. UROLOSIN (0-0-1): 342

**Boik A Aspártico** [Boi K Aspartico: *Potasio bicarbonato + ascórbico ácido*]

“**Boik A Aspártico** 1 comp. al día”: 220

## 2. SANGRE Y LÍQUIDOS CORPORALES

### 2.1. ANTICOAGULANTES Y ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS

#### 2.1.1. Anticoagulantes

anticoagulantes

“anticoagulación oral”: 39

“Si tomaba anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios antes de este ingreso, consulte con su médico de Atención Primaria como y cuándo reanudar su toma, antes de finalizar la administración de la Bemiparina”: 43, 160, 254

“tratamiento con Heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes y oxigenoterapia”:  
173

“tratamiento con anticoagulante”: 174

#### 2.1.1.1. Anticoagulantes orales

Sintrom, SINTROM, **Sintrom**, Sintrom@, SINTRON [Sintrom: *Acenocumarol*]

“Sintrom”: 4, 23

“pauta de Sintrom”: 23

“en tratamiento con Sintrom”: 49

“Diamben, Codiovan Forte, Urolosin y Sintrom según pauta”: 49

“durante 2 días administrar **Clexane 40 junto con Sintrom y posteriormente Sintrom**: según la pauta que tenía establecida”: 49



Tratamiento: Sintrom, Acovil 5 mg./ 24 horas, Digoxina 1/ 24 horas, Seguril /24 horas, Zaldiar /cada 8 horas, Tramadol 50 mg. nocturno: 320

“Sintrom, Zarator 20, Lobivon 5 y Crisetin (flutamida)”: 68

“Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2”: 112

“(tº Sintrom)/ Miocardioesclerosis/ I.C.C.”: 141

“tratamiento con factores de crecimiento y antibioterapia de amplio espectro (Imipenem, factores de crecimiento) y se suspende tratamiento con Sintrom.”: 230

“Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.”: 141

“Sintrom 4 mg. Según pauta de hematología”: 143

“SINTROM SEGÚN PAUTA”: 23

“SINTROM según pauta de Hematología”: 39

“SINTROM “4” mgrs., según pauta S. Hematología (Reinicio)”: 141

“SINTROM: Según pauta de Hematología”: 142

“SINTROM según pauta de hematología”: 228

“**Sintrom** según pauta. Acudirá a realizarse control del mismo el 02/01/07”: 230

“Sintrom@”: 22

“HIBOR 3.500 SC/24 H DURANTE UN MES Y POSTERIOR REINTRODUCCIÓN DEL SINTRON POR SU MÉDICO”: 153

#### 2.1.1.2. Heparina y otros anticoagulantes inyectables

##### Bemiparina

“**Profilaxis antitrombótica:** Bemiparina 3.500 UI subcutáneos cada 24 h, durante 10 días”: 43, 160, 254

“Si tomaba anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios antes de este ingreso, consulte con su médico de Atención Primaria como y cuándo reanudar su toma, antes de finalizar la administración de la Bemiparina”: 43, 160, 254

CLEXANE, Clexane, **CLEXANE**, **Clexane**, Clexane 60 [*Enoxaparina*]

“CLEXANE 40 mg. 1 inyección al día subcutánea”: 31

“CLEXANE 40 mg s.c.”: 239

“CLEXANE 40 un ampolla subcutánea cada 12 horas”: 112

“CLEXANE 40, 1 inyección SBC/ día (3 días, y stop)”: 141

“CLEXANE 60 1 inyección subcutánea cada 24 horas”: 67

“CLEXANE 60 s.c./12 h.”: 68

“en tt° con Lanirapid y Clexane, además tomaba tt° diurético con Sutril 5 mg. 1 comp./día”:

166

“Clexane 40 mg: 1 inyección al día subcutáneo”: 16

“durante 2 días administrar **Clexane 40 junto con Sintrom y posteriormente Sintrom**: según la pauta que tenía establecida”: 49

“Clexane 40, 1 inyección subcutánea cada 24 horas 10 días”: 51

“Clexane 40, subcutáneo, cada 24 horas, 1 mes”: 155

“Clexane 40, subcutáneo cada 24 horas 1 mes”: 216

“Clexane 40 mg/24 h sc”: 238

“Clexane 60 1 inyección sc cada 24 horas diaria”: 12

“Clexane 60/12 h s.c. al 5º día del inicio del cuadro”: 68

“**CLEXANE** 40 subcutáneo/ 24 h.”: 98

“**Clexane** 20 subcutáneo cada 24 horas, mientras no aumente la movilización”: 220

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

Enoxaparina

“Profilaxis antitrombótica: Enoxaparina 40 mg subcutáneos cada 24 h, durante 10 días [...]”:  
104

Fraxiparina [*Nadroparina*]

“tratamiento con Fraxiparina y Augmentine plus cada 12 horas”: 50

“tratamiento con Fraxiparina a dosis de 60 cada 12 horas”: 50

Heparina, heparina de bajo peso molecular, Heparina de bajo peso molecular, heparinas de bajo peso molecular

“Heparina”: 15, 16

“heparina de bajo peso molecular”: 23

“heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas”: 39

“tratamiento con Heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes y oxigenoterapia”:  
173

“tratamiento indefinido con Heparina de bajo peso molecular”: 173

“tratamiento con heparinas de bajo peso molecular”: 90

Hibor 2.500, Hibor 3500, Hibor 5000, HIBOR 2500, HIBOR 3.500, HIBOR 5000 [Hibor: *Bemiparina*]

“Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta”: 70

“Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, Septrim forte 1.0.1 lunes y viernes. Batmen, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos.”: 251

“Hibor 5000 subcutáneo, cada 24 horas”: 71

HIBOR 5000: 1 inyección al día: 276

“HIBOR 2500 1 inyección subcutánea”: 70

“HIBOR 3.500 SC/24 H DURANTE UN MES Y POSTERIOR REINTRODUCCIÓN DEL SINTRON POR SU MÉDICO”: 153

“HIBOR 7.500, 1 vial subcutáneo al día durante 3 semanas. Posteriormente HIBOR 5.000, 1 vez al día de forma indefinida”: 173

“HIBOR 5000: 1 inyección al día”: 276

## 2.1.2. Antiagregantes plaquetarios

AAS ni AINEs

“AAS ni AINEs”: 45

“alergia al Ácido Acetilsalicílico y otros AINES”: 123

“se introdujo Aines”: 188

“Dudosa alergia a la aspirina y antiinflamatorios no esteroideos”: 124

incluidos la aspirina y medicamentos favorecedores del sueño de 10-15 minutos cada hora: 43

Intolerancia Aspirina: 263

AAS, Plavix, cloruro mórfoico y NTG sublingual: 161

Intolerancia a AAS: 258, 260

Intolerancia a ACIDO ACETILSALICILICO: 259

Intolerancia a Acido Acetil Salicilico: 264

Adiro, ADIRO, Adiro 100, adiro 100, ADIRO 100, ADIRO -100, ADIRO-100, Adiro-100, Adiro 300 [Adiro: *Ácido Acetilsalicílico, antitrombótico*]

“(Adiro + Disgren)”: 81

“Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro”: 134

“Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas.

Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un

comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y

Boi-K un comprimido lunes y jueves”: 136

“en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic”: 186

“Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.”: 187

“Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol”: 189

Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro: 298  
tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acfol, Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día, Inhaladores: Symbicort TBH. En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate intramuscular.: 301

Tratamiento con Almodipino, Adiro 100, Diamben, Prevencor y Fortzaar: 380, 381, 382

“ADIRO cada 24 horas”: 136

“Dexametasona 5 mg/12 h: Calcio. Duphalc. MST 30/12 h.; Uniket 40; adiro 100; Omeprazol; Rerogradumet”: 28

“Adiro 100 1c/co”: 14

“Adiro 100 0-1-1”: 18

“Uniket 40, Adiro 100, Simvastatina decapartil, casodex”: 29

“Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.”: 181

“Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax”: 182, 183

“Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Loracepam y Atarax”: 184

“ADIRO 100: 1 comprimido/ 24 horas”: 14

“ADIRO 100 mg, 1 comprimido en la comida”: 182

“ADIRO – 100: 1 comp en comida”: 29

“ADIRO -100 mg: 1 comp cada 24 horas”: 185

“Adiro-100: 1 comp/día. Omeprazol: 1 comp/día. Atrovent y Ventolín inhalados. Pulmicort. Normovas: 1 comp cada 12 horas e Isodiur: 1 comp/día”: 240

“Regulatens, Zocor, Omeprazol, Lexatin, Airtal y Adiro 300”: 58

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0: 383

antiagregantes plaquetarios

“Si tomaba anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios antes de este ingreso, consulte con su médico de Atención Primaria como y cuándo reanudar su toma, antes de finalizar la administración de la Bemiparina”: 43, 160, 254

“infartos...en tratamiento con antiagregantes”: 213

clopidogrel

“dinitrato de isosorbide, amlodipino, clopidogrel, aldactone y omeprazol”: 151

Disgren, DISGREN, **DISGREN**, DISGREM [Disgren: *Triflusal*]

“Disgren”: 3

“(Adiro + Disgren)”: 81

“en tratamiento con Uniket, Siscord y Disgren, además de la inyección trimestral”: 148

“En tratamiento con Metformina 850: 1 comprimido cada 8 horas; Insulatard innolet: 0-16-12; Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Disgren: 1 comprimido cada 24 horas; Noctamid 1 mg: 0-0-1; Sertralia: 1 comprimido cada 24 horas”: 262, 263

“DISGREN 2 Comprimidos al día”: 3

“DISGREN: 1 comp/ cada 12 h.”: 137

“DISGREN: 1 comp diario después de la comida”: 138

“DISGREN: 1 comprimido cada 24 horas”: 147

“UNIKET, DISGREN, SYSCOR, inyecciones trimestrales. Tal como venía tomando”: 148

“**DISGREN** 1 comprimido cada 24 horas”: 80

DISGREM 1 comp. cada 24 horas: 287

ISCOVER, Iscover [*Clopidogrel*]

“ISCOVER 1 comp./ día”: 25

“ISCOVER 75 1 comp. en la comida”: 126

“Iscover 1c/24 h”: 150

plavix, Plavix, PLAVIX [*Clopidogrel*]

“seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200

mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera”: 150

“Plavix 75 mg. 1 comprimido cada 24 horas”: 151

“AAS, Plavix, cloruro mórfico y NTG sublingual”: 161

“Plavix 75 mgr, 1 comprimido cada 24 horas”: 161

“diferido por la toma de Plavix”: 210

“Tratamiento: **Sinemet plus**: 1-1-1. Plavix: 1 comprimido al día. Casodex: 1 comprimido al día. Zyloric: 1 comprimido al día”: 211

“PLAVIX 1 comp al día”: 210

“PLAVIX: 1 c/día”: 213

Tiklid [*Ticlopidina*]

“Toma Tiklid, antihipertensivo y ADO”: 51

Tromalyt [Ácido Acetilsalicílico, antitrombótico]

“Omeprazol, Tromalyt, Enalapril, Osteopor, Duphalac y Femara”: 118

“Osteopor, Tromalyt, Enalapril 20”: 119

## 2.2. HEMOSTÁTICOS

### 2.2.1. Antifibrinolíticos

**AMCHAFIBRIN**, Amchafibrin, AMCHAFIBRIN, Amchafibrin IV, Anchafibril, anchafibrin, Anchafibrin, ANCHAFIBRIN [Amchafibrin: *ácido Tranexámico*]

**AMCHAFIBRIN**: 1 vial bebido/12-8 horas, si signos de nuevo sangrado: 66

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Ceftacidima y Granocite. Se asocia así mismo tto con Amchafibrin: 168

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Cefacidima y Granocite. tto con Amchafibrin: 169

Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Insulatard innolet: 0-22-10;

Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Noctamid 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas

(noche); Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Omeprazol 20: 1 comprimido

cada 24 horas (desayuno); Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena;

Procrin trimestral: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de mayo); Efferelgan: 1 comprimido si dolor: 261

Amchafibrin EV/8 h: 121

Amchafibrin 1 vial / 8 h vo: 258

Amchafibrin 500mg: 1 comprimido cada 8 horas: 359

AMCHAFIBRIN: 1 ampolla bebida en De, Co y Ce: 262

Si sangrado, añadir Anchafibrin IV (1 amp/8 h.): 262

Androcur, Sertralina, Noctamid, Omeprazol y Anchafibril y Procrin como venía haciendo hasta la actualidad: 256, 257.

anchafibrin: 12

hematuria franca que se trata con Anchafibrin 500 cada 8 y Buscapina por dolor tipo espasmódico: 50

Anchafibrin: 50, 56

Procrin, Casodex, Omeprazol, Anchafibrin, Tardyferon, Furosemida: 173

dejamos Anchafibrin: 253

Androcur (1-1-1) Acol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

Mecformina 850 cada 8h. Insulatard Inholet 25-0-12, Androcur 50 1 comp. / 8 h. Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno). Omeprazol 20 1 comp 24h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses, Efferaalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 257

Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno).

Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses, Efferaalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 25

ANCHAFIBRIN 500 mg 1 comp. cada 8 horas: 122

ANCHAFIBRIN 1 comp./8 h: 173

ANCHAFIBRIN: 1 ampolla bebible cada 8 h.: 256

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

ANCHAFIBRIN 1 comp. cada 8 horas. Suspender sino esputos con sangre: 287

ANCHAFIBRIN: 1 comprimido cada 8 horas: 263

AMDRAFIBRIN, 1 ampolla vía oral cada 8 horas: 341

KONAKION [*Fitomenadiona*]

KONAKION AMP 1 ampolla intramuscular a la semana: 18

## 2.2.2. Vitaminas K

vitamina K

tratamiento antibiótico, con ciprofloxacino, corrección de la alteración de la coagulación con vitamina K: 83

## 2.3. ANTIANÉMICOS

### 2.3.1. Suplementos de hierro

#### 2.3.1.1. Hierro solo

Hierro

TARDYFERON 1c/comida durante dos meses, teniendo en cuenta que la ingesta de hierro tiñe las heces de negro: 45

TRATAMIENTO AL ALTA: Hierro. Adolonta: 62

#### 2.3.1.1.1. Suplementos de hierro oral

CROMATOMBIC FERRO [*Cromatonbic Ferro: Lactato ferroso*]

CROMATOMBIC FERRO 1 ampolla bebible antes del desayuno durante 3 meses: 215, 224

FEROGRADUMENT, ferrogradumet, **Ferrogradumet**, FEROGRADUMET, Ferrogradumet, ferrogradumet, Fero-Gradumet [*Fero Gradumet: Sulfato ferroso*]

FEROGRADUMENT: 1 comprimido al día en ayunas: 64

ferrogradumet 1-0-0: 4

**Ferrogradumet**: 1 comprimido al día: 74

FEROGRADUMET: 1 comprimido al día en ayunas: 219

Ferrogradumet: 22

Se le pautó tratamiento con Ferrogradumet: 243

Ferrogradumet 1 comp/día; Omeprazol 20 mg/ 1 comp/día: 244

le pautó tratamiento con ferrogradumet: 244

Recibió tratamiento esteroideo (Dacortin) y Fero-Gradumet, consiguiéndose un control clínico y analítico: 359

Ferplex, FERPLEX [*FERPLEX 40: Proteinsuccinilato férrico*]

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

FERPLEX un ampolla bebida cada 24 horas: 112

Ferroprotina [*Ferrimanitol ovoalbúmina*]

Ferroprotina 1 cada 24 horas 1 mes: 216



Ferroprotina 1 sobre 15 min. antes de la comida: 306

KILOR [*Ferrimanitol ovoalbúmina*]

KILOR sobres, 1 sobre en la comida y en la cena durante 1 mes y posteriormente 1 sobre en la comida durante dos meses mas: 186

Su tratamiento habitual incluye Kilor: 1 sobre cada 24 horas, Omeprazol: 1 comprimido cada 24 horas: 335

LACTOFERRINA [*Lactoferrina: Proteinsuccinilato férrico*]

LACTOFERRINA 1 Vía bebible/12 h.: 66

Profer [*Ferrimanitol ovoalbúmina*]

Profer 1-1-1: 108

**Tadiferon**, TARDIFERON, Tardiferon, TARDYFERON, Tardyferon [*Tardyferon: Sulfato ferroso*]

**Tadiferon** 1 comp. por la mañana: 20

TARDIFERON 1 comprimido cada 24 horas: 196

TARDIFERON 1 comp. En desayuno: 179

TARDIFERON 1-0-0: 126

tratamiento con Megefren, Tardiferon, Ibuprofeno y Nolotil: 196

TARDYFERON 270 mg 30 gg-1 comp. en desayuno: 4

TARDYFERON 270 MG 30 GG – 1 – VO – Desayuno: 22

TARDYFERON 1c/comida durante dos meses, teniendo en cuenta que la ingesta de hierro tiñe las heces de negro: 45

TARDYFERON 1 comp./día: 173

Procrin, Casodex, Omeprazol, Anchafibrin, Tardyferon, Furosemida: 173

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

2.3.2. Otros antianémicos

2.3.2.1. Ácido fólico solo

Acfol, ACFOL [*Ácido fólico*]

Becozyme, Tiaprizal, Acfol, Omeprazol, Proderma: 98

Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

Acfol 5 mg, 1 comprimido /24 h vo durante 1 mes. Luego suspenderlo : 258

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acfol, Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día, Inhaladores: Symbicort TBH. En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate intramuscular: 301

Acfol 5 mg: 1 comp. con la comida: 317

ACFOL. 1 comprimido cada 24 horas: 244

ACFOL: 1 comprimido cada 24 horas: 256

ACFOL: 1 comprimido a la cena: 255

ACFOL. COMP. 5MG - 1 - VO - Cada 24 horas durante 1 semana: 318

Lederfolin [*Folinato cálcico (Leucovorin)*]

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0.: 383

2.3.2.2. Asociaciones antianémicas sin hierro

FOLI-DOCE [*Foli Doce: Levofolinato cálcico*]

FOLI-DOCE 1 comprimido en desayuno: 67

2.4. HIPOLIPEMIANTES/ANTIATEROMATOSOS

Cardyl, CARDYL [*Atorvastatina*]

en tratamiento con Cardyl 10 1 comp. al día: 126

CARDYL 10 mg., 1 comp. a la cena: 126, 127

Cózar plus (1-0-0); Cardyl 10 (0-0-01): 127

Digaril [*Fluvastatina*]

Digaril prolib [*Fluvastatina*]

Digaril prolib 80 mg 1-0-0: 18

Estatinas

Hipercolesterolemia en tratamiento con Estatinas: 136, 137

Liplat, LIPLAT [*Pravastatina*]

Liplat: 5, 6

LIPLAT 20 1 Comprimido al día: 6

Prevencor, PREVENCOR, **Prevencort** [*Prevencor: Atorvastatina*]

Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro: 134

Prevencor 20 mgr, 1 comprimido cada 24 horas: 161

Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro: 298

Tratamiento con Almodipino, Adiro 100, Diamben, Prevencor y Fortzaar: 380, 381, 382

PREVENCOR 10 un comprimido nocturno: 136

PREVENCOR 10 1c en cena: 228

**Prevencort** 10 1 comp. en la noche: 230

Simvastatina

Uniket 40, Adiro 100, Simvastatina decapaptil, casodex: 28, 29

ZARATOR, Zarator, zarator [Atorvastatina]

ZARATOR 20 mg. 1 comprimido/noche: 67

ZARATOR 20 MG: 1c/día: 68

Sintrom, Zarator 20, Lobivon 5 y Crisetin (flutamida): 68

Zarator 10 mg: 1 comprimido cada 24 horas: 76

Novamix 16 U-0-10 U. Novonorm: 2 mg en comida. Zarator: 1 comprimido en cena. Actonel.

Glumida 100: 1 comprimido en cena. : 86

Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas.

Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y Boi-K un comprimido lunes y jueves.: 136

Toma atacand, moxon 0.2 mg, isodiur, zarator, aremis, Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno): 177

ZOCOR-20 [Simvastatina]

Regulatens, Zocor, Omeprazol, Lexatin, Airtal y Adiro 300: 58

ZOCOR-20: 1 comp diario en la cena: 138

## 2.5. SUSTITUTOS DEL PLASMA Y SOLUCIONES PARA INFUSIÓN

### 2.5.1. Sustitutos del plasma

albúmina, albumina iv

tto unos días con albúmina iv: 169

tratamiento con albumina iv: 181

### 2.5.2. Soluciones i.v. restauradoras del equilibrio hidroelectrolítico

#### 2.5.2.1. Electrolitos

#### SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS

curas locales con Suero y Betadine, con protecciones algodonas: 186

MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas: 115

Beta-2-microglobulina (suero) 4.0\* [1.42-3.21] mg/L: 122

suplementos proteicos orales

suplementos proteicos orales: 169

2.5.2.2. Electrolitos + hidratos de carbono

sueros glucosalinos

tratamiento con sueros glucosalinos: 196

Suero glucosalino 500 cc PMV: 383

2.6. ESTIMULANTES DE LA HEMATOPOYESIS

2.6.1. Estimulantes de la eritropoyesis

ERITROPOYETINA

ERITROPOYETINA: 4

Eritropoyetina 10000 und. internacionales lunes-miércoles y viernes: 365

neorecormon, NEORECORMON, Neorecormon [*Epoetina beta*]

neorecormon 4000 UI sc los martes: 4

NEORECORMON 6000 UI JER-1-SC una vez por semana: 4

NEORECORMON 4000 UI jer – 1 (semanal (martes)): 22

NEORECORMON 30.000 unidades una inyección semanal: 126

Neorecormon: 22

2.6.2. Factores estimulantes de colonias progenitoras

Granocyte [*Granocyte: Lenograstim*]

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Ceftacidima y Granocyte. Se asocia así mismo tto con Amchafibrin: 168

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Cefotaxima y Granocyte. tto con Amchafibrin: 169

3. APARATO CARDIOVASCULAR

3.1. CARDIOTERAPIA

3.1.1. Glucósidos cardiotónicos y similares. Terapia de la insuficiencia cardiaca congestiva

3.1.1.1. Digitálicos

Digoxina, DIGOXINA, **digoxina**

Intolerancia digestiva a la Digoxina y Amiodarona: 135

manejo de bajas dosis de Digoxina estando en los parámetros de control las Digoxinemias (0,7) y se decide el aumento del tratamiento con antitiroideos: 136

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acfol,

Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día,

Inhaladores: Symbicort TBH. En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con

Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate intramuscular: 301

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

Tratamiento: Sintrom, Acovil 5 mg./ 24 horas, Digoxina 1/ 24 horas, Seguril /24 horas,

Zaldiar /cada 8 horas, Tramadol 50 mg. nocturno : 320

DIGOXINA, 1 comp./ día (excepto sábados y domingos): 141

DIGOXINA 1 comprimido al día (corazón): 276

DIGOXINA, 1 comprimido cada 24 horas de lunes a viernes: 341

### **Intolerancia digestiva digoxina y AMIODARONA POR HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO : 136**

Lanirapid, LANIRAPID, Lanirrapid, **Lanirrapid** [Lanirapid: *Metildigoxina*]

Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro: 134

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h,

Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5,

Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200

mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0,

O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

Lanirapid 1c/24 h: 150

en tt° con Lanirapid y Clexane, además tomaba tt° diurético con Sutril 5 mg. 1 comp./día: 166

LANIRAPID 1 comp./ día: 134

LANIRAPID ½ comprimido cada 48 horas: 136

LANIRAPID 1 comp. cada 24 horas: 287

Aldactone, Lanirrapid y B12 mensual: 220

**Lanirrapid** 1 comp al día: 220

3.1.2. Antiarrítmicos. Terapia de las arritmias

3.1.2.1. antiarrítmicos solos

Amiodarona, **AMIODARONA**, Amiodarona oral

episodio de fibrilación auricular que cedió con Amiodarona: 56

Amiodarona: 70

Hipertiroidismo por Amiodarona: 134

Intolerancia digestiva a la Digoxina y Amiodarona: 135

Hipertiroidismo secundario a Amiodarona: 136

Hipertiroidismo secundario a tratamiento con Amiodarona: 137

Hipertiroidismo secundario a Amiodarona: 137

### **Intolerancia digestiva digoxina y AMIODARONA POR HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO : 136**

Amiodarona oral (al parecer no la está tomando): 56

Apocard [*Flecainida*]

Trangorex posteriormente sustituido por Apocard: 7

Apocard: 7

Lidocaína

Lidocaína viscosa enjuagues antes de De/co/ce: 121

propafenona [*Propafenona*]

en tratamiento con propafenona: 70

2 comprimidos de Propafenona: 70

Rytmonorm, RYTMONORM [*Propafenona*]

Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta: 70

RYTMONORM 150, 1 comp./12 h: 70

Trangorex, TRANGOREX [*Amiodarona*]

Trangorex posteriormente sustituido por Apocard: 7

tratamiento con Trangorex: 69

Trangorex: 1 comp en desayuno y 1 comp en la cena excepto sábados y domingos: 138

TRANGOREX 1 comp. al día: 70

#### 3.1.3. Terapia del miocardio

##### 3.1.3.1. Nitratos y sustancias relacionadas

Uniket, UNIKET [*Isosorbida, mononitrato*]

Dexametasona 5 mg/12 h: Calcio. Duphalc. MST 30/12 h.; Uniket 40; adiro 100; Omeprazol; Rerogradumet: 28

Uniket 40, Adiro 100, Simvastatina decapartil, casodex: 28

UNIKET – 40 mg: 1 comp en desayuno y cena: 29

UNIKET 20 mg: 1 comprimido cada 12 horas: 147

en tratamiento con Uniket, Siscord y Disgren, además de la inyección trimestral: 148

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5,

Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200

mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

Uniket 40 1 comprimido cada 12 horas: 151

#### 3.1.3.1.1. Nitratos solos

Diafusor, DIAFUSOR, **DIAFUSOR** [*Nitroglicerina transdérmica*]

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

Diafusor 10 TTS/24 h (retirar por la noche): 150

DIAFUSOR 10: 1 parche al día: 181

DIAFUSOR 10mg, 1 parche cada 24 horas, retirar por la noche: 182

**DIAFUSOR “10”**: 1 parche/día: 183

dinitrato de isosorbide

dinitrato de isosorbide, amlodipino, clopidogrel, aldactone y omeprazol: 151

Nitroderm [*Nitroglicerina transdérmica*]

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

Nitroplast

Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro: 298

Solinitrina, SOLINITRINA SUBLINGUAL [*Nitroglicerina*]

Troponina T en valores de 0,1 que se resuelve con terapia de Solinitrina sublingual: 136

Si dolor torácico o disnea SOLINITRINA SUBLINGUAL: 29

Trinipatch [*Nitroglicerina*]

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0,

Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1,

Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

#### 3.1.3.2. Antagonistas del calcio

ADALART oros, Adalat Oros [Adalat: *Nifedipino*]  
ADALART oros 60: 1 comprimido al día: 5  
ADALAT Oros 60 mg 1 Comprimido al día: 6  
Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2.,  
OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500  
1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas,  
LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358  
Adalat Oros60: 5  
Adalat Oros 30 : 1 comprimido en el desayuno: 359  
Adalat Oros 30 mg: 1 comprimido en el desayuno: 359  
Adalat Oros: 6  
Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro: 298  
Amiodipino, amlodipino [Amlodipino]  
Amiodipino 10 mg: 7  
dinitrato de isosorbide, amlodipino, clopidogrel, aldactone y omeprazol: 151  
Tratamiento con Almodipino, Adiro 100, Diamben, Prevencor y Fortzaar: 380, 381, 382  
ASTUDAL [*Amlodipino*]  
ASTUDAL 5 mg comp – 1 comp. En desayuno: 22  
ASTUDAL de 5 mg 1 comp. En desayuno: 179  
Diltiazan, Diltiazem, Diltiazem Retard, DILTIAZEM RETARD [Diltiazem]  
.... tratamiento que la paciente tomaba previamente con antagonista de calcio (Diltiazan  
retard): 136  
tratamiento con Diltiazem: 56  
Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h,  
Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12  
h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141  
DILTIAZEM RETARD, 1 comp/ 12 horas: 141  
DILTIAZEM RETARD 120: 1 comp/ cada 12 h.: 142  
DINISOR, Dinisor, DINISOR RETARD [*Diltiazem*]  
DINISOR 60, 1 comp./12 h.: 56  
Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro: 134  
DINISOR 60, 1 comp./ desayuno: 134  
DINISOR RETARD 120 un comprimido cada 24 horas: 136  
UNIMASDIL [Uni Masdil: Diltiazem]



UNIMASDIL 200 1 comp. cada 24 horas: 287

MANDON RETARD [Manidon Retard: *Verapamilo*]

MANDON RETARD 1 c en desayuno: 228

MANIDON, **Manidon**, Manidón, Manidon

MANIDON 80: 1 comp/ cada 12 h.: 137

**Manidon** 1 comp. cada 24 horas: 230

en tratamiento con Manidón: 105

se introdujo Manidon e IECAS, así como antibióticos para tratamiento de la neumonía: 137

Norvas, NORVAS, norvas, Norvax [Norvas: *Amlodipino*]

Norvas 5: 22, 23, 24

Norvas 10 mg. 1 comprimido cada 24 horas: 151

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0,

Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1,

Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal

0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

ZYLORIC, COLCHIMAX, DAFLON, NORVAS, ETC...: 24

NORVAS – 5 mg: ½ comp en comida durante 4 días. Después subir a 1 comp en comida: 29

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5,

Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200

mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0,

O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine,

Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax,

Durogesic: 186

Siscord, SYSCOR [Syscor : *Nisoldipino*]

en tratamiento con Uniket, Siscord y Disgren, además de la inyección trimestral: 148

SYSCOR 10: 1 comprimido cada 12 horas: 147

UNIKET, DISGREN, SYSCOR, inyecciones trimestrales. Tal como venía tomando: 148

### 3.2. ANTIHIPERTENSIVOS

3.2.1. Antiadrenérgicos de acción central y alcaloides de la rauwolfia. Antiadrenérgicos de acción central

moxon [Moxonidina]

Toma atacand, moxon 0.2 mg, isodiur, zarator, aremis, Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno): 177

### 3.2.2. antiadrenérgicos de acción periférica (excepto beta-bloqueantes). Bloqueates alfa-adrenérgicos

Carduran neo, CARDURAN NEO, Carduran Neo, CARDURAN Neo, cardurán neo

[Carduran: *Doxazosina*], [Carduran Neo: *Doxazosina*]

Carduran neo: 5, 22

CARDURAN NEO 4 mg: 1 comprimido al día: 5

CARDURAN NEO 4 mg, NOLOTIL: 12

CARDURAN NEO com 4 mg – 2 comp. en cena

CARDURAN NEO 4 mg. 1 comp. noche: 210

CARDURAN NEO 4 mg: 1 c/noche: 213

Carduran Neo 4: 5

Carduran Neo: 6

CARDURAN Neo 4 mg 1 Comprimido al día: 6

cardurán neo 4 mg: 0-0-1 (*i*): 4

dorsaltolcina, Doxazocina [Doxazosina]

insulina insulatar 1406, anagasta, paracetamol, dorsaltolcina, duphalac, largactil: 76

Doxazocina 4 mg: 1 comprimido cada 24 horas: 76

### 3.2.3. Antihipertensivos con acción sobre sistema renina-angiotensina.

#### 3.2.3.1. Inhibidores de la ECA

Captopril, CAPTOPRIL

Captopril comprimidos: 23

CAPTOPRIL SI PRECISA POR ELEVACIÓN DE T.A.: 23

Captopril: 22 (o 32)

Coversil [Coversyl: *Perindopriilo*]

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

ENALAPRIL, Enalapril

ENALAPRIL 5 MG 1 COMP. CADA 24 H.: 7

ENALAPRIL 20 – 1 comp. en desayuno: 18

ENALAPRIL 1-0-0: 39

ENALAPRIL 20, 1 comp./día: 94

ENALAPRIL 10 1 comprimido al día: 93

Enalapril 20 mg 1-0-0: 18

Enalapril 1 comp cada 24 horas: 37

Enalapril 1-0-0: 38

Enalapril 20, 1-0-0: 39

Nicerium 1-0-1, Isodinit 1-0-1, Enalapril ½-0-0, Gliben clamida ½-0-0 y Silimarina 1-1-1: 96

Omeprazol, Tromalyt, Enalapril, Osteopor, Duphalac y Femara: 118

Osteopor, Tromalyt, Enalapril 20: 119

Seguril 1 comp./12 h Enalapril 20 mg. 1 comp./24 h. Anagasta 1 comp./24 h. Dilutol 1 comp./día desde hace 1 semana y colirios en ojo derecho para tratamiento de glaucoma.: 215, 224

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

INOCAR [*Cilazapril*]

INOCAR 2.5, 1 comp./ día: 25

RENITEC [*Enalaprilato*]

RENITEC de 20 mg. 1 comp. diario con el desayuno: 47

RENITEC 5 mg: medio comp/ cada 12 h.: 137

RENITEC 20: 0.5-0-0: 239

IECAS

se introdujo Manidon e IECAS, así como antibióticos para tratamiento de la neumonía: 137

ACOVIL [*Ramiprilo*]

Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro: 298

Tratamiento: Sintrom, Acovil 5 mg./ 24 horas, Digoxina 1/ 24 horas, Seguril /24 horas, Zaldiar /cada 8 horas, Tramadol 50 mg. nocturno: 320

3.2.3.2. Bloqueantes de receptores AT1 de Angiotensina II

Atacand, atacand, ATACANT [*Atacand: Candesartán*]

Atacand 16 mg 1c/de (sin comas luego ambiguo): 14

ATACANT 16 mg: 1 comprimido / desayuno: 14

Atacand 16 mg: 1 comprimido en desayuno: 16

Toma atacand, moxon 0.2 mg, isodiur, zarator, aremis, Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno): 177

Cozaar, COZAAR, COZAR [*Cozaar: Losartán potásico*]

Cozaar 50: 45

COZAAR 50 como venía tomando: 45

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5,

Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200

mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150  
COZAR de 50 mg ½ comp. en desayuno: 179  
Cózaar , 1 comprimido por la mañana: 353  
MICARDIS, micardis [*Telmisartán*]  
MICARDIS 80, 1-0-0: 192. 193  
HTA en tratamiento con micardis: 194  
PARAPRES, Parapres [*Candesartán*]  
PARAPRES 16 mg: 1 comp/ en desayuno: 142  
tratamiento con: Alprazolam, Decapeptyl trimestral, Parapres y Aremis: 232  
PARAPRES un comp: 232  
Regulatens [*Regulaten: Eprosartán*]  
Regulatens, Zocor, Omeprazol, Lexatin, Airtal y Adiro 300: 58  
Diovan [*Valsartán*]  
Diovan, 1-0-0: 351  
Diovan 80, 1-0-0: 391  
DIOBAN, 1c. al día.: 354  
Codiovan [*hidroclorotiazida + valsartán*]  
Diamben, Codiovan Forte, Urolosin y Sintrom según pauta : 49  
Medicación: Co-Diovan, medio comprimido diario: 108  
Codiovan 8, 1-0-0: 390  
CO-DIOVAN 8 mg, 1 comp. a las 21:00 horas: 392  
3.2.4. Asociaciones antihipertensivos + diuréticos  
Co-vals [*Co Vals: Valsartán/Hidroclorotiazida*]  
Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta: 70  
Cozaar Plus, COZAAR PLUS, COZAHAR PLUS, Cózar plus [*Cozaar Plus: Losartán/Hidroclorotiazida*]  
en tratamiento con Cozaar Plus: 126  
COZAHAR PLUS 1-0-0: 126  
COZAAR PLUS:: 127  
FORTZAAR 100/25 [*Fortzaar: Losartán/Hidroclorotiazida*]  
FORTZAAR 100/25: ½ comprimido en el desayuno: 276  
Tratamiento con Almodipino, Adiro 100, Diamben, Prevencor y Fortzaar: 380, 381, 382

### 3.3. DIURÉTICOS

diurético

diurético: 4

tratamiento diurético: 136

en tt° con Lanirapid y Clexane, además tomaba tt° diurético con Sutril 5 mg. 1 comp./día: 166

tratamiento diurético: 271

diuréticos

tratamiento con broncodilatadores y diuréticos: 211

tratamiento con diuréticos a dosis altas + cloruro mórfico si disnea: 163

tratamiento con diuréticos: 40

tratamiento con Digital y diuréticos: 134

dosis de diuréticos intravenosos y eventualmente morfina subcutánea 2-4 mg: 134

Micción correcta con disminución de los edemas sin tomar diuréticos: 289

#### 3.3.1. Diuréticos de bajo techo (Tiazidas y afines)

Higrotona [*Clortalidona*]

Higrotona: 23

Tertensif [*Indapamida*]

Tertensif: 54

Tertensif retard [*Tertensif Retard: Indapamida*]

Tertensif retard,: 56

#### 3.3.2. Diuréticos de techo alto (de asa)

Dilutol, DILUTOL [*Torasemida*]

Dilutol 5: 3

Dilutol 5 mg, 1 comprimido en desayuno: 58

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

Seguril 1 comp./12 h Enalapril 20 mg. 1 comp./24 h. Anagastra 1 comp./24 h. Dilutol 1 comp./día desde hace 1 semana y colirios en ojo derecho para tratamiento de glaucoma.: 215, 224

aumento de su disnea... se le indica la administración de Seguril 2 comp./día y desde hace 1 semana Dilutol 1 comp./día: 215

Seguril 2 comp./día y desde hace 1 semana Dilutol 1 comp./día: 224

Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteína, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y Efortil: 279

DILUTOL 5 1 Comprimido al día: 3  
DILUTOL 10 mg. 1 comp./desayuno: 215, 224  
FUROSEMIDA, Furosemida, furosemida  
FUROSEMIDA 40 mg/2 ml – 1 comp. al día: 22  
Procrin, Casodex, Omeprazol, Anchafibrin, Tardyferon, Furosemida: 173  
Furosemida 40/12 h., Torasemida 10. Omeprazol 20: 214, 223  
asociándose furosemida endovensa tras la transfusión: 259  
isodiur, Isodiur, ISODIUR [*Torasemida*]  
Toma atacand, moxon 0.2 mg, isodiur, zarator, aremis, Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno): 177  
Isodiur 5 mg, Hemovas 600 mg, Atrovent, Ventolin y Pulmicort: 238  
Isodiur 5 mg ½ comp/24 horas: 238  
Adiro-100: 1 comp/día. Omeprazol: 1 comp/día. Atrovent y Ventolín inhalados. Pulmicort.  
Normovas: 1 comp cada 12 horas e Isodiur: 1 comp/día: 240  
ISODIUR 5: 1-0-0: 239  
seguril, SEGURIL, Seguril, **SEGURIL**, **Seguril** [*Furosemida*]  
seguril ½-0-0: 4  
Si precisa se puede asociar seguril 40 mg.: 143  
seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5,  
Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200  
mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0,  
O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150  
En tratamiento con prednisona 10 mg/d, seguril 1cp/d y omeprazol 1 cp / d: 249  
SEGURIL: 1 comprimido cada 2 días: 64  
SEGURIL: 1 comprimido al día (desayuno): 181  
SEGURIL: 1 comp cada 24 horas: 185  
SEGURIL un comprimido cada 24 horas: 112, 136  
SEGURIL 1 comp. en desayuno: 4  
SEGURIL 1 comp. / desayuno y comida: 25, 134  
SEGURIL, 1 comp. con el desayuno y otro con la comida: 102  
SEGURIL, 1 comprimido en desayuno y medio comprimido en la comida: 182  
SEGURIL 40 MG 1 COMP. CADA 24H.: 7  
SEGURIL 40 mg: 1 con desayuno y 1 con comida (ORINAR): 9  
Tto. actual: SEGURIL (1-0-0). BOIK 1 comp./semana. UROLOSIN (0-0-1): 342

SEGURIL, 1 comp. en desayuno: 344

Seguril : 22

Boi-K, Seguril, Omeprazol y Oxígeno domiciliario: 53

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

Cipralex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5.

Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2: 112

Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro: 134

Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas.

Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y

Boi-K un comprimido lunes y jueves.: 136

Seguril (1-1/2-0): 150

Seguril 40 miligramos. 1 comprimido cada 24 horas: 151

1 cp de Seguril: 169

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0,

Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1,

Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

Tratado al ingreso en urgencias con Seguril y oxigenoterapia y posteriormente bromuro de ipatropio nebulizado, amoxi-clavulanico, corticoide iv, sueroterapia y su tratamiento habitual: 181

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 184

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

aumento de su disnea... se le indica la administración de Seguril 2 comp./día y desde hace 1 semana Dilutol 1 comp./día: 215

Seguril 1 comp./12 h Enalapril 20 mg. 1 comp./24 h. Anagasta 1 comp./24 h. Dilutol 1 comp./día desde hace 1 semana y colirios en ojo derecho para tratamiento de glaucoma.: 215, 224

Seguril 2 comp./día y desde hace 1 semana Dilutol 1 comp./día: 224

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

Seguril 1 comprimido lunes, miércoles y viernes: 283

Tratamiento: Sintrom, Acovil 5 mg./ 24 horas, Digoxina 1/ 24 horas, Seguril /24 horas, Zaldiar /cada 8 horas, Tramadol 50 mg. nocturno : 320

Seguril 1 comp/ 24 horas: 295

Tratamiento domiciliario: el habitual con Seguril y Urolosin: 346

Seguril, 1-1/2-0: 351

Seguril, 1 comprimido al desayuno y ½ comprimido a la comida: 353

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

SEGURIL COMP 40MG –(1-0-0) – VO – Cada 24 horas: 169

**SEGURIL:** 1 comprimido/día (desayuno): 183

**Seguril** 1 comp. al día: 220

**Seguril:** 1 comprimido en el desayuno a días alternos: 272

Continuará con el mismo tratamiento que venía tomando hasta el momento del ingreso, y además añadirá: **Seguril:** 1 comprimido al día, cada 24 horas: 211

**Sutril**, Sutril, SUTRIL, Sutril Neo, SUTRIL NEO, SUTRIL-10 [Sutril: *Torasemida*], [Sutril: *Torasemida*]

**Sutril** 1 comp. en el desayuno: 20

Sutril 5, 1-0-0: 39

en ttº con Lanirapid y Clexane, además tomaba ttº diurético con Sutril 5 mg. 1 comp./día: 166  
SUTRIL 5, 1-0-0: 39

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

SUTRIL NEO 10 mg: 1 comp/ día: 142

SUTRIL “10”, 1 comp/ día (desayuno): 141



SUTRIL-10: 1 comp diario en el desayuno: 138

Torasemida

En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.: 248

Furosemida 40/12 h., Torasemida 10. Omeprazol 20: 214, 223

3.3.3. Diuréticos ahorradores de potasio

ALDACTONE, aldactone, Aldactone, **ALDACTONE “A”, Aldactone 100**, ALDACTONE A, ALDACTONE 100, Aldactone A, [Aldactone A: *Espironolactona*], [Aldactone 100: *Espironolactona*]

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150  
dinitrato de isosorbide, amlodipino, clopidogrel, aldactone y omeprazol: 151

Aldactone, Lanirrapid y B12 mensual: 220

**ALDACTONE “A”**: 1 comprimido/día (comida): 183

**Aldactone 100**: 1 comprimido en desayuno y otro en la comida: 272

ALDACTONE A 1 comp./ comida: 25

ALDACTONE A: 1 comprimido diario (comida): 181

ALDACTONE A, 1 comprimido en la comida: 182

ALDACTONE A: 1 comp cada 24 horas: 185

ALDACTONE 100, 1 comp. con la comida: 102

Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas.

Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y

Boi-K un comprimido lunes y jueves.: 136

Aldactone A 1c/24 h: 150

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteína, Lorazepam y Atarax: 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteína, Loracepam y Atarax: 184

3.3.4. Diuréticos en asociación

Ameride [*Amilorida/Hidroclorotiazida*]

AMERIDE, 1 comprimido en desayuno: 341

**TRATAMIENTO ACTUAL:** Durogesic 25 , Ameride, Omeprazol, Nolotil y Yatrox de 4 miligramos: 357

### 3.4. VASODILATADORES CEREBRALES Y PERIFÉRICOS

**HEMOVAS**, Hemovas, HEMOVAS, HEMOVÁS [Hemovas: *Pentoxifilina*]

**HEMOVAS 600** 1 comprimido cada 12 horas: 80

**HEMOVAS “400”:** 1 comprimido/día: 183

Ciprallex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5.

Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2: 112

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 184

Isodiur 5 mg, Hemovas 600 mg, Atrovent, Ventolin y Pulmicort: 238

Hemovas 600 mg 1 comp/12 horas: 238

HEMOVAS 600: 1-0-1: 239

HEMOVAS -400 mg: 1 comp cada 12 horas: 185

HEMOVAS 400, 1 comprimido cada 12 horas: 181

HEMOVÁS 400mg, 1 comprimido cada 12 horas: 182

IDAPTAN [*Trimetazidina*]

IDAPTAN: 1 comp cada 8 horas: 29

Lofton, LOFTON [*Buflomedilo*]

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimester, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

LOFTON 150: 1 comp/ cada 12 h.: 142

Lofton 1 cada 12 horas: 143

Pentoxifilina

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

### 3.5. ANTIVARICOSOS. Antivaricosos sistémicos y vasoprotectores generales

Daflon, DAFLON [DAFLON : Diosmina +hesperidina]

Daflon: 23, 24

Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta: 70

ZYLORIC, COLCHIMAX, DAFLON, NORVAS, ETC...: 24

Doxium forte [*Dobesilato cálcico*]

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

Thrombocid [*Pentanopolisulfúrico*]

Thrombocid pomada: en el brazo izquierdo 3 veces al día: 359

### 3.6. OTROS PREPARADOS CARDIOVASCULARES. Inotropos adrenérgicos y agentes vasopresores

Efortil [*Etilefrina*]

Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteina, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y Efortil: 279

### 3.7. BETA-BLOQUEANTES

achacan a betabloqueantes: 148

#### 3.7.1. Beta-bloqueantes cardioselectivos solos

EMCONCOR, Emconcor, EMCONCOR COR, Enconcor cor 2 [Emconcor: *Bisoprolol*], [Emconcor Cor: *Bisoprolol*]

EMCONCOR COR 2,5 mg: ½ comp cada 12 horas: 29

Emconcor 2.5, ½ comprimido cada 24 horas: 161

Enconcor cor 2,5 mg ½ comprimido cada 12 horas: 143

Lobivon [*Nebivolol*]

LOVIBON 5 mg. 1 comprimido en el desayuno: 67

Sintrom, Zarator 20, Lobivon 5 y Crisetin (flutamida): 68

Tenormin [*Atenolol*]

estando con Tenormin: 148

Tratamiento habitual con Tenormin, Adalat, Acovil, Prevencor, Nitroplas 10 y Adiro: 298

3.7.2. Beta-bloqueantes no cardioselectivos

Coropres, Coroprex [*Coropres: Carvedilol*]

Coroprex 25, ½ al desayuno: 246

COROPRÉS + ANEUROL

Coropres 25 y Aneurol ocasionalmente: 246

COROPRÉS 25 1 comp desayuno + ANEUROL ocasionalmente: 247

HTA desde los 16 años en tratamiento con Coropres 25. Hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico: 390, 391, 392

Coropres 25, 0-0-1: 390, 391

COROPRES 25; 1 comp. al desayuno: 392

Sumial [*Propranolol*]

en relación a Sumial: 148

COLIRIOS OFTÁLMICOS

Seguril 1 comp./12 h Enalapril 20 mg. 1 comp./24 h. Anagasta 1 comp./24 h. Dilutol 1 comp./día desde hace 1 semana y colirios en ojo derecho para tratamiento de glaucoma.: 215, 224

COLIRIOS OFTÁLMICOS como venía siendo administrado hasta el momento: 215, 224

#### 4. DERMATOLÓGICOS

##### 4.1. ANTIINFECCIOSOS TÓPICOS

###### 4.1.1. Antibióticos tópicos solos

Bactroban [*Mupirocina*]

Bactroban: 1, 2

###### 4.1.2. Asociaciones de antibióticos tópicos. Sulfamidas tópicas solas

Silverderma [*Sulfadiazina argéntica*]

Silverderma: 1, 2

##### 4.2. CORTICOIDES TÓPICOS. Corticoides tópicos solos

Batmen [*Prednicarbato tóp dérm*]

Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, Septrim forte 1.0.1 lunes y viernes. Batmen, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos.: 251

##### 4.3. ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

Furacin [*Nitrofuraz*]

Furacin: 1, 2

yodo 131

Hipertiroidismo tratado con yodo 131 e hipotiroidismo secundario en tratamiento sustitutivo:  
123

Hipertiroidismo tratado con Yodo 131: 124

Hipertiroidismo tratatado con yodo I 131, a los 62 años en Zaragoza: 305, 306, 307

#### 4.4. APÓSITOS MEDICAMENTOSOS

Tulgrason, Tulgrasun [Tulgrasum Antibiotico]

Tulgrason: 2

Tulgrasun: 1

parche Fentanilo

parche Fentanilo 50 mg: 29

Dolor controlado con Fentanilo subcutáneo 25 mas 12: 289

### 5. TERAPIA GENITOURINARIA Y HORMONAS SEXUALES

5.1. HORMONAS SEXUALES Y ESTIMULANTES GENITALES . Inhibidores de  
gonadotropinas y anti-hormonas sexuales

Androcur, ANDROCUR [*Ciproterona*]

tratamiento con Androcur y Procrin: 173

Androcur (1-1-1) Acol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

Insulatard Inholet 25-0-12, Androcur 50 1 comp.: 257

Androcur, Sertralina, Noctamid, Omeprazol y Anchafibril y Procrin como venía haciendo hasta la actualidad: 257

Continuar con su tratamiento habitual igual (Metformina, Insulina, Androcur, Noctamid, Sertralina, Omeprazol): 258

Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Insulatard innolet: 0-22-10;

Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Noctamid 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas (noche); Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno): 261

En tratamiento con Metformina 850: 1 comprimido cada 8 horas; Insulatard innolet: 0-16-12;

Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Disgren: 1 comprimido cada 24 horas; Noctamid 1 mg: 0-0-1; Sertralia: 1 comprimido cada 24 horas: 262, 263

ANDROCUR: 1 comprimido cada 8 horas: 255, 256

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.  
ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).  
SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.  
ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3  
meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259  
ANDROCUR: 1 cp en De: 262

ANDROCUR 50 1 comprimido cada 8 horas: 263

## 5.2. MEDICAMENTOS UROLÓGICOS

### 5.2.1. Antiespasmódicos de vías urinarias

DETRUSITOL, Detrusitol [Tolterodina]

DETRUSITOL 4 mg: 255

DETRUSITOL: 1 comprimido cada 24 horas: 256

Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

### 5.2.2. Medicamentos contra cálculos renales

Uralit Urato [Uralyt Urato: *Potasio, citrato/Acido cítrico*]

Uralit Urato 1-1-2: 144

### 5.2.3. Medicamentos contra adenoma prostático

alfa bloqueantes, alfabloqueantes

Alfabloqueantes: 4

En tratamiento con alfa bloqueantes, infartos cerebrales en tratamiento con Plavix: 210

en tratamiento con alfabloqueantes: 213

Aavidart, Avidar, AVIDART, Avidart, **AVIDART**, AVIDART -0,5 [Avidart: *Dutasterida*]

Aavidart 0.5 mg: 3

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

AVIDART 0.5 1 Comprimido al día: 3

AVIDART: 1 comprimido en el desayuno: 5

AVIDART 0'5, 1 comprimido al día: 181

AVIDART 0.5, 1 comprimido cada 24 horas: 182

AVIDART -0,5 mg: 1 comp cada 24 horas: 185

Avidart : 5

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 184

**AVIDART “0.5”:** 1 comprimido/día: 183

PROSCAR, Proscar [*Finasterida*]

PROSCAR: 1 comp/al día: 73

Inemed Retard: 2-1-2. Triptizol 25: 2-1-2. Proscard: 0-0-1: 74

Proscar 1 comprimido al día: 281

UNIBENESTAN, Unibenestán [*Unibenestan: Alfuzosina*]

UNIBENESTAN “10”, 1 comp/día (cena): 66

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h., Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimester, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

Urolosin, UROLOSIN, urolosin ocos [*Tamsulosina*]

Diamben, Codiovan Forte, Urolosin y Sintrom según pauta : 49

UROLOSIN 1 comprimido por la noche: 83

en tto con urolosin ocos y decapeptyl trimestral: 133

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acofol, Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día, Inhaladores: Symbicort TBH. En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate intramuscular: 301

Tto. actual: SEGURIL (1-0-0). BOIK 1 comp./semana. UROLOSIN (0-0-1): 342

UROLOSIN, 1 comp. por la noche: 344

Tratamiento domiciliario: el habitual con Seguril y Urolosin: 346

Urolosin, 1 comprimido por la noche: 353

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

UROLISIN, 1c. por la noche: 354

Urolisin 0,4, 0-0-1: 351

Omnice, OMNICE, Omnice Ocas [Omnice: *Tamsulosina*]

Omnice: 5

OMNICE 0,4: 1 comprimido al día: 5

en tto con Omnice: 166

Omnice Ocas 1/24 h. antes de acostarse: 171

Omnice 0,4 1 comprimido al día: 281

5.2.4. Otros medicamentos urológicos. Terapia farmacológica de la disfunción erectil

Micefrone [Micefrone]

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar

0,5 cada 24 h., Micefrone 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30

cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

## 6. TERAPIA HORMONAL EXCLUIDAS HORMONAS SEXUALES

### 6.1. CORTICOIDES

esteroides

corticoide, corticoides, Corticoides, corticoides (dexametasona, corticoides de base,

Corticoides i.v

Corticoides: 32

en tto con oxigenoterapia, nebulizaciones y dosis altas de corticoides: 54

tratamiento corticoideo: 67

tratamiento con corticoides y procinéticos: 69

tratamiento con Corticoides i.v: 78

tratamiento con antibioticoterapia y corticoides de base: 79

controlada con Naproxeno 500 cada 8 horas mas subida de la dosis de corticoide: 120

cuadro de lumbo-ciática que se trata con aumento de dosis de corticoides y analgesia: 130

tratamiento con corticoides (dexametasona): 177

Tratado al ingreso en urgencias con Seguril y oxigenoterapia y posteriormente bromuro de ipatropio nebulizado, amoxi-clavulanico, corticoide iv, sueroterapia y su tratamiento habitual:

181

tratamiento con neuroléptico a dosis bajas y se añadió corticoide por el dolor óseo: 188

secundaria a tratamiento corticoideo crónico: 199, 200

descenso de corticoides: 252



Rechazó el tratamiento de radioterapia cerebral por alopecia y se le puso tratamiento con Zometa y corticoides: 269

tratamiento médico incluido enemas, sueroterapia y dosis bajas de corticoides: 278

Deberá evitar el tratamiento con corticoides por la posibilidad de indicación de biopsia de músculo, en cuyo caso los corticoides podrían enmascarar los resultados: 280

Se retiró antiandrógeno y se administró corticoterapia: 173

Dexametasona 4 mg. 1 ampolla al desayuno: 374

DEXAMETASONA 8 mg. 1 comp. en desayuno por 3 días: 380, 381

corticoides y broncodilatadores en aerosol

corticoides y broncodilatadores en aerosol: 64

corticoides, inhaladores mas antibiótico

tratamiento con corticoides, inhaladores mas antibiótico: 186

6.1.1. Corticoides solos

DACORTIN, Dacortin, **Dacortin**, **DACORTIN** [*Prednisona*]

DACORTIN 30 mg: 1 en el desayuno (RESPIRACIÓN): 9

DACORTIN – 30 mg: 1 comp en el desayuno, disminuyendo 1/3 de comprimido cada 5 días hasta suspender: 115

DACORTIN 30 mg 1 comp. al desayuno: 122

DACORTIN 30 mg, 1 comp al desayuno, durante 5 días y continuará con ½ comp. al desayuno: 126

DACORTIN 5 mg: 1 comprimido cada 12 horas: 147

DACORTIN 30 mg., 2 comp. en desayuno para posterior pauta de descenso según la Unidad de Paliativos: 311

DACORTIN 30: 2-0-0: 386

Dacortin y Omeprazol: 56

LOSEC -20 mg: 1 comp cada 24 horas mientras este tomando Dacortin: 115

tto empírico con Tazocel 4 g ev/8 h sin mejoría de la fiebre, por lo que se añade

Vanocimicina, persistiendo fiebre alta. Ayer se inició tratamiento con Dacortin y esta noche no ha tenido fiebre: 121

Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteina, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y Efortil: 279

Dacortin 30 mg en desayuno 7 días, 20 mg en desayuno 7 días, 10 mg. en desayuno y mantener hasta nueva orden médica: 119

Dacortin 30/24 h.: 121

Dacortin 30 mg: 1 comp. con el desayuno, establecer pauta descendente: 250  
seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5,  
Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200  
mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0,  
O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150  
Recibió tratamiento esteroideo (Dacortin) y Fero-Gradumet, consiguiéndose un control  
clínico y analítico: 359

**Dacortin** 30mg: 1 comprimido por la mañana: 20

**DACORTIN** 5 mg 2 comprimidos en el desayuno durante 5 días, 1 comprimido en el  
desayuno, durante 5 días y suspender: 80

Dexametasona, **DEXAMETASONA**, DEXAMETASONA, dexametasona  
Dexametasona: 33

Se cambia Primperan por Yatrox y Dexametasona por vía subcutánea: 48  
se aumento la Dexametasona que llevaba de base: 50  
tratamiento con Dexametasona, : 269  
tratamiento con una dosis baja de Dexametasona: 231

Dexametasona 4 mg/8 horas: 32

Dexametasona 4 mg. 1 comp c/24 h.: 37

Dexametasona 4 mg, 1 comp c/ 8h.: 246

Dexametasona 5 mg/12 h: Calcio. Duphalc. MST 30/12 h.; Uniket 40; adiro 100; Omeprazol;  
Rerogradumet: 28

Dexametasona 4mg 1 comp cada 8 horas: 396

**DEXAMETASONA** 4 mg. / 8 h. vo. durante 10 días, después Dexametasona 4 mg. cada 12  
horas durante 5 días, Dexametasona 4 mg. con el desayuno durante 5 días. Con posterioridad  
valorar el seguir reduciendo la dosis de Dexametasona: 98

DEXAMETASONA 4 mg: 1 comprimido al día: 276

DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp./8 h.: 33

DEXAMETASONA 4 mg./8 h.vo.: 99

DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp. cada 12 horas: 78

DEXAMETASONA 4 mg.: 1 comprimido en desayuno y 1 en cena: 30

DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp. al desayuno y 1 a la comida durante 10 días, continuará  
con DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp. al desayuno durante 10 días. Seguirá con  
FORTECORTIN de 1 mg. 2 comp. al desayuno durante 10 días, 1 comp. al desayuno durante  
10 días, 1 comp. a días alternos durante 15 días y después suspender: 42

DEXAMETASONA 4MG COMP – 1 (1-1/2) – VO –Desayuno y comida: 169

tratamiento con corticoides (dexametasona): 177

TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h), seroxat, denubil, humalog 50 (12-12-0), humalog mix 25 (0-0-0) descenso de dosis de dexametasona: 252

**Dexametasona** 8 mg 1 comp al desayuno durante 2 días: 330

DEZACOR [*Deflazacort*]

DEZACOR “6”, 1 comp./día (desayuno), 5 días, 1 comp/días alternos, desayuno, 10 días, y dejarlo: 66

En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate intramuscular: 301

FORTECORTIN, Fortecortin, fortecortin [*Dexametasona*]

FORTECORTIN 1 mg: 2 en el desayuno: 1

DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp. al desayuno y 1 a la comida durante 10 días, continuará con DEXAMETASONA 4 mg. 1 comp. al desayuno durante 10 días. Seguirá con

FORTECORTIN de 1 mg. 2 comp. al desayuno durante 10 días, 1 comp. al desayuno durante 10 días, 1 comp. a días alternos durante 15 días y después suspender: 42

FORTECORTIN 1 comprimido en desayuno y comida: 67

FORTECORTIN 1 MG: 2 c en el desayuno y 2 c en la comida durante 3 días. Durante otros tres días tomará 2 en el desayuno y 1 en la comida. Durante otros tres días 2 en el desayuno.

Durante otros tres días solamente 1 en el desayuno y posteriormente lo suspenderá: 110

FORTECORTIN 1 mg: 2-2-2: 60

Fortecortin 1 mg, 4 comp. al desayuno durante 7 días, reducirá 1 comp c/7 días: 27

Toma atacand, moxon 0.2 mg, isodiur, zarator, aremis, Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno): 177

Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, Septrim forte 1.0.1 lunes y viernes. Batman, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos.: 251

Fortecortin 1 mg 4-4-4: 252

TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h), seroxat, denubil, humalog 50 (12-12-0), humalog mix 25 (0-0-0) descenso de dosis de dexametasona: 252

**Fortecortin** 1 mg. 2 comp. en desayuno durante 1 semana y posteriormente 1 mg. 1 comp. en desayuno: 305

Fortecortin 1 mg: 2 comp. cada 12 horas: 316

Prednisona, PREDNISONA, prednisona

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

reinicia Melfalan Prednisona IGgg 5.250 ha continuado dicho tratamiento recibiendo último ciclo en febrero del 2.007: 122

se suspendió Prednisona y se reinició Casodex 1 comp./8 h: 173

Prednisona 30 mg., 1-1-1: 202

En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.: 248

Cambiamos el tratamiento del paciente dejando Sevredol a demanda y quitando el parche de Transtec por la intolerancia... Subimos Prednisona con una pauta descendente comenzando con 30 mg. cada 3 días, bajando a 10 mg. y dejando de forma continua a 10 mg. Omeprazol 1 cada 12 horas y resto igual.: 248

PREDNISONA 5 mg: 1 comprimido cada 2 días durante 1 semana posteriormente lo suspenderá: 64

INICIAR MELFALAN PREDNISONA + ZOMETA: 122

PREDNISONA 10 mg: 1 comp/ en desayuno hasta el día 16 de Julio, posteriormente 5mg en el desayuno otra semana y suspender: 142

En tratamiento con prednisona 10 mg/d, seguril 1cp/d y omeprazol 1 cp / d: 249

En tratamiento con prednisona 10 mg / d (i): 250

Urbason, URBASON [*Metilprednisolona*]

Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta: 70

Urbason 16 mg. 1 comp. en desayuno: 278

URBASON 4 mg 1 comp/12 h.: 70

## 6.2. TERAPIA TIROIDEA

### 6.2.1. Hormonas tiroideas

Eutirox [*Levotiroxina*]

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagasta, Aeries, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

en tratamiento con Eutirox 100: 199, 200

Eutirox 100, 1-0-0: 202

EUTIROX 25, 1 comp. en desayuno: 311

Levothroid [*Levothroid: Levotiroxina*]

en tratamiento con Levothroid: 103

6.2.2. Terapia antitiroidea. Terapia del hipertiroidismo. Antitiroideas

Tirodril, TIRODRIL [*Tiamizol*]

Tirodril: 15, 16

Seguril, Tirodril, Lanirapid, Omeprazol, Prevencor, Dinisor y Adiro: 134

Seguril un comprimido en desayuno y en comida. Lanirapid un comprimido cada 48 horas.

Zarator 10 un comprimido en la cena. Tirodril un comprimido en la comida. Adiro un comprimido en comida. Omeprazol un comprimido en la comida. Aldactone A en la comida y

Boi-K un comprimido lunes y jueves.: 136

TIRODRIL 5 mg. 1 comp./ 12 h.: 134

TIRODRIL 5 mg un comprimido en desayuno y comida: 136

6.3. OTRAS HORMONAS. Calcitonina. Otras hormonas y factores de liberación hipotalámicos

Octeotride [*Octeotrida*]

cuadro de Octeotride subcutáneo por cuadro diarreico: 132

7. HEPARINIZACIÓN PROFILÁCTICA: B01A2

Profilaxis antitrombótica

Profilaxis antitrombótica: no: 108

[se diferencia Medicación/Analgesia/Profilaxis antitrombótica]: 254

8. ANTIINFECCIOSOS VÍA GENERAL. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN CIRUGÍA

8.1. ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS

8.1.1. Tetraciclinas

Proderma [*Doxiciclina*]

Becozyme, Tiaprizal, Acfol, Omeprazol, Proderma: 98, 99

8.1.2. Penicilinas

Penicilina, penicilina

Penicilina: 23, 25

Intolerancia a penicilina: 108

alergia a Penicilina: 204

tratamiento con penicilina y clindamicina por vía endovenosa, durante 10 días, desapareciendo la celulitis cutánea. Se mantiene tratamiento por vía oral con amoxicilina-clavulánico: 285

8.1.2.1. Penicilinas resistentes a penicilinas

Cloxacilina, cloxacilina

tto con Cloxacilina

(tratada con Cloxacilina durante 4 semanas): 261

Staphylococcus aureus sensible a cloxacilina: 262

tratamiento antibiótico con cloxacilina a dosis de 12 gr al día durante 4 semanas: 262

**ORBENIN 500** [*Cloxacilina*]

**ORBENIN 500** 1 Comprimido cada 6 horas, durante 7 días: 184

8.1.2.2. Penicilinas de amplio espectro

amoxicilina, amoxi-clavulanico, Amoxicilina clavulánico, Amoxicilina Clavulánico,  
amoxicilina-clavulanico, amoxicilina-clavulánico

tto empírico con amoxicilina y ciprofloxacino oral: 267

Tratado al ingreso en urgencias con Seguril y oxigenoterapia y posteriormente bromuro de  
ipatropio nebulizado, amoxi-clavulanico, corticoide iv, sueroterapia y su tratamiento habitual:  
181

Amoxicilina clavulánico: 1

tratamiento antibiótico con Amoxicilina Clavulánico además de esteroides y  
broncodilatadores: 240

tto. antibiótico en varias ocasiones (amoxicilina-clavulanico) y con paracetamol: 244

tratamiento antibiótico (Imperem y posteriormente amoxicilina-clavulanico): 244

tratamiento con penicilina y clindamicina por vía endovenosa, durante 10 días,  
desapareciendo la celulitis cutánea. Se mantiene tratamiento por vía oral con amoxicilina-  
clavulánico: 285

tto. antibiótico en varias ocasiones (amoxicilina-clavulanico) y con paracetamol: 244

tratamiento antibiótico (Imperem y posteriormente amoxicilina-clavulanico): 244

ampicilina

ampicilina: 1

Augmentihne, AUGMENTINE, Augmentine, Augmentine plus [*Augmentine:*  
*Amoxicilina/Clavulánico*]

Augmentihne 500/125, 1 cada 8 horas 10 días: 216

AUGMENTINE 875: 1 comp cada 8 horas durante 4 días: 115

AUGMENTINE 875 1c en desayuno, comida y cena (durante 7 días): 228

AUGMENTINE 1 gramo cada 12 horas durante 3 días más: 240

con el tratamiento antibiótico iniciado desde su llegada y que ha incluido Augmentine....: 145  
... en tratamiento con Augmentine: 257

Diarreas y vómitos con relación de toma de Augmentine: 257

Augmentine 500 mg. 1 comprimido cada 8 horas. Durante un periodo de 6 días.

Posteriormente suprimir: 143

Augmentine 500 mg. 1 comprimido cada 8 horas. Durante 5 días: 151

tratamiento con Fraxiparina y Augmentine plus cada 12 horas: 50

Augmentine plus 1 g: 2 comp. cada 12 horas durante 5 días y suspender: 316

tratado con augmentine,ciprofloxacino y tavanic: 363

augmentine plus 2 cada 12 horas: 395

AUGMENTINE PLUS CADA 12 HORAS: 386

**TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN URGENCIAS:** Augmentine ev, paracetamol, omeprazol: 395

8.1.2.3. Penicilinas de espectro ampliado a Gram (-)

Piperacilina de tazobactan, Piperacilina-Tazobactan IV

tratamiento con Piperacilina de tazobactan durante 10 días: 122

Se trató con Piperacilina-Tazobactan IV (1 amp/8 h.): 262, 263

Tazocel, TAZOCEL [*Piperacilina/Tazobactam*]

tratamiento con Tazocel y Amikacina: 256

En tratamiento con Amikacina y Tazocel: 256

tto empírico con Tazocel 4 g ev/8 h sin mejoría de la fiebre, por lo que se añade

Vanocimicina, persistiendo fiebre alta. Ayer se inició tratamiento con Dacortin y esta noche no ha tenido fiebre: 121

Tazocel 4 g EV/8 h: 121

tratamiento antibiótico de amplio espectro (TAZOCEL): 258

Tazocel 4 g I V cada 8 horas: 363

8.1.3. Cefalosporinas y similares

Curoxima [*Cefuroxima*]

Curoxima 500 / 12 h durante 10 días: 260

Demvar [Denvar: *Cefixima*]

Demvar 400 1 comp. diario hasta finalizar el envase: 365

ZINAT, Zinnat [*Zinnat: Cefuroxima-axetilo*]

ZINAT 500 mg.: 1 comprimido con el desayuno y 1 con la cena hasta el 29/04/07 (antibiótico): 31

tratamiento con Zinnat: 115

8.1.3.1. Cefalosporinas de tercera generación

Ceftacidima, CeFtacidima, ceftazidima [*Ceftazidima*]

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Ceftacidima y Granocite. tto con Amchafibrin: 169

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Ceftacidima y Granocite. Se asocia así mismo tto con Amchafibrin: 168

sustituir ceftazidima por Imipenen: 169

Ceftriaxona, ceftriaxona, Ceftriaxona [Ceftriaxona]

rotación de opioide + tratamiento para la infección respiratoria con Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas intramuscular: 63

Se continuó tratamiento con oxigenoterapia, ceftriaxona 2 g IV / 24 h y Levofloxacino 500 vo / 24 h: 245, 249

Ceftriaxona 2 g i.v. cada 24 horas (desde el día 25): 250

SPECTRACEF [Cefditoreno]

SPECTRACEF 400 mg 1 comp./12 h. durante 5 días más a partir de su alta: 84

#### 8.1.3.2. Otros beta-lactámicos y monobactámicos

Imipenem, Imipenen, Imperem [Imipenem]

tratamiento con factores de crecimiento y antibioterapia de amplio espectro (Imipenem, factores de crecimiento) y se suspende tratamiento con Sintrom.: 230

antibioterapia por Imipenen: 168

sustituir ceftazidima por Imipenen: 169

tratamiento antibiótico (Imperem y posteriormente amoxicilina-clavulanico): 244

meropenem

tto esta vez con teicoplanina además de seguir con meropenem y amikacina: 169

#### 8.1.4. Rifamicinas

Rifampicina

Oxígeno en tratamiento con Rifampicina: 181

tratamiento con Rimcure (Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamidas): 187

#### 8.1.5. Macrólidos y afines

##### 8.1.5.1. Macrólidos

Claritromicina

tratamiento con Claritromicina: 126, 127

Klacid Unidia [Claritromicina]

KLACID UNIDIA 500 mg, 1 comp al día durante 6 días: 344

pantomicina [*Eritromicina*]

pantomicina (*¿*): 17



#### 8.1.5.2. Lincosamidas

Clindamicina, clindamicina

Clindamicina: 23

tratamiento con penicilina y clindamicina por vía endovenosa, durante 10 días, desapareciendo la celulitis cutánea. Se mantiene tratamiento por vía oral con amoxicilina-clavulánico: 285

#### 8.1.6. Estreptomicina solo

Estreptomicina, estreptomicina

Alergia a Estreptomicina: 70, 71

#### 8.1.7. Aminoglucósidos excepto JO1G

Amikacina, amikacina

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Ceftacidima y Granocite. Se asocia así mismo tto con Amchafibrin: 168

tto de antibioterapia de amplio espectro con Amikacina, Cefacidima y Granocite. tto con Amchafibrin: 169

obliga a añadir antibioterapia (Vancomicina, Amikacina, Diflucon): 230

tratamiento con Tazocel y Amikacina: 256

En tratamiento con Amikacina y Tazocel: 256

tto esta vez con teicoplanina además de seguir con meropenem y amikacina: 169

#### 8.1.8. Otros antibióticos

##### 8.1.8.1. Antibióticos glucopeptídicos

teicoplanina, Teicoplanina, TEICOPLANINA, teicoplanina, teicoplanina endovenosa, teicoplanina iv

tto esta vez con teicoplanina además de seguir con meropenem y amikacina: 169

tratamiento con Teicoplanina: 192, 193

TEICOPLANINA 400 mg. i.v. cada 24 horas: 192

teicoplanina iv hasta completar 14 días: 193

tto antibiótico endovenoso y sellado del catéter con teicoplanina: 267

tto. antibiótico con teicoplanina endovenosa durante 7 días y sellados del catéter con teicoplanina hasta cumplimentar 14 días en total: 267

teicoplanina endovenosa y sellados: 267

Vancomicina, vancomicina, Vanocimicina [Vancomicina]

Vancomicina 1 g EV/12 h.: 121

tto con Vancomicina: 168, 169

obliga a añadir antibioterapia (Vancomicina, Amikacina, Diflucon): 230

se suspende la vancomicina: 169

sellados del reservorio con vancomicina: 169

tto empírico con Tazocel 4 g ev/8 h sin mejoría de la fiebre, por lo que se añade

Vancomicina, persistiendo fiebre alta. Ayer se inició tratamiento con Dacortin y esta noche no ha tenido fiebre: 121

8.1.8.2. Nitroimidazoles

Flagil [Flagyl: *Metronidazol*]

se pone Flagil para el control de la infección anaeróbica: 253

tratamiento con FLAGYL 250 cada 8 y CIPROFLOXACINO 500 cada 12: 384

Metronidazol

tratamiento con Metronidazol: 40

8.1.8.3 Otros antibióticos solos

Fosfomicina

Fosfomicina: 31

ITU positivo para E-Coli. Se trato con Fosfomicina: 40

sensible a Furantoina, Fosfomicina y Trimetropin Sufametoxazol: 50

Se inicia tratamiento con Fosfomicina 500 cada 8 horas y se aumenta la analgesia a segundo escalón (Tramadol 50): 50

8.2. ANTIMICÓTICOS SISTÉMICOS (EXCEPTO ESPECÍFICOS DÉRMICOS)

Fluconazol, FLUCONAZOL, Fluconazol oral

tratamiento con Fluconazol oral: 41

tratamiento con Fluconazol 100 miligramos cada 24 horas: 46

FLUCONAZOL 100 mg.: 1 comprimido diario hasta el 20/03/07: 255

ketoconazol

se le ha añadido en consulta ketoconazol: 234

8.3. QUIMIOTERÁPICOS SISTÉMICOS

8.3.1. Sulfamidas asociadas con otros antiinfecciosos

Seprin forte, Seprin [Seprin: *Sulfametoxazol/Trimetoprim*]

Seprin: 1

Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, **Seprin forte** 1.0.1

lunes y viernes. Batman, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos: 251

Seprin forte: 1 comp. lunes, miércoles y viernes: 316

Seprin forte: 1 comp. Los viernes, sábados y domingos: 317

SEPTRIN FORTE COMP800/160MG - 1 - VO - Cada 24 horas viernes , sábados y domingos: 318

Tratamiento actual: Septrin Forte: 1 comp lunes, miércoles y viernes.: 319

SEPTRIN FORTE: 1 comp lunes, miércoles y viernes : 319

Septrina

en tratamiento con Septrina: 199, 200

Sufametoxazol

sensible a Furantoina, Fosfomicina y Trimetropin Sufametoxazol: 50

8.3.2. Otros quimioterápicos

8.3.2.1. Trimetoprim y similares solos

Trimetropin [*Cotrimoxazol*]

sensible a Furantoina, Fosfomicina y Trimetropin Sufametoxazol: 50

8.3.2.2. Quinolonas

Baycip [*Ciprofloxacino*]

Baycip 500 1 comp / 12 h durante 10 días: 265

Baycip 500 1 comp. cada 12 horas hasta finalizar el envase: 365

Ciprofloxacino, ciprofloxacino, CIPROFLOXACINO, ciprofloxacino

Ciprofloxacino: 31

por infección urinaria se inicia tratamiento con Ciprofloxacino 500: 40

tratamiento otra vez con Ciprofloxacino 500: 40

Alérgico a Ciprofloxacino y esparadrapo de tela: 65

Ciprofloxacino (para cuadro de ITU):130

tratamiento con Ciprofloxacino: 181

tratamiento empírico con Ciprofloxacino: 210

Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas hasta el día 4 y suspender: 398

tratado con augmentine,ciprofloxacino y tavanic: 363

Por nuestra parte se recomienda añadir a su tratamiento habitual un ciclo de 5 días de 500 mg de ciprofloxacino cada 12 h: 379

tratamiento antibiótico, con ciprofloxacino, corrección de la alteración de la coagulación con vitamina K: 83

tto empírico con amoxicilina y ciprofloxacino oral: 267

CIPROFLOXACINO 500 mg 1 comprimido cada 12 horas hasta acudir a la consulta: 83

CIPROFLOXACINO 500 mg: 1 comprimido cada 12 horas durante una semana: 261

CIPROFLOXACINO 500: 1 comp/ cada 12 h.: 142

CIPROFLOXACINO 500, 1 comprimido cada 12 horas durante 5 días: 181  
tratamiento con FLAGYL 250 cada 8 y CIPROFLOXACINO 500 cada 12: 384  
Ciprofloxacino 500, 1 cada 12 horas: 376  
LEVOFLOXACINO, Levofloxacino  
LEVOFLOXACINO: 1 comprimido/ 24 horas: 14  
Levofloxacino: 35  
antibiótico con Levofloxacino: 35  
tratamiento con Levofloxacino 500 cada 24 horas: 50  
tratamiento antibiótico con Levofloxacino: 126  
tratamiento con Levofloxacino, así como Naproxeno: 126  
Se continuó tratamiento con oxigenoterapia, ceftriaxona 2 g IV / 24 h y Levofloxacino 500 vo / 24 h: 245, 249  
Levofloxacino 500 mg cada 24 horas v.o.: 250  
a pesar de haber suspendido Merformina y estar con insulina insular 25-0-12. Ha estado en tratamiento con Levofloxacino y dieta astringente: 257  
Fiebre resuelta en tratamiento con Levofloxacino: 257  
Levofloxacino 400 miligramos oral cada 24 h.: 257  
Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358  
Levofloxacino 500mg: 1 comprimido con el desayuno: 359  
moxifloxacino  
Sensibilización alérgica a moxifloxacino y esparadrapo de tela: 66  
quinolonas, Quinolonas  
Alergia a quinolonas: 63  
Ha sido tratado con cefalosporinas y quinolonas: 249  
... fue tratado con cefalosporinas y quinolonas: 250  
Quinolonas: 1  
Alergia a Quinolonas: 64  
Tavanic, TAVANIC [*Levofloxacino*]  
Tavanic 1 comp. cada 24 horas: 11  
tratamiento con Fluidasa y Tavanic: 120  
infección respiratoria que es tratada con Tavanic 500: 163

tratado con augmentine,ciprofloxacino y tavanic: 363

Tavanic 500 mg, 1 c/24 vo durante 10 días. Luego suspenderlo: 258

TAVANIC 500 mg. 1 comprimido al día durante 7 días (antibiótico): 276

Noroxyn [Noroxin: *Norfloxacino*]

**TRATAMIENTO A DOMICILIO:** NOROXYN 1 comp./12 horas / 7 días: 324

8.3.2.3. Antiinfecciosos urinarios solos

Furantoína [*Nitrofurantoína*]

sensible a Furantoína, Fosfomicina y Trimetropin Sufametoxazol: 50

8.4. ANTITUBERCULOSOS

8.4.1. Antituberculosos solos

Isoniacida

tratamiento con Rimcure (Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamidas): 187

Myambiutol [*Myambutol: Etambutol*]

tratamiento con Rimcure.... cambiando tratamiento a Rifinath y Myambiutol: 184

Pirazinamidas

tratamiento con Rimcure (Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamidas): 187

8.4.1.1. Asociaciones antituberculosas

Rifinah, Rifinath [*Rifinah: Isoniazida/Rifampicina*]

en tratamiento con Rifinah: 186

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

tratamiento con Rimcure.... cambiando tratamiento a Rifinath y Myambiutol: 184

Rimcure, Rincure [*Rimcure*]

tratamiento con Rimcure: 182, 183

tratamiento con Rimcure.... cambiando tratamiento a Rifinath y Myambiutol: 184

tratamiento con Rimcure (Rifampicina, Isoniacida y Pirazinamidas): 187

TRATAMIENTO: El que venía realizando excepto Rincure: 187

8.5. ANTIVIRALES

Clases de antirretrovirales:

-Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INTR).

AZT = azidotimidina o zidovudina (ZDV)

Ha tomado diversos tratamientos antirretrovirales presentando resistencia genotípica a Efaviren, Nevirapina, 3 TZ, AZT en el año 2000 y 2001 con test de resistencia genotípica a antirretrovirales negativa en el año 2003: 319

Retrovir [*zidovudina*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

3TC, 3 TZ [3TC = sigla de Lamivudina]

Ha tomado diversos tratamientos antirretrovirales presentando resistencia genotípica a Efaviren, Nevirapina, 3 TZ, AZT en el año 2000 y 2001 con test de resistencia genotípica a antirretrovirales negativa en el año 2003: 319

Epivir [*Lamivudina*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

ddl = Didanosina

Virex [Videx: *Didanosina*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

VIDEX-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

d4T = Estavudina.

Zerit [Estavudina]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

ZERIT-40 mg: 1 comp cada 12 horas: 319

-Inhibidores No nucleósidos de la Transcriptasa Reversa (INNTR).

Efaviren, EFV [= Efavirenz]

Ha tomado diversos tratamientos antirretrovirales presentando resistencia genotípica a Efaviren, Nevirapina, 3 TZ, AZT en el año 2000 y 2001 con test de resistencia genotípica a antirretrovirales negativa en el año 2003: 319

Sustiva [*Efavirenz*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

Neviparina

Ha tomado diversos tratamientos antirretrovirales presentando resistencia genotípica a Efaviren, Nevirapina, 3 TZ, AZT en el año 2000 y 2001 con test de resistencia genotípica a antirretrovirales negativa en el año 2003: 319

-Inhibidores de la Proteasa (IP).

NFV = Nelfinavir

Viracept [*Nelfinavir*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

IDV = Indinavir

Crixivan [*Indinavir*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

SQV/r = Saquinavir / Ritonavir

LPV/r = Lopinavir / Ritonavir (Kaletra ®)

Norvir [*Ritonavir*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

Invirase [*Saquinavir*]

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra. En último tratamiento targa que el paciente ha estado tomando ha sido con Zerit-40 mg: 1 comp cada 12 horas, Virex-400 mg: 1 comp cada 24 horas: 319

Kaletra, Kaletra Meltrex, KALETRA, KALETTRA [Kaletra: *Lopinavir/Ritonavir*]

Kaletra Meltrex: 2 comp. cada 12 horas: 316

Kaletra si son las cápsulas naranjas, 3 cápsulas con el desayuno y la cena (si fueran los comprimidos marrones, 2 comprimidos con el desayuno y la cena): 317

KALETRA CAPS - 3 - VO - Cada 12 horas: 318

Además el paciente ha tomado, según informe de relación, Retrovir, Virex, Invirase, Epivir, Crixivan, Norvir, Zerit, Viracept, Sustiva y Kaletra: 319

Kaletra: 3 comp cada 12 horas que el paciente dejó de tomar de forma voluntaria hace aproximadamente un año en relación con el cambio administrativo asistencial de la unidad de VIH que se produjo: 319

KALETTRA: 3 comp cada 12 horas: 319

Truvada [*emtricitabina y tenofovir disoproxil.*]

Truvada: 1 comp. cada 24 horas: 316

Truvada: 1 comp. con el desayuno: 317

TRUVADA COMP 30 - 1 - VO - Cada 24 horas: 318

Fuzeon [*Enfuvirtida*]

Fuzeon: 1 vial s.c. cada 12 horas: 316

TARGA es la sigla referente a terapia antirretroviral de Gran Actividad [PASAR A SIGLAS] que consiste en una terapia triple combinada con tres antirretrovirales:

AZT + ddI + SQV/d

AZT + ddI + SQV/d (01-03-97): 318

AZT + 3TC + IDV

AZT + 3TC + IDV (26-03-98): 318

d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea

d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea (06-06-00): 318

ddI + LPV/r + IDV

ddI + LPV/r + IDV (15-10-01): 318

d4T + ddI + LPV/r

d4T + ddI + LPV/r (15-12-03) : 318

Trizivir (conjunto de Lamivudina/ Zidovudina y Abacavir)



Trizivir (19-10-05): 318

## 9. ANTINEOPLÁSICOS

### 9.1. QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

“quimioterapia antineoplásica”: 208

Neo de laringe tratado con quimioterapia: 239

tratada con cirugía, quimioterapia y radioterapia: 282

quimioterapia (protocolo Folfox): 101

nuevo ciclo de quimioterapia (protocolo Folfiri): 101

inició quimioterapia con protocolo FOLFIRI, combinación de la que ha recibido 5 ciclos, el último en noviembre-06: 102

una nueva línea de quimioterapia con Folfidi por 5 ciclos: 199

nueva línea de quimioterapia con el esquema FOLFIRI x 5 ciclos FOLFOX: 200

tratado con quimioterapia (11 ciclos VAD): 120

nuevo tratamiento con quimioterapia con 12 ciclos (MP): 120

quimioterapia paliativa con oxaliplatino y 5 FU: 41

tratamiento de quimioterapia con Oxaliplatino e infusión de 5-Fluorouracilo de 48 horas, cada 15 días en septiembre-05 hasta noviembre-05: 200

quimioterapia con Carboplatino: 58

ciclo de quimioterapia con Carboplatino y Taxol: 77

tratamiento con quimioterapia (Carboplatino, Taxol y Etoposido) y Bifosfonatos: 125

tratamiento con radioterapia a 50 Gy sobre la tumoración y, posteriormente, un boost utilizando guía estereotáctica con 20 Gy y simultáneamente le dan Carboplatino y Temodal (abril y mayo). Posteriormente nueva quimioterapia en julio con Carboplatino y Temozolamida 2 ciclos: 251

tratamiento con quimioterapia paliativa (Carboplatino y Gemcitabina): 276

se inició tratamiento de quimioterapia en abril/07 con Gencitabina : 83

tratamiento con quimioterapia con Cisplatino y Gemcitabina recibiendo un total de 4 ciclos: 196

Se inició tto. de quimioterapia con Adriamicina... y posteriormente ha iniciado Taxotere + herceptin: 168

tto de quimioterapia con Adriamicina (20/07/2.007) x 2 ciclos y posteriormente.... Taxotere + herceptin: 169

tratamiento con quimioterapia de Ceptil 6 ciclos: 191

quimioterapia con Taxol 175 mg/m<sup>2</sup> y Epirrubicina 60 mg/m<sup>2</sup>, ciclos cada 3 semanas, 5  
ciclos, último enero 06: 192, 193

tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante, una sola dosis de quimioterapia  
(Taxol y Cisplatino) por leucopenia y radioterapia: 276

tratamiento de Quimioterapia paliativa con Oxaliplatino y 5Fluorouracilo en infusión continua  
de 48 horas: 42

tratamiento con Quimioterapia, con Carboplatino y Taxol: 78

tratamiento con Quimioterapia con Carboplatino, Taxol, VP16 y Zometa, del que ha recibido  
3 ciclos, último el 17 de enero de 2.006: 126

Quimioterapia con Tacsol y Epirrubicina, 3 ciclos: 190, 191

**Quimioterapia con Vinorelbina y Herceptin: 192**

Quimioterapia con Vinorelbina y Herceptin: 193

ha seguido tratamiento con Quimioterapia desde... a...: 102

EN TTO QUIMIOTERAPIA: 169

PRIMERA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA CISPLATINO-GENZAR: 196

SEGUNDA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA ALIMTA: 196

quimio (5-FU): 38

en tto con QT.: 267

Ttº QT (VAD x 11 ciclos) el último en Agosto-03: 122

tratamiento con QT más Herceptin: 192

tratamiento de QT neoadyuvante: 230

tratamiento de QT con Carboplatino y Taxol... Primer ciclo el 9/01/06: 246

tratamiento QT (última tanda el 27 de Julio): 252

9.1.A. Mostazas nitrogenadas

Ciclofosfamida

Ciclofosfamida): 1, 2

Leukeran [*Clorambucilo*]

ultimo ciclo de Leukeran del 3 al 4 de Febrero/05: 202

MELFALAN, Melfalan [Melfalán]

INICIAR MELFALAN PREDNISONA + ZOMETA: 122

reinicia Melfalan Prednisona IGgg 5.250 ha continuado dicho tratamiento recibiendo último  
ciclo en febrero del 2.007: 122

9.1.B. Nitrosoureas

Estracid [Estracyt: *Estramustina*]

en tratamiento con Estracid y posteriormente Zoladex trimestral: 148

Gliadel, GLIADEL [*Carmustina*]

Gliadel: 27

GLIADEL: 27

Gliadel (Carmustina): 31

9.1.C. Otros alquilantes

Temodal, temodal [*Temozolamida*]

tratamiento con radioterapia a 50 Gy sobre la tumoración y, posteriormente, un boost utilizando guía estereotáctica con 20 Gy y simultáneamente le dan Carboplatino y Temodal (abril y mayo). Posteriormente nueva quimioterapia en julio con Carboplatino y

Temozolamida 2 ciclos: 251

tratamiento con RT y QT carboplatino iv y temodal (se desestimó QT intrarterial): 252

Temozolamida, TEMOZOLAMIDA

Temozolamida 300 mg. diario durante 5 días: 27

2º ciclo de Temozolamida por 5 días: 27

Temozolamida por 5 días cada 28 días por 3 ciclos: 27

Temozolamida 350 mg x 5 días: 27

Segundo ciclo de tratamiento con Temozolamida x 5 días: 27

TEMOZOLAMIDA: 27

SEGUNDO CICLO DE TEMOZOLAMIDA 1-5: 27

tratamiento con radioterapia a 50 Gy sobre la tumoración y, posteriormente, un boost utilizando guía estereotáctica con 20 Gy y simultáneamente le dan Carboplatino y Temodal (abril y mayo). Posteriormente nueva quimioterapia en julio con Carboplatino y

Temozolamida 2 ciclos: 251

9.1.1 Antimetabolitos

9.1.1.1. Antagonistas del ácido fólico

Metotrexate [*Metotrexato*]

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acfol, Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día, Inhaladores: Symbicort TBH. En julio y agosto-06 siguió tratamiento para la poliartritis con Dezacor que después suspendió. Recientemente también ha suspendido Metotrexate intramuscular: 301

9.1.1.2. Antagonistas de pirimidinas

5 Fluoracilo más ácido Polínico, 5 Fluorouracilo, 5 Fluoruracilo más Acido Folínico,

5-Fluorouracilo, 5Fluorouracilo en infusión continua, 5-Fluorouracilo mas ácido folínico, 5-FU

tratamiento complementario de quimioterapia con 5 Fluoracilo más ácido Polínico por 6 ciclos finalizando dicho tratamiento en diciembre/06: 83

tratamiento complementario con seis ciclos de quimioterapia con 5 Fluoruracilo más Acido Folínico: 268

5 Fluorouracilo: 34

tratamiento de Quimioterapia paliativa con Oxaliplatino y 5Fluorouracilo en infusión continua de 48 horas: 42

5-Fluorouracilo: 34, 37

tratamiento de quimioterapia con Oxaliplatino e infusión de 5-Fluorouracilo de 48 horas, cada 15 días en septiembre-05 hasta noviembre-05: 200

quimioterapia (5-Fluorouracilo mas ácido folínico por seis ciclos hasta diciembre del 2006): 82

quimio (5-FU): 38

Con fecha 25/02/04 inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continúa, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que recibió 4 ciclos, ultimo ciclo 7/5/04: 326, 327

ingresa para recibir la dosis de Cisplatino correspondiente al segundo ciclo de quimioterapia, nuevamente con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, tras tercera recidiva: 327, 328

inicia nuevamente tratamiento, 3 ciclos, con quimioterapia con Cisplatino, Taxol y 5 Fluorouracilo, último 07/07/05, nuevamente remisión clínica: 326

nueva recidiva al mismo nivel, nuevamente recibe 3 ciclos con Taxol, Cisplatino y 5

Fluorouracilo, el último en febrero-06, los 2 últimos sin Cisplatino por cuadro de alergia: 326

nuevamente recidiva con masa submandibular izquierda, recibió entonces tratamiento con 2 ciclos con Cisplatino, Taxol y 5Fluorouracilo y 1 ciclo con Taxol y 5Fluorouracilo por haber presentado nuevamente reacción anafiláctica a Cisplatino: 326

Con fecha 18/05/05 inicia nuevamente tratamiento, 3 ciclos, con quimioterapia con

Cisplatino, Taxol y 5 Fluorouracilo, último 07/07/05, nuevamente remisión clínica.: 327, 328

En diciembre-05 nueva recidiva la mismo nivel, nuevamente recibe 3 ciclos con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, el último en febrero-06, los 2 últimos sin Cisplatino por cuadro de alergia.: 327, 328

Inició tratamiento con Taxol, Cisplatino e infusión continua de 5-Fluorouracilo. Recibió la dosis de Cisplatino a ritmo de infusión lento de 24 horas por haber presentado previamente una reacción alérgica.: 327

Tras aumentar la dosis de Cisplatino 25 ml/hora comienza con prurito y con deposiciones líquidas por lo que se pauta Polaramine y se suspende QT con Cisplatino decidiéndose no reiniciar tratamiento con Cisplatino por lo que recibe este ciclo únicamente con Paclitaxel y 5-Fluorouracilo en infusión continua: 327

inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que recibió 4 ciclos, ultimo ciclo 7/5/04, objetivándose una remisión clínica completa: 328.

inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que ha recibido 3 ciclos: 331, 332, 333

En abril-03 inició primer ciclo con Cisplatino 100 mg/m<sup>2</sup> día 1 + 5 Fluorouracilo 1000 mg/m<sup>2</sup> días 1 al 5... prosiguió con tratamiento de Cisplatino concomitante con radioterapia: 365, 366, 367, 368

Capecitabina

Capecitabina: 15, 16

se inicia el tratamiento con capecitabina: 388

se inició tratamiento con Capecitabina. Durante el ingreso la paciente presentó malestar epigástrico, nauseas y algún vómito que se ha controlado con medicación. Así mismo ha presentado síndrome ansioso-depresivo por lo que fue valorada por el Servicio de Psiquiatría con ajuste de la medicación: 390

La paciente acude a la Consulta para valoración de tercer ciclo de Capecitabina...por lo que se inició tratamiento con Vinorelbina, día 1 y 8 cada 21: 390

tras demostrarse progresión de la enfermedad se inició tratamiento con Capecitabina. Durante el ingreso la paciente ha presentado malestar epigástrico, nauseas y algún vómito que se ha controlado con medicación. Así mismo ha presentado síndrome ansioso-depresivo por lo que fue valorada por el Servicio de Psiquiatría con ajuste de la medicación: 391

Xeloda [*Capecitabina*]

Xeloda 500 mg., 3 comp. al desayuno y 3 comp. a la cena que tomará hasta el 21 de enero-07 incluido: 391

gemcitabina, Gemcitabina, **Gemcitabina**, **Gencitabina**, **GENCITABINA**, Gencitavina

(gemcitabina: 1, 2

Gemcitabina: 48

tratamiento con quimioterapia con Cisplatino y **Gemcitabina** recibiendo un total de 4 ciclos:  
196

tratamiento con quimioterapia paliativa (Carboplatino y **Gemcitabina**): 276

se inició tratamiento de quimioterapia en abril/07 con **Gemcitabina** : 83

QUIMIOTERAPIA PALIATIVA (**GENCITABINA** ABRIL/07 POR UN CICLO): 83

tratamiento con Gencitavina: 82

recibió 4 semanas de Gemcitabina sin mejoría clínica: 394

Se inicia tratamiento con quimioterapia durante 4 ciclos (cisplatino y gemcitabina): 397

Tegafur, Tegafur Utefos

inicia Vinorelbina, 2 ciclos sin respuesta y en marzo 1 ciclo de Tegafur Utefos: 326

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0: 383

oxaliplatino y 5 FU

quimioterapia paliativa con oxaliplatino y 5 FU: 41

Gemcitabina y Vinorelbina, Gemcitabina y Vinorelvina, Gemcitabina-Vinorelbina

**Gemcitabina** y Vinorelbina: 54, 56

tratamiento citostático con Gemcitabina-Vinorelbina, del que recibió 5 ciclos hasta diciembre del 2006: 246

9.1.1.3..Inhibidores de la enzima ribonucleótido reductasa

Hydrea [Hydroxiurea]

d4T + ddI + NFV + EFV + Hydrea (06-06-00): 318

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

se inició tratamiento paliativo citoreductor con Hydrea, con buena evolución clínica y tolerancia: 359

Hydrea 500: 1 comprimido cada 12 horas: 359

Hydrea 500 mg: 2 comprimidos por la mañana y por la noche y 1 comprimido con la comida:  
359

9.1.1.4. Inhibidores de la enzima trimidilato-sintetasa

Alimta, Alinta, SEGUNDA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA ALIMTA [Alimta: *Pemetrexed*]  
tratamiento con Alimta recibiendo primer ciclo en marzo del 2.007: 196

tras segundo ciclo con Alinta...: 196

SEGUNDA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA ALIMTA: 196

9.1.2. Alcaloides de plantas y similares

9.1.2.1. Alcaloides de la Vinca

Vinorelbina, **Vinorelbina**

Gemcitabina y Vinorelbina: 54, 56

tratamiento citostático con Gemcitabina-Vinorelbina, del que recibió 5 ciclos hasta diciembre del 2006: 246

**Quimioterapia con Vinorelbina y Herceptin: 192**

Quimioterapia con Vinorelbina y Herceptin: 193

06 inicia Vinorelbina, 2 ciclos sin respuesta y en marzo 1 ciclo de Tegafur Utefos: 326

En marzo de 2007 se realiza tratamiento radioterápico antiálgico en columna dorsal y se inicia quimioterapia con Binorelvina: 388

La paciente acude a la Consulta para valoración de tercer ciclo de Capecitabina...por lo que se inició tratamiento con Vinorelbina, día 1 y 8 cada 21: 390

9.1.2.2. Epipodofilotoxinas

Etoposido

tratamiento con quimioterapia (Carboplatino, Taxol y Etoposido) y Bifosfonatos: 125

VP16

tratamiento con Quimioterapia con Carboplatino, Taxol, VP16 y Zometa, del que ha recibido 3 ciclos, último el 17 de enero de 2.006: 126

9.1.2.3. Taxoides

docetaxel

docetaxel): 1

Docetaxel): 2

Tacsol, Taxol [Taxol: *Paclitaxel*]

Quimioterapia con Tacsol y Epirrubicina, 3 ciclos: 190, 191

ciclo de quimioterapia con Carboplatino y Taxol: 77

tratamiento con Quimioterapia, con Carboplatino y Taxol: 78

tratamiento de QT con Carboplatino y Taxol... Primer ciclo el 9/01/06: 246

tratamiento con quimioterapia (Carboplatino, Taxol y Etoposido) y Bifosfonatos: 125

tratamiento con Quimioterapia con Carboplatino, Taxol, VP16 y Zometa, del que ha recibido 3 ciclos, último el 17 de enero de 2.006: 126

quimioterapia con Taxol 175 mg/m<sup>2</sup> y Epirrubicina 60 mg/m<sup>2</sup>, ciclos cada 3 semanas, 5 ciclos, último enero 06: 192, 193

tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante, una sola dosis de quimioterapia (Taxol y Cisplatino) por leucopenia y radioterapia: 276

Con fecha 25/02/04 inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que recibió 4 ciclos, ultimo ciclo 7/5/04: 326, 327

ingresa para recibir la dosis de Cisplatino correspondiente al segundo ciclo de quimioterapia, nuevamente con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, tras tercera recidiva: 327, 328

inicia nuevamente tratamiento, 3 ciclos, con quimioterapia con Cisplatino, Taxol y 5 Fluorouracilo, último 07/07/05, nuevamente remisión clínica: 326

nueva recidiva al mismo nivel, nuevamente recibe 3 ciclos con Taxol, Cisplatino y 5

Fluorouracilo, el último en febrero-06, los 2 últimos sin Cisplatino por cuadro de alergia: 326

nuevamente recidiva con masa submandibular izquierda, recibió entonces tratamiento con 2 ciclos con Cisplatino, Taxol y 5Fluorouracilo y 1 ciclo con Taxol y 5Fluorouracilo por haber presentado nuevamente reacción anafiláctica a Cisplatino: 326

Con fecha 18/05/05 inicia nuevamente tratamiento, 3 ciclos, con quimioterapia con Cisplatino, Taxol y 5 Fluorouracilo, último 07/07/05, nuevamente remisión clínica.: 327, 328

En diciembre-05 nueva recidiva la mismo nivel, nuevamente recibe 3 ciclos con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, el último en febrero-06, los 2 últimos sin Cisplatino por cuadro de alergia.: 327, 328

Inició tratamiento con Taxol, Cisplatino e infusión continua de 5-Fluorouracilo. Recibió la dosis de Cisplatino a ritmo de infusión lento de 24 horas por haber presentado previamente una reacción alérgica.: 327

inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que recibió 4 ciclos, ultimo ciclo 7/5/04, objetivándose una remisión clínica completa: 328

inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que ha recibido 3 ciclos: 331, 332, 333



Durante el ingreso inicia segunda línea de quimioterapia con Carboplatino-Taxol semanal.

Recibe primer ciclo el 13/02/08: 400

### 9.1.3. Antibióticos citotóxicos y similares

#### 9.1.3.1. Antraciclinas

Adriamicina

Se inició tto. de quimioterapia con Adriamicina... y posteriormente ha iniciado Taxotere + herceptin: 168

tto de quimioterapia con Adriamicina (20/07/2.007) x 2 ciclos y posteriormente.... Taxotere + herceptin: 169

Epirrubicina [Epirubicina]

(Epirrubicina: 1, 2 ,

Quimioterapia con Tacsol y Epirrubicina, 3 ciclos: 190 , 191

quimioterapia con Taxol 175 mg/m<sup>2</sup> y Epirrubicina 60 mg/m<sup>2</sup>, ciclos cada 3 semanas, 5 ciclos, último enero 06: 192, 193

#### 9.1.3.2. Intercaladores e inhibidores sintéticos de topoisomerasa

Irinotecan

Irinotecan: 34

Irinotecan - Cetuximab

Irinotecan – Cetuximab: 34

tratamiento con Irinotecan y Cetuximab: 251

Se administra Cetuximab e Irinotecan: 251

### 9.1.4. Otros antineoplásicos y sustancias empleadas en Oncología

#### 9.1.4.1. compuestos de platino

Carboplatino, carboplatino, carboplatino iv

Carboplatino: 48

quimioterapia con Carboplatino: 58

ciclo de quimioterapia con Carboplatino y Taxol: 77

tratamiento con Quimioterapia, con Carboplatino y Taxol: 78

tratamiento con quimioterapia (Carboplatino, Taxol y Etoposido) y Bifosfonatos: 125

tratamiento con Quimioterapia con Carboplatino, Taxol, VP16 y Zometa, del que ha recibido 3 ciclos, último el 17 de enero de 2.006: 126

tratamiento de QT con Carboplatino y Taxol... Primer ciclo el 9/01/06: 246

tratamiento con radioterapia a 50 Gy sobre la tumoración y, posteriormente, un boost

utilizando guía estereotáctica con 20 Gy y simultáneamente le dan Carboplatino y Temodal

(abril y mayo). Posteriormente nueva quimioterapia en julio con Carboplatino y Temozolamida 2 ciclos: 251

tratamiento con quimioterapia paliativa (Carboplatino y Gemcitabina): 276

tto con carboplatino: 58

tratamiento con RT y QT carboplatino iv y temodal (se desestimó QT intrarterial): 252

Durante el ingreso inicia segunda línea de quimioterapia con Carboplatino-Taxol semanal.

Recibe primer ciclo el 13/02/08: 400

Carbo gem [*Gemcitabina y Carboplatino*]

tratamiento con CARBO GEM, 3 ciclos (ultimo oct 07): 386

Carbo TAXol [*Carboplatino y Taxol*]

En noviembre de 2007 progresión hepática cambio a Carbo TAXol, GGT 569, FA 386, LDH 534, 2 ciclos.: 386

Cisplatino, CISPLATINO

tratamiento con quimioterapia con Cisplatino y Gemcitabina recibiendo un total de 4 ciclos: 196

tratamiento con quimioterapia y radioterapia concomitante, una sola dosis de quimioterapia (Taxol y Cisplatino) por leucopenia y radioterapia: 276

PRIMERA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA CISPLATINO-GENZAR: 196

Con fecha 25/02/04 inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que recibió 4 ciclos, ultimo ciclo 7/5/04: 326, 327

inicia nuevamente tratamiento, 3 ciclos, con quimioterapia con Cisplatino, Taxol y 5 Fluorouracilo, último 07/07/05, nuevamente remisión clínica: 326

ingresa para recibir la dosis de Cisplatino correspondiente al segundo ciclo de quimioterapia, nuevamente con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, tras tercera recidiva: 327, 328

nueva recidiva al mismo nivel, nuevamente recibe 3 ciclos con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, el último en febrero-06, los 2 últimos sin Cisplatino por cuadro de alergia: 326

nuevamente recidiva con masa submandibular izquierda, recibió entonces tratamiento con 2 ciclos con Cisplatino, Taxol y 5Fluorouracilo y 1 ciclo con Taxol y 5Fluorouracilo por haber presentado nuevamente reacción anafiláctica a Cisplatino: 326

Con fecha 18/05/05 inicia nuevamente tratamiento, 3 ciclos, con quimioterapia con Cisplatino, Taxol y 5 Fluorouracilo, último 07/07/05, nuevamente remisión clínica.: 327, 328

En diciembre-05 nueva recidiva la mismo nivel, nuevamente recibe 3 ciclos con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo, el último en febrero-06, los 2 últimos sin Cisplatino por cuadro de alergia.: 327, 328

Inició tratamiento con Taxol, Cisplatino e infusión continua de 5-Fluorouracilo. Recibió la dosis de Cisplatino a ritmo de infusión lento de 24 horas por haber presentado previamente una reacción alérgica.: 327

Tras aumentar la dosis de Cisplatino 25 ml/hora comienza con prurito y con deposiciones líquidas por lo que se pauta Polaramine y se suspende QT con Cisplatino decidiéndose no reiniciar tratamiento con Cisplatino por lo que recibe este ciclo únicamente con Paclitaxel y 5-Fluorouracilo en infusión continua: 327

inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que recibió 4 ciclos, ultimo ciclo 7/5/04, objetivándose una remisión clínica completa: 328

Vid. doc. 325-330 en Taxol, Cisplatino y Fluoruracilo

inició tratamiento con quimioterapia con Taxol, Cisplatino y 5 Fluorouracilo en infusión continua, previa colocación de catéter venoso central con reservorio subcutáneo, combinación de la que ha recibido 3 ciclos: 331, 332, 333

En abril-03 inició primer ciclo con Cisplatino 100 mg/m<sup>2</sup> día 1 + 5 Fluorouracilo 1000 mg/m<sup>2</sup> días 1 al 5... prosiguió con tratamiento de Cisplatino concomitante con radioterapia: 365, 366, 367, 368

Se inicia tratamiento con quimioterapia durante 4 ciclos (cisplatino y gemcitabina): 397

Oxaliplatino, oxaliplatino

Oxaliplatino: 34

tratamiento de Quimioterapia paliativa con Oxaliplatino y 5Fluorouracilo en infusión continua de 48 horas: 42

tratamiento de quimioterapia con Oxaliplatino e infusión de 5-Fluorouracilo de 48 horas, cada 15 días en septiembre-05 hasta noviembre-05: 200

quimioterapia paliativa con oxaliplatino y 5 FU: 41

9.1.4.2. Anticuerpos monoclonales con acción antineoplásica

Bevacizumab

Bevacizumab: 34

tratamiento con Folfiri más Bevacizumab, rechazando el paciente el Bevacizumab, e iniciando tratamiento con Folfiri: 42

Cetuximab

Irinotecan – Cetuximab: 34

tratamiento con Irinotecan y Cetuximab: 251

Se administra Cetuximab e Irinotecan: 251

Folfiri más Bevacizumab

nuevo ciclo de quimioterapia (protocolo Folfiri): 101

inició quimioterapia con protocolo FOLFIRI, combinación de la que ha recibido 5 ciclos, el último en noviembre-06: 102

nueva línea de quimioterapia con el esquema FOLFIRI x 5 ciclos FOLFOX: 200

FOLFIRI (SEPTIEMBRE/06): 200

**Herceptin**, Herceptin, herceptin [*Transtuzumab*]

**Quimioterapia con Vinorelbina y Herceptin: 192**

tratamiento con QT más Herceptin: 192

Quimioterapia con Vinorelbina y Herceptin: 193

Se inició tto. de quimioterapia con Adriamicina... y posteriormente ha iniciado Taxotere + herceptin: 168

tto de quimioterapia con Adriamicina (20/07/2.007) x 2 ciclos y posteriormente.... Taxotere + herceptin: 169

Rituximab

ha recibido igualmente 2 tandas de Rituximab: 202

Taxotere, Taxotere + herceptin [*Docetaxel*]

Se inició tto. de quimioterapia con Adriamicina... y posteriormente ha iniciado Taxotere + herceptin: 168, 169

nueva progresión cervical, tratándose con Taxotere semanal 2 ciclos sin respuesta: 326

9.1.4.3. Otros antineoplásicos

Erlonitib

Continuando con Erlonitib durante dos meses: 246

Soracenib [*Sorafenib*]

tratamiento con Sunitinib y Soracenib consecutivamente: 125

Sunitinib, SUNITINIB

tratamiento con Sunitinib y Soracenib consecutivamente: 125

ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON SUNITINIB: 126

Sutent [*Sunitinib*]

El 22/09/06 se inicio tratamiento con Sutent 50 mg. al día con intención de recibir 4 semanas de tratamiento y 2 de descanso.: 126

tratamiento con Sutent a dosis de 50 mg/día: 126

tratamiento con Sutent durante 10 días: 126

se reinició Sutent un comprimido de 50 mgs. cada 2 días durante 4 semanas: 126

Tarceba, Tarceva [Tarceva: *Erlotinib*]

tratamiento con Tarceba: 69

tratamiento con Tarceva: 70

tratamiento con Zometa y Tarceva que tomó durante 20 días y lo suspendió por diarrea: 78

tratamiento con Tarceva: 276

cerebrales tras lo cual recibe tratamiento con radioterapia paliativa. En enero de 2008 inicia

tratamiento con Tarceva: 397

## 9.2. HORMONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

### 9.2.1. Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas

decapeptyl, Decapeptyl, DECAPEPTYL, Dacapetil [Decapeptyl: *Triptorelina*]

en tto con urolosin ocos y decapeptyl trimestral: 133

tratamiento con: Alprazolam, Decapeptyl trimestral, Parapres y Aremis: 232

DECAPEPTYL un vial trimestral: 232

Dacapetil trimestral (en tto Dacapetil trimestral y casodex): 29

Procrin, PROCRIN, procrin trimestral, PROCRIN trimestral, Procrin trimestral, PROCRIN TRIMESTRAL [*Leuprorelina*]

tratamiento con Androcur y Procrin: 173

Procrin, Casodex, Omeprazol, Anchafibrin, Tardyferon, Furosemida: 173

Androcur, Sertralina, Noctamid, Omeprazol y Anchafibril y Procrin como venía haciendo hasta la actualidad: 257

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h,

Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12

h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimester, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

CASODEX y PROCRIN como se venía administrando hasta ahora: 173

Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno).

Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1

inyección Im cada 3 meses, Efferalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 257

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.  
ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

Omeprazol 20: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena; Procrin trimestral: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de Mayo); Efferelgan: 1 comprimido si dolor: 261

Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

PROCRIN TRIMESTRAL: 1 inyección IM cada 3 meses: 256

PROCRIN TRIMESTRAL: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de mayo): 262

Zoladex [*Goserelina*]

tratamiento con Zoladex trimestral + Grisentín: 147

Sertralina, Zoladex trimestral, Casodex 50, Termalgin ocasionalmente, hipnóticos: 219

en tratamiento con Estracid y posteriormente Zoladex trimestral: 148

#### 9.2.2. Antiandrógenos

casodex, CASODEX, Casodex, Casodex@ [Casodex: *Bicalutamida*]

casodex 1-0-0: 4

Dacapetil trimestral (en tto Dacapetil trimestral y casodex): 29

Uniket 40, Adiro 100, Simvastatina decapaptil, casodex: 29

CASODEX y PROCRIN como se venía administrando hasta ahora: 173

CASODEX: 1 comp día: 29

CASODEX: 1 c/día: 213

CASODEX 1 comp. al día: 210

CASODEX 50 mg – 1 comp. en cena: 4

Casodex : 29

Procrin, Casodex, Omeprazol, Anchafibrin, Tardyferon, Furosemida: 173

Sertralina, Zoladex trimestral, Casodex 50, Termalgin ocasionalmente, hipnóticos: 219

se suspendió Prednisona y se reinició Casodex 1 comp./8 h: 173

Tratamiento: **Sinemet plus**: 1-1-1. Plavix: 1 comprimido al día. Casodex: 1 comprimido al día. Zyloric: 1 comprimido al día: 211

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-

1).Xeristar: 379

Casodex@: 4

flutamida)

Sintrom, Zarator 20, Lobivon 5 y Crisetin (flutamida): 68

Grisentín[Grisetin: *Flutamida*]

tratamiento con Zoladex trimestral + Grisentín: 147

tratamiento con antiandrógenos del Grisentín: 147

Oncosal [Flutamida]

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

### 9.2.3. Antiestrógenos

tamoxifeno, **Tamoxifeno**

tratamiento con tamoxifeno: 272

tratamiento con tamoxifeno 20 mgs. 1 comprimido diario: 274

se sustituyó tamoxifeno por aromasil: 274

**Tamoxifeno 20 mg:** 1 comprimido al día: 272

### 9.2.4. Progestágenos

Acetato de Megestrol [*Megestrol*]

Se inició tratamiento con Acetato de Megestrol; se retiró Nolotil y se inició analgesia de segundo escalón con Tramadol: 75

tratamiento con suplementos nutricionales hiperproteicos y Acetato de Megestrol así como se ajusta la analgesia: 132

tratamiento con Tramadol 50 miligramos cada 8 horas y Acetato de Megestrol: 139

Anorexia en tratamiento con Acetato de Megestrol: 289

Maygace, **Maygace**, MAYGACE, Baigafe [*Maygace: Megestrol*]

**Maygace 160 mg.** 1 comp. en desayuno, comida y cena: 20

**Maygace 160** 1 comp. cada 24 horas: 34

MAYGACE altas dosis 10 cc. al día (apetito): 93

MAYGACE 160, 1 comp./día: 173

Tratamiento habitual: MAYGAZE altas dosis 10 cc./ día, FASLODEX según pauta del Dr. Campeny, MST 10 mg. 1 comprimido al día, PARACETAMOL 1 gr. 1.1.1., PRIMPERAN 1.0.1., OMEPRAZOL 1 cada 24 horas: 372

tratamiento actual con Baigafe, Paroxitina Durogesic y Nolotil si dolor: 289

Megefren, MEGEFREN [*Megestrol*]

tratamiento con Megefren, Tardiferon, Ibuprofeno y Nolotil: 196

MEGEFREN 1 sobre cada 24 horas: 196

### 9.2.5. Agentes antiadrenales e inhibidores de la aromatasa

Aromasil, aromasil, **Aromasil** [*Exemestano*]

tratamiento con Aromasil: 191

tratamiento con Aromasil 1 comp. al día: 192, 193

Tratamiento actual con dieta blanda, Omeprazol, Aromasil, NatecalD y Nolotil: 273

se sustituyó tamoxifeno por aromasil: 274

#### **Aromasil 1 comprimido diario: 274**

Femara [*Letrozol*]

Omeprazol, Tromalyt, Enalapril, Osteopor, Duphalac y Femara: 118

tratamiento con Femara 1 cp/día y Zometa mensual: 192, 193

en tratamiento con Femara: 194

Iniciamos tratamiento con Letrozol (Femara) 1 comp. diario. Junio 2004: 392

SUSPENDER FEMARA: 392

Consulta octubre 2006 con dolores a nivel cervical, dorsal, mala tolerancia a la medicación analgésica por mareos y epigastralgia. Se solicitaron pruebas y se suspendió Femara y se inicio Faslodex: 392

En junio-04 iniciamos tratamiento con Letrozol (Femara) 1 comp. diario...y se suspendió Femara y se inicio Faslodex: 390, 391

Letrozol, Letrozor [*Letrozol*]

tratamiento hormonal con Letrozol: 274

tratamiento hormonal con Letrozor (lleva 2 meses de tto): 275

## 10. APARATO LOCOMOTOR

### 10.1. ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS

#### 10.1.1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

AINES, Aines, antiinflamatorios no esteroideos (véase AAS)

Airtal [*Aceclofenaco*]

Regulatens, Zocor, Omeprazol, Lexatin, Airtal y Adiro 300: 58

Dolalgial [*Clonixinato de lisina*]

Dolalgial: 23

Droal, **Droal**, DROAL [*Ketorolaco*]

una ampolla de Droal: 57

Si tiene dolor tomará: 1 Droal + 1 Adolonta + 1 Primperan cada 8 horas: 281

Droal, 1 comp c/6h: 390

**Droal** 1 comp. cada 8 horas: 34



DROAL COMP 10MG -1- VO – Cada 8 horas: 169

**Ibuprofeno, IBUPROFENO, IBUPROFENO, Ibuprofeno**

**Ibuprofeno** 400 1 comp. cada 8 horas: 20

**IBUPROFENO** 600 / 12 h. vo.: 98, 99

IBUPROFENO, 600MG/8H SI DOLOR DE TOBILLO: 153

IBUPROFENO 1 comprimido cada 8 horas: 196

Fármacos: IBUPROFENO 600 un cmp cada 8 h: 270

Ha tomado Ibuprofeno por dolor en pie derecho: 194

tratamiento con Megefren, Tardiferon, Ibuprofeno y Nolotil: 196

calma con Ibuprofeno: 269

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

Ibuprofeno 600mg: 1 comprimido en desayuno y cena: 359

Ibuprofeno 600 cada 6 horas: 398

Naproxeno

controlando el dolor con opiáceos, controlando la fiebre en principio con antibióticos y finalmente con Naproxeno: 34

controlada con Naproxeno 500 cada 8 horas mas subida de la dosis de corticoide: 120

tratamiento con Levofloxacino, así como Naproxeno: 126

El resto de tratamiento se mantiene quitando Adolonta, Naproxeno y Paracetamol cada 8 horas, que llevaba pautado : 199

Naproxeno 500, 1 comp c/12h: 200

**Naproxin, Naproxin, NAPROXIN** [Naprosyn: *Naproxeno*]

**Naproxin** 500 mg. 1 comp. cada 12 horas: 34

NAPROXIN 500 1-0-1: 126

Neobrufen [*Ibuprofeno*]

Neobrufen 600 1 comp/12 h durante 1 semana: 88

Neubrufen 600 mg 1 comp. cada 8 u 12 horas según precise por dolor: 306, 307

neobrufen 600 1 cada 8 horas: 395

Toradol [*Ketorolaco*]

sedación paliativa con Midazolam, Cloruro Mórfico, Buscapina, Primperan y Toradol: 241

**TORADOL: 1** comprimido cada 8h: 400

Voltaren [*Diclofenaco*]

**Voltaren 50** 1 cápsula cada 8 horas: 305

## 10.2. ANTIGOTOSOS

### 10.2.1. Medicamentos contra ataques agudos de gota

Colchicine [Colchicine: *Colchicina*]

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

colchicina

broncodilatadores, oxigenoterapia, reposición sanguínea...., colchicina oral: 183

Colchimax, **COLCHIMAX**, COLCHIMAX [Colchicina + dicitlomina clorhidrato]

Colchimax: 22, 23, 24

en ttº crónico con Zyloric 100 mg. y Colchimax: 166

**COLCHIMAX**: 1 comprimido/día (comida): 183

ZYLORIC, COLCHIMAX, DAFLON, NORVAS, ETC....: 24

COLCHIMAX: 1 comprimido al día (comida): 181

COLCHIMAX 0,5 mg, 1 comprimido cada 8 horas: 182

### 10.2.2. Correctores de la hiperuricemia

Alopurinol

Alopurinol: 181

Sensibilización alérgica a Alopurinol: 182

Alérgico a Alopurinol: 180, 184, 186

Hipersensibilidad a Alopurinol: 187

Podagra en tratamiento con Alopurinol: 210

Urinorm [*Benzbromarona*]

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

Zyloric, ZYLORIC

Zyloric: 23, 24

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h, Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141 en ttº crónico con Zyloric 100 mg. y Colchimax: 166

Zyloric: 1 comprimido al día: 211

Zyloric 100, 1-0-0: 351

Zyloric de 100 mgr, 1 comprimido al día: 353

Zyloric 100: 1 comprimido al día en la comida: 359

Zyloric 300 mg: 1 comprimido al día en la comida.

ZYLORIC, COLCHIMAX, DAFLON, NORVAS, ETC...: 24

ZYLORIC 100: 1 comp/día: 142

ZYLORIC 100 1 comp. al día: 210

ZYLORIC 100: 1 c/día: 213

ZYLORIC de 100, 1 c. al día: 354

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

## 11. SISTEMA NERVIOSO

### 11.1. ANESTÉSICOS. Anestésicos generales inyectables

Fentanilo

Fentanilo: 15, 16

Fentanilo 100 mcg/72 h.: 16

parche Fentanilo 50 mg: 29

### 11.2. ANALGÉSICOS. Analgésicos opioides

Actiq [Fentanilo bucal]

tratamiento con Actiq 600 antes de las movilizaciones: 77

Si dolor: Actic 200 mcg: 391

ADOLONTA, **Adolonta**, Adolonta, adolonta, **ADOLONTA**, ADOLONTA RETARD  
[Tramadol]

Si precisa por dolor ADOLONTA: 1 comprimido: 14

ADOLONTA 1-1-1-1: 39

En caso de persistir dolor tomará ADOLONTA 1 cápsula/8 h.: 94

ADOLONTA, 1 cápsula cada 8 horas: 102

Si no cede el dolor cambiar por ADOLONTA 1 cápsula cada 8 horas: 244

ADOLONTA 50 mg 2 comp. cada 6 u 8 horas según precise: 122

**SI DOLOR ADOLONTA : 20 GOTAS CADA 8 HORAS.:** 326

Si dolor, **Adolonta:** 89

**Adolonta** 1 cápsula cada 8 horas, si persiste el dolor puede aumentar la dosis de Adolonta hasta 2 cápsulas cada 6 horas: 220

TRATAMIENTO AL ALTA: Hierro. Adolonta: 62

se usa Adolonta: 233

Intolerancia a Adolonta: 277

Intolerancia al Adolonta: 278

Si tiene dolor tomará: 1 Droal + 1 Adolonta + 1 Primperan cada 8 horas: 281

Adolonta 50 cada 8 horas: 398

El resto de tratamiento se mantiene quitando Adolonta, Naproxeno y Paracetamol cada 8 horas, que llevaba pautado : 199

Pauto Adolonta 2 cp cada 8 horas: 122

Adolonta, 1 comp c/8h.: 200

Nolotim amp.: 1 cada 8 horas. Si persiste el dolor, Adolonta 50 mg: 316

Ha mejorado desde que toma el adolonta: 122

**SI DOLOR ADOLONTA UNA CAPSULA:** 232

ADOLONTA RETARD 100 mg. 1 comp./12 h; en caso de dolor podrá tomar 1 comprimido más: 173

Citran [Zytram: *Tramadol*]

Citran 400 mg. 1-0-0: 39

codeína

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagastra, Aerius, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

CODEÍNA 1 comp. cada 8 horas si tos: 287

Codeisan, CODEISAN, Codeisan jarabe [*Codeína*]

Codeisan,: 56

Codeisan: 1 c. cada 8 horas: 116

tratamiento antibiótico empírico y antitusígeno con Codeisan: 276

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

CODEISAN 1 comp. en caso de tener tos hasta 3 veces al día: 56

CODEISAN: 1 comprimido cada 8 horas (1 en desayuno, 1 en comida y otro en cena) (tos): 276

Codeisan jarabe cada 6 horas si tos: 283

DOLPAR [*Tramadol*]

DOLPAR 100 mg: 1 por la noche (DOLOR): 1

DUROGESIC, Durogesic, durogesic, DUROGESIC , **DUROGESIC**, DUROGESIC -50 [*Fentanilo transdérmico*]

DUROGESIC 100. recambio cada 72 horas: 287

DUROGESIC 50 cada 72 horas: 311

Parches de DUROGESIC 50 1 cada 3 días (72 horas): 18

DUROGESIC 50: 1 parche cada 72 horas: 181

DUROGESIC 50, 1 parche cada 72 horas: 182

DUROGESIC -50: 1 parche cada 72 horas: 185

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

DUROGESIC 50 CADA 72 HORAS: 386

DUROGESIC 25, ½ parche cada 3 días: 392

controlado con Paracetamol y Durogesic: 120

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Loracepam y Atarax: 184

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

ponemos Durogesic para control del dolor, dejamos Duphalac para evitar estreñimiento y colocamos Sinogan en gotas debido a la agitación psicomotriz: 248

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

Durogesic 25 1 parche/72 h.: 121

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

Durogesic de 25... un rescate de Sevredol: 279

tratada con Durogesic de 50: 282

Durogesic 50 parche transdérmico cada 72 horas: 283

tratamiento actual con Baigafe, Paroxitina Durogesic y Nolotil si dolor: 289

**TRATAMIENTO ACTUAL:** Durogesic 25 , Ameride, Omeprazol, Nolotil y Yatrox de 4 miligramos: 357

Durogesic 25 parches transdérmicos: recambiar parche cada 72 horas (3 días): 359

Tramadol 50 mg: 1 comprimido si dolor en el brazo izquierdo a pesar del Durogesic: 359

Al ingreso, se inició tratamiento con Metamizol i.v. con mejoría del dolor pero sin ceder por completo por lo que se inició tratamiento con Cloruro Mórfico subcutáneo desapareciendo el dolor por completo aunque la paciente presentó tendencia al sueño de forma inicial. Por lo que se inició tratamiento con Durogesic y pasando el Nolotil a vía oral: 392

subo parche de durogesic: 169

DUROGESIC 25 PARCHES -1 – T. PIEL – Cada 72 horas: 169

**DUROGESIC “50”:** 1 parche/72 horas: 183

Fentanilo transdérmico, fentanilo transdérmico

tto con fentanilo transdérmico: 283

se asocia a la corticoterapia vía oral y a la pregabalina, fentanilo transdérmico y morfina vía subcutánea para los episodios de dolor incidental: 90

analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico mas rescates de morfina oral si dolor: 41

analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico mas rescates de Sevredol: 52

analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico más rescates de morfina de 10 mg. si dolor: 159

metadona

Metadona: 9

Morfina, Morfina de liberación rápida, morfina, morfina de liberación rápida, morfina oral, morfina sc, morfina Subcutánea, morfina subcutánea, mórficos

titulando con Morfina 5 miligramos cada 4 horas: 50

El dolor se controla con Morfina en reposo: 98

4 o 5 rescates diarios de Morfina de liberación rápida por lo que precisa subir MST: 40

rescate de morfina: 48

morfina a dosis de 5 mg.: 69

analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico más rescates de morfina de 10 mg. si dolor: 159

morfina sc: 16 (indica para qué es cada uno)

se asocia a la corticoterapia vía oral y a la pregabalina, fentanilo transdérmico y morfina vía subcutánea para los episodios de dolor incidental: 90

habiendo mejorado con ansiolíticos y eventualmente morfina subcutánea en pequeñas dosis: 134

dosis de diuréticos iontravenosos y eventualmente morfina subcutánea 2-4 mg: 134

rotar de opioides a morfina subcutánea: 140

analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico mas rescates de morfina oral si dolor: 41

rotación de opioides de morfina oral a morfina Subcutánea: 50

hemos suspendido los opiáceos pautados dejando únicamente morfina de liberación rápida para episodios de dolor agudo: 278

uso de mórficos sc: 150

episodios de disnea paroxística nocturna, que mejoran con benzodiazepinas (diazepam) o mórfico vo.: 150

Se solicita TAC cerebral que es normal por lo que el cuadro parece en relación con el tratamiento de Morfina: 400

MST, MST [MST Continus: *Morfina*]

4 o 5 rescates diarios de Morfina de liberación rápida por lo que precisa subir MST: 40 reintroducir el MST: 278

En el momento actual estaba tomando MST 20 mg. cada 12 horas junto con laxantes y Primperan.: 278

MST 40 mg. cada 12 horas: 77

MST 30: 19

Dexametasona 5 mg/12 h: Calcio. Duphalc. MST 30/12 h.; Uniket 40; adiro 100; Omeprazol; Rerogradumet: 28

MST 20 mg. cada 12 horas junto con laxantes y Primperan : 278

Se inicia tratamiento con MST 10 miligramos cada 12 horas: 50

MST 10 mg, cada 12 horas: 78

Tratamiento habitual: MAYGAZE altas dosis 10 cc./ día, FASLODEX según pauta del Dr. Campeny, MST 10 mg. 1 comprimido al día, PARACETAMOL 1 gr. 1.1.1., PRIMPERAN 1.0.1., OMEPRAZOL 1 cada 24 horas: 372

...precisaba aumento de MST : 390 (en Motivo de Ingreso)

MST 10 mg. 1 comp. c/8h: 390

MST 10 mg. 1 comp. por la noche.: 391

**MST 30 mg.** cada 12 horas: 34

**MST 100** por la mañana, 130 por la noche: 98, 99

**MST 30 mg.** 1 comp. cada 12 horas: 305

**MST 100: 1** comprimido cada 12h: 400

**MST 10: 2** comprimidos cada 12h: 400

Opiáceos: controlando el dolor con opiáceos, controlando la fiebre en principio con antibióticos y finalmente con Naproxeno: 34

tratamiento con opiáceos: 40

así como dolor controlado con opiáceos: 172

hemos suspendido los opiáceos pautados dejando únicamente morfina de liberación rápida para episodios de dolor agudo: 278

opioides

rotación de opioide + tratamiento para la infección respiratoria con Ceftriaxona 1 gr. cada 12 horas intramuscular: 63

la rotación de opioide es de Tramadol a Cloruro mórfico: 63

rotación de opioide: 174

rotar de opioides a morfina subcutánea: 140

tratamiento con opioides: 123

oxicodona, Oxicodona

tratamiento con oxicodona para el dolor visceral 10 mg. cada 12 horas y rescates con Oxinor ½ ml. (5 mg.) si dolor.: 199



tras la colocación de Oxycodona para el tratamiento del dolor, Lansoprazol para el reflujo junto con Duphalac como laxante: 241

Oxinor [Oxynorm: *Oxycodona*]

tratamiento con oxycodona para el dolor visceral 10 mg. cada 12 horas y rescates con Oxinor ½ ml. (5 mg.) si dolor.: 199

Sebredol, Sevredol, **Sevredol**, SEVREDOL, **SEVREDOL**, SEVREDOL [Sevredol: *Morfina*]

Sebredol 10 mg/6 h.: 39

Sevredol 10: 19

rescate ocasional cada uno o dos días de Sevredol: 41

analgesia de tercer escalón con Fentanilo transdérmico mas rescates de Sevredol: 52

Si precisa: Diacepam 5mg 1c/ Sevredol 10 mg 1 c: 150

Cambiamos el tratamiento del paciente dejando Sevredol a demanda y quitando el parche de Transtec por la intolerancia... Subimos Prednisona con una pauta descendente comenzando con 30 mg. cada 3 días, bajando a 10 mg. y dejando de forma continua a 10 mg. Omeprazol 1 cada 12 horas y resto igual.: 248

Si dolor, Sevredol 10 mg. 1 comp.: 278

Si dolor **Sevredol** 10 mg. 1 comp. que puede repetir cada 4 horas: 34

**Sevredol 10** 1 mg. 1 comp. Si dolor: 305

SEVREDOL 10 mg. ¼ h.: 39

SI DOLOR SEVREDOL 10 MG CADA 4 HORAS: 386

**SEVREDOL** 10 mg. 1 comp. si dolor: 98

**SEVREDOL** 10 mg. 1 comp. si dolor: 99

**SEVREDOL 10:** 1 comprimido si dolor: 400

SEVREDOL 10 MG COMP -1/2 por la noche y cada 6 horas si tuviera dolor : 169

TRAMADOL, Tramadol

Si dolor TRAMADOL 50 mg.: 1

TRAMADOL cápsulas de 50 mg. 1 cada 8 horas: 47

Se inicia tratamiento con Fosfomicina 500 cada 8 horas y se aumenta la analgesia a segundo escalón (Tramadol 50): 50

analgesia de segundo escalón con Tramadol: 52

Se inició tratamiento con Acetato de Megestrol; se retiró Nolotil y se inició analgesia de segundo escalón con Tramadol: 75

tratamiento con Tramadol 50 miligramos cada 8 horas y Acetato de Megestrol: 139

Tramadol i.v. con Primperan i.v.: 232

Tratamiento: Sintrom, Acovil 5 mg./ 24 horas, Digoxina 1/ 24 horas, Seguril /24 horas, Zaldiar /cada 8 horas, Tramadol 50 mg. nocturno: 320

la rotación de opioide es de **Tramadol** a Cloruro mórfico: 63

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/ 72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

Tramadol 50 mg: 1 comprimido si dolor en el brazo izquierdo: 359

Tramadol 50 mg: 1 comprimido si dolor en el brazo izquierdo a pesar del Durogesic: 359

Transtec [*Buprenorfina*]

Transtec: 22

En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.: 248

Tratado en el momento actual con Transtec de 70 microgr. medio parche de Transtec de 70: 248

Cambiamos el tratamiento del paciente dejando Sevredol a demanda y quitando el parche de Transtec por la intolerancia... Subimos Prednisona con una pauta descendente comenzando con 30 mg. cada 3 días, bajando a 10 mg. y dejando de forma continua a 10 mg. Omeprazol 1 cada 12 horas y resto igual.: 248

control sintomático por vía subcutánea por pérdida de la vía oral con Midazolam, Cloruro mórfico, Transtec en parche y Buscapina: 269

11.2.1. Salicilatos (véase 2.1.2.)

AAS

Acido Acetil Salicilico, ACIDO ACETILSALICILICO, Ácido Acetilsalicílico  
aspirina, Aspirina

aspirina y medicamentos favorecedores del sueño

11.2.2. Paracetamol

Dafalgam, DAFALGAN [*Dafalgan: Paracetamol*]

En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.: 248

DAFALGAN 1 comp./8 h.: 25

DAFALGAN 1 g: Si precisa por dolor: 142

Efferalgan, EFFERALGAN, Efferalgan, Effefalgan [Efferalgan: *Paracetamol*]

Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno).

Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses, Efferalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 257

En tto. habitual con Efferalgan 1 comp/día por dolor a nivel de la prótesis de cadera: 336

Cod-efferalgan si dolor: 398

EFFERALGAN 1 g. si dolor: 4, 60

Si dolor EFFERALGAN 1c/8 h: 68

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

EFFERALGAN: 1 cp si dolor: 262

EFFERALGAN 1 gr cada 8 h: 1 en desayuno, comida y cena (DOLOR): 9

EFFERALGAN 1 gr. cada 8 h. en caso de dolor: 94

Ciprallex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5.

Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2: 112

Omeprazol 20: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Amchafibrin: 1 ampolla bebida en desayuno, comida y cena; Procrin trimestral: 1 inyección IM cada 3 meses (próxima dosis 26 de Mayo); Efferalgan: 1 comprimido si dolor: 261

**Medicación:** Metamizol 1c/vo/6 horas Efferalgan 1c/6h, Omeprazol 20 mg/24h: 284

Eferalgan 1g si cefalea o dolor: 396

Effefalgan 1compr. cada 6-8 horas: 374

FEBRECTAL, Febrectal [*Paracetamol*]

FEBRECTAL COMP. 650 MG. – 1 (Si fiebre o dolor) –VO- Cada 8 horas: 45

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

Febrectal: 1 comp/8 horas si dolor: 238

Paracetamol, PARACETAMOL, **Paracetamol**, paracetamol, **PARACETAMOL**

Paracetamol: 6

controlado con Paracetamol y Durogesic: 120

tratamiento ambulatorio con Cloritromicina y Paracetamol: 240

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

no toma Paracetamol: 126

Paracetamol según dolor: 7

Paracetamol si dolor: 194

Paracetamol 1 gr, 1 sobre si dolor: 58

Paracetamol: 1 c si dolor cada 8 horas: 116

Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar Paracetamol 1 gr. cada 8 horas. Si el dolor no cede puede asociar Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazolonas) consulte con su médico de atención primaria, que le indicará la alternativa mas adecuada. : 43, 160, 254

**Analgesia:** Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar de forma conjunta Paracetamol 1 gr. cada 6 horas y Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas y si no cede asociar 1 cápsula de Metamizol 6 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazolonas), consulte a.....: 284

Paracetamol 1 gramo cada 8 horas: 48

El resto de tratamiento se mantiene quitando Adolonta, Naproxeno y Paracetamol cada 8 horas, que llevaba pautado : 199

Paracetamol 1g, efervescente, 1 com c/8h.: 246

Paracetamol 500 si dolor: 295

presenta dolor cervical que cede con Paracetamol: 328

Tto habitual :Restriccion hidrica.Clexane 60 sc .Lantus 14 ui Tardyferon Seguril 1 comp al diaParacetamol.Doxium forte.Urolosin (0-0-1).Enalapril 20 (0-0-1).Casodex 50 (1-1-1).Xeristar: 379

PARACETAMOL: Si precisa por dolor: 142

PARACETAMOL 1 GR. SI DOLOR: 7

Si dolor, PARACETAMOL 1 gr.: 276

PARACETAMOL: Vía oral si dolor o fiebre: 73

PARACETAMOL, NOLOTIL, 1-2 cáps. si dolor costal, fiebre, etc.: 141

PARACETAMOL: 1 c / 8 horas: 14

PARACETAMOL 1 gr. cada 8 horas (dolor): 93

Si dolor, PARACETAMOL 1 gr. cada 8 horas vía oral: 31

PARACETAMOL (D.O.E.) – 1 g – Vo – Cada 8 horas: 169

PARACETAMOL 1 gramo cada 8 horas si dolor: 182

PARACETAMOL: 1 comprimido cada 8 horas si tiene dolor: 127

PARACETAMOL 1 grs en desayuno, comida y cena vía oral: 136

Tratamiento habitual: MAYGAZE altas dosis 10 cc./ día, FASLODEX según pauta del Dr.

Campeny, MST 10 mg. 1 comprimido al día, PARACETAMOL 1 gr. 1.1.1., PRIMPERAN

1.0.1., OMEPRAZOL 1 cada 24 horas: 372

**PARACETAMOL:** 1 comprimido cada 8h: 400

**PARACETAMOL, NOLOTIL, etc., si dolor: 183**

**Paracetamol** 1 gr. 1 comp. cada 8 horas (desayuno, comida y cena): 20

METAMIZOL: 1 c / 8 horas, alternando con el paracetamol: 14

insulina insulatar 1406, anagasta, paracetamol, dorsaltolcina, duphalac, largactil: 76

tto. antibiótico en varias ocasiones (amoxicilina-clavulanico) y con paracetamol: 244

Si dolor rescate con nolotil o paracetamol: 283

**TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN URGENCIAS:** Augmentine ev, paracetamol, omeprazol: 395

PERFALGAN, Perfalgan [*Paracetamol*]

PERFALGAN 1 G oral 1 comp. si dolor: 22

Perfalgan 1g EV/8: 121

Termalgin [*Paracetamol*]

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagasta, Aerius, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

Sertralina, Zoladex trimestral, Casodex 50, Termalgin ocasionalmente, hipnóticos: 219

Fármacos: Termalgin un cmp cada 8 h.: 247

XUMADOL [*Paracetamol*]

XUMADOL un sobre cada 8 horas: 112

11.2.3. Pirazolonas

METAMIZOL, Metamizol, metamizol, Metamizol (pirazolonas, Metamizol (pirazolonas)

METAMIZOL: 1 c / 8 horas, alternando con el paracetamol: 14

**Analgesia:** Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar de forma conjunta Paracetamol 1 gr. cada 6 horas y Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede

tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas y si no cede asociar 1 cápsula de Metamizol 6 horas.

En caso de alergia al Metamizol (pirazolonas), consulte a.....: 284

Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar Paracetamol 1 gr. cada 8 horas. Si el dolor no cede puede asociar Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazolonas) consulte con su médico de atención primaria, que le indicará la alternativa mas adecuada. : 43, 160

Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar Paracetamol 1 gr. Cada 8 horas. Si el dolor no cede puede asociar Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, solo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazolonas)...: 254

Intolerancia al Metamizol: 227

En tratamiento con Prednisona a 10 mg. al día, Torasemida 10 mg 1-1/2-0, Omeprazol 1 comprimido al día, Dafalgam 1.1.1.1., Transtec 35 3 días y luego subir a 70 y Metamizol en ampollas.: 248

Al ingreso precisó de Metamizol intravenoso para la valorar el control del dolor: 391

Al ingreso, se inició tratamiento con Metamizol i.v. con mejoría del dolor pero sin ceder por completo por lo que se inició tratamiento con Cloruro Mórfico subcutáneo desapareciendo el dolor por completo aunque la paciente presentó tendencia al sueño de forma inicial. Por lo que se inició tratamiento con Durogesic y pasando el Nolotil a vía oral: 392

**Medicación:** Metamizol 1c/vo/6 horas Efferalgan 1c/6h, Omeprazol 20 mg/24h: 284

Si dolor metamizol 1/8 horas: 252

NOLOTIL, Nolotil, **NOLOTIL**, **Nolotil**, **nolotil**, Nolotim [*Metamizol*]

CARDURAN NEO 4 mg, NOLOTIL: 12

Si tiene cefalea puede tomar NOLOTIL u otro analgésico: 110

NOLOTIL 1 comp cada 8 horas: 18

NOLOTIL 1 comp. cada 8 horas: 122

NOLOTIL 1 comp. cada 6 u 8 horas: 392

Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 u 8 horas: 42

Si dolor NOLOTIL 1 comp. cada 6 ó 8 horas: 192

Si dolor, NOLOTIL, 1 comp. cada 8 horas: 126

NOLOTIL 1 comprimido cada 8 horas: 196

NOLOTIL 1 comp./8 h. si dolor: 70

PARACETAMOL, NOLOTIL, 1-2 cáps. si dolor costal, fiebre, etc.: 141

NOLOTIL: 1 cápsula cada 6 horas: 244

NOLOTIL 1 comp. cada 8 horas. Suspende si dolor: 287

Nolotil: 2

Se inició tratamiento con Acetato de Megestrol; se retiró Nolotil y se inició analgesia de segundo escalón con Tramadol: 75

tratamiento con Megefren, Tardiferon, Ibuprofeno y Nolotil: 196

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

Con Nolotil no termina de calmar: 243

tratamiento con Nolotil ha cedido el dolor abdominal: 244

Nolotil si dolor: 260

Nolotil sí dolor: 370

**TRATAMIENTO ACTUAL:** Durogesic 25 , Ameride, Omeprazol, Nolotil y Yatrox de 4 miligramos

357

Alérgica a Nolotil y Pirazolonas: 267

Tratamiento actual con dieta blanda, Omeprazol, Aromasil, NatecalD y Nolotil: 273

tratamiento actual con Baigafe, Paroxitina Durogesic y Nolotil si dolor: 289

Toma Nolotil en ampollas para calmar el dolor: 241

Al ingreso, se inició tratamiento con Metamizol i.v. con mejoría del dolor pero sin ceder por completo por lo que se inició tratamiento con Cloruro Mórfico subcutáneo desapareciendo el dolor por completo aunque la paciente presentó tendencia al sueño de forma inicial. Por lo que se inició tratamiento con Durogesic y pasando el Nolotil a vía oral: 392

Analgesia si dolor tipo Nolotil 1 cada 8 horas: 71

Nolotil, 1 capsula si dolor: 353

Nolotil cápsulas cada 8 horas si tiene dolor: 155

Nolotil capsulas 1 cada 8 horas si precisa: 216

Nolotil 1 cáps. cada 8 horas: 278

Nolotil 1 compr cada 6-8 horas: 392

Nolotil 1 amp. bebida cada 8 horas: 365

**PARACETAMOL, NOLOTIL, etc., si dolor: 183**

**Nolotil** bebido, en caso de presentar molestias: 242

Si dolor abdominal: **Nolotil**, 1 comprimido cada 8-6 horas: 272

**Nolotil 1 comprimido cada 8 horas: 274**

Nolotil 1 cápsula cada 8 horas: 220

Nolotil 1 cápsula cada 8 horas: 305

Si dolor rescate con **nolotil** o paracetamol: 283

Nolotim amp.: 1 cada 8 horas. Si persiste el dolor, Adolonta 50 mg.: 316

Pirazonas, PIRAZOLONAS, pirazonas

Pirazonas: 22, 24

PIRAZOLONAS: 23

Alérgica a Nolotil y Pirazonas: 267

Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar Paracetamol 1 gr. cada 8 horas. Si el dolor no cede puede asociar Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazonas) consulte con su médico de atención primaria, que le indicará la alternativa mas adecuada. : 43, 160

Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar Paracetamol 1 gr. Cada 8 horas. Si el dolor no cede puede asociar Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, solo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazonas)...: 254

**Analgesia:** Durante los primeros 3 o 4 días debe tomar de forma conjunta Paracetamol 1 gr. cada 6 horas y Metamizol 1 cápsula cada 6 horas. Posteriormente, sólo si tiene dolor, puede tomar 1 gr. de Paracetamol cada 8 horas y si no cede asociar 1 cápsula de Metamizol 6 horas. En caso de alergia al Metamizol (pirazonas), consulte a.....: 284

11.2.4. Otras asociaciones de analgésicos

Zaldiar, ZALDIAR [Tramadol + paracetamol]

Zaldiar: 5

Zaldiar 1 comprimido cada 8 horas: 67

Zaldiar 1 compr. cada 8 horas: 306, 307

Tratamiento: Sintrom, Acovil 5 mg./ 24 horas, Digoxina 1/ 24 horas, Seguril /24 horas,

Zaldiar /cada 8 horas, Tramadol 50 mg. nocturno: 320

Zaldiar 2 compr. cada 6-8 horas: 392

ZALDIAR: 1 comprimido cada 12 horas: 5

ZALDIAR 1 comprimido cada 6 horas: 67

11.3. ANTIEPILÉPTICOS

11.3.1. Antiepilépticos de acción preferente contra Gran Mal



Carbamacepina, CARBAMACEPINA, CARBAMAZEPINA [Carbamazepina]

Carbamacepina: 33 (o 22)

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h,  
Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12  
h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

CARBAMAZEPINA “300”, 1 comp/ día: 141

CARBAMACEPINA 300 mg: 1 comp/ día: 142

fenitoína, FENITOINA, Fenitoína [Fenitoína: *Difenilhidantoína*]

fenitoína: 31

FENITOINA 100 mg.: 1 comprimido cada 6 horas (crisis convulsivas)

Fenitoína: 32

LAMOTRIGINA

LAMOTRIGINA 25: 1-0-1: 60

pregabalina

se asocia a la corticoterapia vía oral y a la pregabalina, fentanilo transdérmico y morfina vía  
subcutánea para los episodios de dolor incidental: 90

Lyricea [*pregabalina*]

LYRICA 1 comp. de 75 mg. y 1 comp. de 25 mg. cada 8 horas: 311

TEGRETOL, Tegretol [*Carbamazepina*]

TEGRETOL 200, 1 comp./8 h.: 33 (o 22)

Tegretol 1 comprimido y ½ en desayuno: 143

Tegretol 200 mg: 1/2 comp. cada 12 horas: 316

11.3.2. Antiepilépticos de acción preferente contra Pequeño Mal

DEPAKINE, Depakine [*Ácido Valproico*]

DEPAKINE 500 Crono: 0-0-2: 21

DEPAKINE 500 mg.: 1 comprimido cada 8 horas (desayuno, comida y cena) (crisis  
convulsivas) : 31

Depakine 500 mg/8 horas: 32

valproico, Valproico

Valproico: 32

11.4. ANTIPARKINSONIANOS

11.4.1. Antiparkinsonianos anticolinérgicos

ARTANE [*Trihexifenidilo*]

ARTANE: 1-1-1: 21

#### 11.4.2. Levodopa + Inh. De la dopadecarboxilasa

Sinemet, SINEMET, **Sinemet** [*Levodopa/Carbidopa*]

en tt° con Sinemet y Plurimen: 166

SINEMET cada 8 horas: 210

SINEMET PLUS

SINEMET PLUS: 1 c/desayuno, comida y cena: 213

Tratamiento: **Sinemet plus**: 1-1-1. Plavix: 1 comprimido al día. Casodex: 1 comprimido al día. Zyloric: 1 comprimido al día: 211

SINEMET RETARD

SINEMET RETARD: 2-1-2: 73

Inemed Retard: 2-1-2. Triptizol 25: 2-1-2. Proscard: 0-0-1: 74

#### 11.4.3. Otros antiparkinsonianos

Plurimen [*Selegilina*]

en tt° con Sinemet y Plurimen: 166

### 11.5. PSICOLÉPTICOS

#### 11.5.1. Antipsicóticos solos

DOGMATIL [*Sulpirida*]

DOGMATIL 50MG COMP -1- VO – Cada 8 horas: 169

haloperidol, Haloperidol

haloperidol: 16 (indica para qué es cada uno)

En últimos momentos y para control de ansiedad, nos vemos obligados a colocar un infusor con Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol y Buscapina: 282

dejando Haloperidol: 253

infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol, Buscapina y Primperan: 236

Agitación bien controlada con Haloperidol: 243

control sintomático mediante un infusor de Midazolam, cloruro mórfico, Haloperidol y Buscapina: 245

Haloperidol subcutáneo para tratamiento de la agitación neurolépticos: 46

Haloperidol, 10 gotas por la noche: 246

INFUSOR DE 7 DÍAS SC (2 ml/h): 630 mg cloruro mórfico + 35 mg Haloperidol + 21 ampollas de Primperan: 16

Si intranquilidad o insomnio Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) y si no cede 5 mg (1 cc) de midazolam subcutáneo: 16

Si náuseas o vómitos Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) subcutáneo: 16

HALOPERIDOL 5 gotas, cada 8 horas: 287

Largactil, largactil, LARGACTIL [*Clorpromazina*]

cuadro de hipo que se controló con Largactil 25 mg./noche: 75

LARGACTIL 10 gotas si hipo: 102

insulina insular 1406, anagasta, paracetamol, dorsaltolcina, duphalac, largactil: 76

hipo intenso a pesar de tratamiento con largactil: 76

LEPONEX [*Clozapina*]

LEPONEX 100 mg: 1-1-2: 21

LONSEREN [*Pipotiazina*]

LONSEREN 1 amp./21 días (última fecha 8-5-05): 21

neuroléptico a dosis bajas, neurolépticos, neurolépticos subcutáneos

tratamiento con neuroléptico a dosis bajas y se añadió corticoide por el dolor óseo: 188

neurolépticos: 9 , 40

Haloperidol subcutáneo para tratamiento de la agitación neurolépticos: 46

neurolépticos (Sinogan): 67

Se retiró medicación psicoactiva y se trató el cuadro confusional con neurolépticos: 140

tratamiento con neurolépticos precisando el día 25 de enero colocación de vía subcutánea: 172

tratamiento con neurolépticos: 190, 271

varios cambios en el tratamiento incluso introduciendo neurolépticos y poniendo también esertia como antidepresivo : 282

neurolépticos subcutáneos: 227

Risperdal [*Risperidona*]

Risperdal 3 mg 0-0-1: 207

Risperidona

siendo tratada, en la actualidad, a base de 1mg/24h de Risperidona: 207

Risperidona 2 mml. En la cena: 370

Sinogan, SINOGAN, Sinogan [*Levomepromazina*]

Sinogan 5 gotas/noche: 39

Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta: 70

ponemos Durogesic para control del dolor, dejamos Duphalac para evitar estreñimiento y colocamos Sinogan en gotas debido a la agitación psicomotriz: 248

SINOGAN 0-0-10 gotas: 39

Si agitación, 10 gotas de SINOGAN noche: 67

SINOGAN 40, 7 gotas a la noche: 70

Tiaprizal, **Tiaprizal** [*Tiaprida*]

Becozyme, Tiaprizal, Acfol, Omeprazol, Proderma: 98

**Tiaprizal**: 1 comprimido cada 8 horas: 100

ZYPREXA [*Olanzapida*]

ZYPREXA 2.5 mg: 1 en la cena (DORMIR): 9

neurolépticos (Sinogan)

neurolépticos (Sinogan): 67

11.5.2. Ansiolíticos, sedantes e hipnóticos

Benzodiacepina, Benzodiacepinas, benzodiacepinas, Benzodiazepina [*Benzodiazepinas*]

Benzodiacepina de vida media larga: 188

tratamiento con antidepresivo, Benzodiacepina nocturna: 191

tratamiento con analgesia de tercer escalón y Benzodiacepinas a dosis bajas: 128

episodios de disnea paroxística nocturna, que mejoran con benzodiacepinas (diacepam) o mórfico vo.: 150

no se controla con benzodiacepinas: 172

tto con benzodiacepinas: 283

se le administro Benzodiazepina sin mejoría: 135

11.5.2.1. Benzodiacepinas de acción intermedia-larga

lexatin, LEXATIN, Lexatin [*Bromazepam*]

lexatin 1.5: 0-0-1: 4

LEXATIN 1.5 mg: 1 comp/noche: 4

Regulatens, Zocor, Omeprazol, Lexatin, Airtal y Adiro 300: 58

Lexatin 1.5 mg., 1 comprimido cada 24 h.: 58

TRANXILIUM, Tranxilium, tranxilium, TRANXILUM [*Tranxilium: Clorazepato dipotásico*]

TRANXILIUM 5 mg. 1 comp./ cena: 134

Tranxilium 5 mgr, 1 comprimido en desayuno y otro en cena: 161

Tranxilium 15 mg 0-0-1: 207

tratamiento con Aremis y Tranxilium [por síndrome depresivo ansioso]: 179

tranxilium, insulina: 177

TRANXILUM 5 mg 1 comp. Cada 12 horas: 179

Diacepam, diacepam), DIAZEPAM, Diazepan, DIAZEPAN [*Diazepam*]

Si precisa: Diacepam 5mg 1c/ Sevredol 10 mg 1 c: 150

episodios de disnea paroxística nocturna, que mejoran con benzodicepinas (diacepam) o mórfico vo.: 150

DIAZEPAM 5 mg en desayuno, 5 mg en comida y 10 mg en cena: 1

Diazepan 5 mg.: 3

DIAZEPAN 5 1 Comprimido al día: 3

11.5.2.2. Benzodicepinas de acción corta-intermedia

ALPRAZOLAM, **Alprazolán**, Alprazolán, ALPRAZOLAN [Alprazolam]

ALPRAZOLAM 0,5MG – 1 – VO – Cada 24 horas: 169

ALPRAZOLAM 0,5 ½ comprimido en desayuno y comida (y si ansiedad): 228

**Alprazolán** 0.25 1 comp. en desayuno y comida: 230

tratamiento con: Alprazolán, Decapeptyl trimestral, Parapres y Aremis: 232

ALPRAZOLAN 0,5 mg un comp. por la noche: 232

DORMICUM [*Midazolam*]

DORMICUM: 1 al acostarse: 21

DORMICUN 5 mg, 1 comp. Si insomnio: 287

Si agitación Dormicun 1/2 ampolla subcutánea a las 23:00 horas.: 363

IDALPREN [Idalprem: *Lorazepam*]

IDALPREN: 1/4 en el desayuno y 1/4 en la comida: 147

Lorazepam, LORACEPAN, Lorazepam [Lorazepam]

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteína, Lorazepam y Atarax: 182, 183, 184

LORACEPAN 1 mg cada 24 horas: 185

Loracepan 1 mg. a las 23 h. Sí agitación se puede aumentar Loracepan hasta 4 mg: 370

Lormetacepam, Lormetazepan, **LORMETAZEPAN** [Lormetazepam]

Lormetacepam 2 mg por la noche: 283

Lormetazepam 1mg: 1 comprimido antes de acostarse si precisa por insomnio: 359

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

**LORMETAZEPAN “1 mg”**: 1 comprimido/noche: 183

Tratamiento con ADALAT OROS 30 1.0.0., ZYLORIC 300 0.1.0., HYDREA 500 2.1.2., OMEPRAZOL 20 1.0.0., ANCHAFIBRIN 500 1.1.1., BICARBONATO SÓDICO de 500 1.1.1., LEVOFLOXACINO 1.0.0., IBUPROFENO 600 1.0.1., DUROGESIC 25 1/72 horas, LORMETAZEPAM 0.0.1., TRAMADOL 50 mg. si dolor: 358

midazolam, midazolam sc, midazolam subcutáneo, MIDAZOLAM, Midazolam, Midazolam subcutáneo, Midazolan, Midazolan subcutáneo [Midazolam]

midazolam por la noche: 31

midazolam subcutáneo: 16 ( indica para qué es cada uno)

Si intranquilidad o insomnio Haloperidol 2.5 mg (0.5 cc) y si no cede 5 mg (1 cc) de midazolam subcutáneo

7,5 mg de midazolam sc: 31

Si crisis convulsivas o intranquilidad, MIDAZOLAM 7'5 mg subcutáneo: 31

control sintomático por vía subcutánea por pérdida de la vía oral con Midazolam, Cloruro mórfico, Transtec en parche y Buscapina: 269

una ansiedad que conseguimos controlar por medio de inyecciones de Midazolam: 245

Tratamiento al final de la enfermedad con infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Buscapina y Primperan: 197

infusor de 7 días con Buscapina, Cloruro mórfico, Primperan y la familia acepta colocar, dejando rescates de Midazolam: 199

infusor de Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol, Buscapina y Primperan: 236

infusor que contiene Midazolam, Cloruro mórfico y Buscapina: 266, 269

control sintomático mediante un infusor de Midazolam, cloruro mórfico, Haloperidol y Buscapina: 245

sedación paliativa con Midazolam, Cloruro Mórfico, Buscapina, Primperan y Toradol: 241

dejamos toda la medicación preparada, incluso un infusor con Midazolam y Cloruro mórfico: 273

En últimos momentos y para control de ansiedad, nos vemos obligados a colocar un infusor con Midazolam, Cloruro mórfico, Haloperidol y Buscapina: 282

agitación con Midazolam subcutáneo: 269

un mililitro de Midazolan: 57

un infusor con medicación para siete días, incluía Midazolan, Cloruro mórfico, Metoclopramida, Butilescopolamina: 57

El paciente es resistente a este fármaco y el 31 de Mayo de 2007 se inicia tratamiento con cloruro mórfico y Midazolan subcutáneo: 233

NOCTAMID, Noctamid [*Lormetazepam*]

NOCTAMID 1 mg por la noche: 1

NOCTAMID 1 comp. por la noche: 192, 193

NOCTAMID 1 comprimido por la noche: 196

NOCTAMID 2 mg: 1 comp en la noche: 115

NOCTAMID 1 mg, 1 comprimido a la noche: 181, 263

NOCTAMID 1 mg: 1 comprimido/ noche, si precisa: 14

NOCTAMID 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas al noche: 256

NOCTAMID 2 mg: 1 cp al acostarse: 262

NOCTAMID 0-0-1: 39

Androcur, Sertralina, Noctamid, Omeprazol y Anchafibril y Procrin como venía haciendo hasta la actualidad: 257

Continuar con su tratamiento habitual igual (Metformina, Insulina, Androcur, Noctamid, Sertralina, Omeprazol): 258

Noctamid, 1 comp por la noche: 27

O2 al 31%. Flumil 1 sobre cada 8 horas y Noctamid 2 mg: 1 comp en la noche si precisa: 115

Noctamid: 1 c. a la noche si precisa: 116

Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno).

Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses, Efferaalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 257

Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno): Insulatard innolet: 0-22-10;

Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Noctamid 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas (noche); Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno): 261

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

En tratamiento con Metformina 850: 1 comprimido cada 8 horas; Insulatard innolet: 0-16-12;

Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Disgren: 1 comprimido cada 24 horas; Noctamid 1 mg: 0-0-1; Sertralia: 1 comprimido cada 24 horas: 262, 263

Noctamid 2 mg noche, si precisa: 316

**Noctamid** 1 mg. 1 comp. por la noche: 305

**Noctamid** 1 comp. a la noche: 331, 332, 333

**NOCTAMID** : 1C A LA NOCHE: 326

**NOCTAMID 1mg**: si insomnio: 400

Orfidal, ORFIDAL [Orfidal Wyeth: *Lorazepam*]

Orfidal: 5, 6

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax,

Durogesic: 186

Orfidal, 1 comp a la comida: 246

Orfidal, ½-1/2-1: 278

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0,

Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1,

Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal

0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

Orfidal 1 compr. por la noche: 306, 307

Orfidal 1/2-1/2-1/2.: 390, 391

ORFIDAL: ½ comprimido en la cena: 5

ORFIDAL ½ Comprimido en cena: 6

ORFIDAL: ½ comp. en desayuno, comida: 115

ORFIDAL 1 comp. a la noche: 102

ORFIDAL: 1 comprimido por la noche (dormir): 276

Trankimacin, Trankimazin [Trankimazin: *Alprazolam*]

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac:

282

Trankimacin 0,5 mg gotas (20) cada 8 horas: 283

11.5.2.3. Otros ansiolíticos o hipnóticos no barbitúricos solos

DISTRANEURINE, **Distraneurine** [*Clometiazol*]

DISTRANEURINE: 1 c por la noche: 68

**Distraneurine**: 1 comprimido cada 12 horas: 100

Zolpidem, ZOLPIDEN, Zolpiden [Zolpidem]

Zolpidem: 7



ZOLPIDEN 1 COMP. A LA NOCHE

ZOLPIDEN un comprimido nocturno: 112

Cipralex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5.

Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2: 112

11.5.3. Asociaciones ansiolíticas o hipnóticas

Aneurol [*Diazepam/Piridoxina*]

Coropres 25 y Aneurol ocasionalmente: 246

COROPRÉS 25 1 comp desayuno + ANEUROL ocasionalmente: 247

11.6. PSICOANALÉPTICOS INCLUYENDO PRODUCTOS ANTIPOBESIDAD

11.6.1. Antidepresivos tricíclicos y afines

aremis, Aremis, AREMIS [*Sertralina*]

Toma atacand, moxon 0.2 mg, isodiur, zarator, aremis, Fortecortin de 1mg (3 comprimidos en desayuno): 177

tratamiento con Aremis y Tranxilium [por síndrome depresivo ansioso]: 179

tratamiento con: Alprazolam, Decapeptyl trimestral, Parapres y Aremis: 232

AREMIS 50 1 comp. En desayuno

AREMIS 50 mg un comprimido: 232

Besitran [Besitran: *Sertralina*]

UNIBESITRAN (= BESITRAN)

“UNIBESITRAN: 1 comp/24 horas”: 64

“Besitran 50, 1-0-0”: 202

Casbol [*Paroxetina*]

Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteína, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y Efortil: 279

Trastorno depresivo-reactivo secundario a proceso tumoral, en tratamiento con Casbol: 279

Casbol 20 1 comprimido en el desayuno: 281

Cipralex [*Escitalopram*]

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

Cipralex de 10. Duphalac. Efferalgan. Hemovas 400. Omeprazol. Seguril. Zolpiden de 5.

Sintrom. Insulina NPH 18.-0-2: 112

Cipralex 10 mg ½ comprimido en desayuno: 112

Citalopram, CITALOPRAM

Citalopram 20 mg: 7

CITALOPRAM igual que tomaba en su domicilio: 108

CYMBALTA [*Duloxetina*]

CYMBALTA 60 mg: 1 en el desayuno (DEPRESIÓN): 9

DUMIROX [*Fluvoxamina*]

DUMIROX como venía tomando: 94

Excitalopran [*escitalopram*]

trastorno depresivo por medio de Excitalopran: 269

Esertia [*escitalopram*]

varios cambios en el tratamiento incluso introduciendo neurolépticos y poniendo también

esertia como antidepresivo: 282

**Esertia** 10 mg. 1 comp. por la noche: 305

MIRTAZAPINA, **MIRTAZAPINA**

MIRTAZAPINA 30, (REXER): 1 comprimido al día (cena): 181

**MIRTAZAPINA “30” (Rexer):** 1 comprimido/día (cena): 183

Vastat flas [*Mirtazapina*]

Vastat flas 30 mg., 0-0-1: 390, 391

Prisdal, PRISDAL [*Citalopram*]

Prisdal: 5, 6

PRISDAL 20: 1 comprimido al día: 5, 6

PRISDAL 1 COMP. CADA 24 H.: 7

Rexer, REXER, **Rexer** [*Mirtazapina*]

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0,

Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1,

Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal

0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

MIRTAZAPINA 30, (REXER): 1 comprimido al día (cena): 181

REXER 30mg, 1 comprimido en la cena: 182

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine,

Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax,

Durogesic: 186

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar

0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30

cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

**MIRTAZAPINA “30” (Rexer):** 1 comprimido/día (cena): 183

Seropram, SEROPRAM [*Citalopram*]

Rytmonorm 150, Sinogan, Co-vals, Urbason, Primperan, Hibor 2.500, Daflon, Seropram y Pantecta: 70

SEROPRAM 20, 1 comp/día: 70

SEROXAT, **Seroxat**, seroxat, Seroxat [*Paroxetina*]

SEROXAT 20 1c en desayuno: 228

**Seroxat** 20 1 comp. por la mañana: 230

TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h), seroxat, denubil, humalog 50 (12-12-0), humalog mix 25 (0-0-0) descenso de dosis de dexametasona: 252

Seroxat 20 mg/día: 252

Paroxitina [Paroxetina]

tratamiento actual con Baigafe, Paroxitina Durogesic y Nolotil si dolor: 289

Sertralia, Sertralina, SERTRALINA, sertralina [Sertralina]

“En tratamiento con Metformina 850: 1 comprimido cada 8 horas; Insulatard innolet: 0-16-12; Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Disgren: 1 comprimido cada 24 horas; Noctamid 1 mg: 0-0-1; Sertralia: 1 comprimido cada 24 horas”: 262, 263

Sertralina, Zoladex trimestral, Casodex 50, Termalgin ocasionalmente, hipnóticos: 219

Androcur, Sertralina, Noctamid, Omeprazol y Anchafibril y Procrin como venía haciendo hasta la actualidad: 257

Continuar con su tratamiento habitual igual (Metformina, Insulina, Androcur, Noctamid, Sertralina, Omeprazol): 258

Androcur (1-1-1) Acfol (0-0-1); Metformina 850 (1-1-1) Detrusitol 4 (0-0-1); Cepradal (1-0-0); Sertralina 30 mg (1-0-0); Noctamid 1 mg (0-0-1); Anchafibrin (1 ampolla bebible cada 8 h); Procrin trimestral IM; Insulina NPH (15-0-12); Insulina rápida si precisa: 256

Metformina 850: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno); Insulatard innolet: 0-22-10;

Androcur 50: 1 comprimido cada 8 horas; Noctamid 1 mg: 1 comprimido cada 24 horas (noche); Sertralina: 1 comprimido cada 24 horas (desayuno): 261

SERTRALINA: 1 cp en De: 262

SERTRALINA: 1 comprimido cada 24 horas: 263

SERTRALINA 30 mg: 1 comprimido cada 24 horas: 256

Tto: METFORMINA 850 1 comp./8 horas. INSULATARD INHOLET NPH 0-30-15.

ANDROCUR 50 1 comp. / 8 horas. NOCTAMID 1 mg. 1 comp. /24 horas (noche).

SERTRALINA 50 mg. 1 comp/24 horas (desayuno). OMEPRAZOL 20 1 comp / 24 horas.

ANCHAFIBRIN 1 ampolla bebida cada 8 horas. PROCRIIN trimestral 1 inyección IM. cada 3 meses, EFFERALGAN si dolor, INSULATARD 0-0-15.: 259

SERTRALINA, 1 comprimido en el desayuno: 341

Noctamid 1 mg. 1 comp. cada 24 h. (noche), sertralina 50 mg. 1 comp/24 h. (desayuno).

Omeprazol 20 1 comp 24 h. Anchafibrin 1 ampolla bebida cada 8 horas, procrin trimestral 1 inyección Im cada 3 meses, Efferaalgan si dolor, Insulatard 0-0-15: 257

**Triptizol**, TRYPTIZOL, Triptizol, TRIPTIZOL [Triptizol: *Amitriptilina*]

**Triptizol 25** 1 comp. por la noche: 230

TRIPTIZOL 50, 1 comp. por la noche: 311

TRYPTIZOL 25: 2-1-2: 73

TRYPTIZOL 25 1c en cena: 228

Inemed Retard: 2-1-2. Triptizol 25: 2-1-2. Proscard: 0-0-1: 74

11.6.2. Psicoestimulantes

Rubifen [*Metilfenidato*]

Rubifen 10 miligramos: 52

11.6.3. Tónicos del sistema nervioso central

denubil [Deanol pidolato + heptaminol CIH]

TTO: fortecortin en pauta descendente (4 mg/12 h), seroxat, denubil, humalog 50 (12-12-0), humalog mix 25 (0-0-0) descenso de dosis de dexametasona: 252

11.7. OTROS PRODUCTOS PARA EL SNC. Otros fármacos para el sistema nervioso, incluyendo anticolinesterásicos

Remynil [Reminyl: *Galantamina*]

Nitroderm, Digoxina, Oncosal, Dilutol, Coversil, Remynil, Cipralex, Adiro y Omeprazol: 189

Rilutec [Rilutek: *Riluzol*]

en tratamiento con Rilutec: 235

## 12. APARATO RESPIRATORIO

12.1. DESCONGESTIONANTES Y ANTIINFECCIOSOS NASALES. Corticoides nasales tópicos

Flixonase [*Fluticasona* tóp nasal]

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagastra, Aerius, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

12.2. ANTIASMÁTICOS

12.2.1. Beta2-agonistas selectivos

Foradil [*Formoterol*]

tratamiento con Miflanide y Foradil en caso de disnea: 173

Salbutamol [*Albuterol*]

tratamiento a base de ATB amplio espectro, broncodilatadores tipo Salbutamol, bromuro de Ipratropio, reposición sanguínea: 66

Terbasmin turbuhaller [Terbasmin Turbuhaler: *Terbutalina*]

Terbasmin turbuhaller si precisa: 151

VENTOLIN, Ventolin, Ventolín, VENTOLIN INH. [*Salbutamol*]

VENTOLIN: 2 inhalaciones cada 6 horas: 14

MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas: 115

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagastra, Aerius, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

Isodiur 5 mg, Hemovas 600 mg, Atrovent, Ventolin y Pulmicort: 238

Atrovent, Ventolin y Pulmicort: igual: 238

Adiro-100: 1 comp/día. Omeprazol: 1 comp/día. Atrovent y Ventolín inhalados. Pulmicort.

Normovas: 1 comp cada 12 horas e Isodiur: 1 comp/día: 240

VENTOLIN INH.: 1-1-1: 239

VENTOLIN, 1 inhalación cada 8 horas. Puede repetir en caso de disnea: 311

#### 12.2.2. Anticolinérgicos

**ATROVENT**, **Atrovent**, Atrovent, ATROVENT, atrovent, ATROVENT INH, Atrovent inhalador [Atrovent: *Ipratropio*, *bromuro*]

**ATROVENT**: 3 inh./8-6 horas (en cámara volumatic): 183

**Atrovent** inhalador 2 inhalaciones cada 6 horas: 20

**Atrovent**: 2 inhalaciones cada 8 horas: 211

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagastra, Aerius, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

Isodiur 5 mg, Hemovas 600 mg, Atrovent, Ventolin y Pulmicort: 238

Atrovent, Ventolin y Pulmicort: igual: 238

Adiro-100: 1 comp/día. Omeprazol: 1 comp/día. Atrovent y Ventolín inhalados. Pulmicort.

Normovas: 1 comp cada 12 horas e Isodiur: 1 comp/día: 240

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

Diltiazem Retard 120/12 h., Lanirapid/24 h.; Zyloric 100 1/24 h, Lofton 150 1/12 h,

Carbamacepina 300 1/24 h, Atrovent 3/8 h, Sintrom/ 24 h., Sutril Neo 10/24 h., Duphalac/ 12 h.; Unibenestán 100/ 24 h.; Procrin Depot, IM/ trimestre, O2 gafas nasales 2 L/m, etc.: 141

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera: 150

Atrovent 2 inh cada 6 horas: 283

se asocia atrovent y flumil: 283

ATROVENT inhalado: 2 inhalaciones con desayuno, comida y cena (RESPIRACIÓN): 9

ATROVENT: 2 inhalaciones cada 6 horas: 14

ATROVENT i inhalación cada 6 horas: 22

ATROVENT 2 inhalaciones/6 h.: 56

ATROVENT, 4 inhalaciones/6 h. (hasta acabar) y proseguir con SPIRIVA HANDIHALER, 1 cápsula inhalada/día: 66

ATROVENT, 3 inh./ 8-6 horas: 141

ATROVENT: 3 inh/ cada 8 h.: 142

ATROVENT -2 inhalaciones/6 horas, en cámara volumatic: 182

ATROVENT nebulizaciones tal como lo hacía antes del ingreso: 185

ATROVENT INH: 1-1-1: 239

bromuro de ipatropio, bromuro de Ipratropio [Ipratropio, bromuro]

tratamiento a base de ATB amplio espectro, broncodilatadores tipo Salbutamol, bromuro de Ipratropio, reposición sanguínea: 66

Tratado al ingreso en urgencias con Seguril y oxigenoterapia y posteriormente bromuro de ipatropio nebulizado, amoxi-clavulanico, corticoide iv, sueroterapia y su tratamiento habitual: 181

Spiriva, **SPIRIVA**, SPIRIVA [*Tiotropio, bromuro*]

Spiriva: 5

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183, 184

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

Trinipatch 10 mg cada 24, Seguril cada 24 h., Adiro cada 24 h., Omeprazol cada 24 h. Avidar 0,5 cada 24 h., Micefrono 1 ml cada 8 h., Pentoxifilina 1 c/12 h, Spiriva cada 24 h., Rexer 30 cada 24 h., Orfidal 1 mg/24 h.: 187

**SPIRIVA** 1 cápsula inhalada cada 24 horas: 80

SPIRIVA: 1 cápsula al día: 5

SPIRIVA 18 mcg Handihaler 1 Cápsula inhalada al día: 6

SPIRIVA: 1 inhalación/24 horas: 64

ATROVENT, 4 inhalaciones/6 h. (hasta acabar) y proseguir con SPIRIVA HANDIHALER, 1 cápsula inhalada/día: 66

### 12.2.3. Corticoides por inhalación

Inalacor [*Fluticasona*]

Ventolin, Atrovent, Inalacor, Eutirox, Anagasta, Aeries, Flixonase y Termalgin codeína a demanda: 124

Miflanide [Miflonide: *Budesónida*]

tratamiento con Miflanide y Foradil en caso de disnea: 173

Pulmicort, PULMICORT INH [*Budesónida*]

Isodiur 5 mg, Hemovas 600 mg, Atrovent, Ventolin y Pulmicort: 238

Atrovent, Ventolin y Pulmicort: igual: 238

PULMICORT INH: 1-0-1: 239

Adiro-100: 1 comp/día. Omeprazol: 1 comp/día. Atrovent y Ventolín inhalados. Pulmicort.

Normovas: 1 comp cada 12 horas e Isodiur: 1 comp/día: 240

Pulmicort turbuhaller [Pulmicort Turbuhaler: *Budesónida*]

Pulmicort turbuhaller 400 1 inhalación cada 12 horas: 143

Pulmicort turbuhaller 400 1 inhalación cada 12 horas. Durante 5 días: 151

### 12.2.4. Otros antiasmáticos sistémicos incluyendo mantelukast

Fluidasa [*Mepiramina acefilinato*]

tratamiento con Fluidasa y Tavanic: 120

### 12.2.5. Asociaciones antiasmáticas

PLUSVENT (SERETIDE), Plusvent 50/500, PLUSVENT 50/500 [*Salmeterol + fluticasona*]

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

PLUSVENT 50/500: 1 inhalación/12 horas: 64

PLUSVENT (SERETIDE) “50/250”, 2 inhalaciones/12 h. (hasta acabar y proseguir con

PLUSVENT, Accuhaler “50/500”, 1 inhalación/12 h.: 66

RILAST TURBUHALER, RILAST Turbuhaler, Rilax [Rilast Turbuhaler: *Budesónida + formoterol*]

Rilax: 5

RILAST TURBUHALER: 1 inhalación desayuno y cena: 5

RILAST Turbuhaler 9/320 1 inhalación cada 12 horas, efectuará enjuagues bucales con agua después de su uso: 6

Seretide, SERETIDE, **SERETIDE** [Salmeterol + fluticasona]

Seretide 25/250 c/12 h.: 14

PLUSVENT (SERETIDE) “50/250”, 2 inhalaciones/12 h. (hasta acabar y proseguir con PLUSVENT, Accuhaler “50/500”, 1 inhalación/12 h.: 66

SERETIDE “25/250”, 2 inh./ 12 horas: 141

SERETIDE 25/250: 1 inhalación cada 12 horas (en cámara volumatic): 181

SERETIDE 25/250, 2 inhalaciones cada 12 horas, en cámara volumatic: 182

**SERETIDE 25/250**: 2 inh./12 horas (en cámara volumatic): 183

**SYMBICORT FORTE** [Symbicort Turbuhaler: Budesónida + formoterol]

**SYMBICORT FORTE** 1 inhalación cada 12 horas: 80

tratamiento con Omeprazol, Urolosin, Metotrexate semanal intramuscular 10 mg., Acfol, Diamben 850 1 comp. con el desayuno, Digoxina 1 comp. al día, Adiro 1 comp. al día, Inhaladores: Symbicort TBH: 301

Symbicort TH 1 cada 12 horas: 398

### 12.3. ANTIGRIPALES Y ANTITUSÍGENOS

#### 12.3.1. Mucolíticos y expectorantes solos o en asociaciones no antibióticas

Acetilcisteína, Acetilcisteína

seguril cp 1-0-0, aldactone 100 0-1/2-0, Omeprazol 20 mg 0-0-1, Febrectal 650 1,5-1,5-1,5, Diafusor 10 mg 1-0-0, Cozaar 50 mg 1-0-0, Lanirapid 1-0-0 días alternos, Acetilcisteína 200 mg 1-0-1, Atrovent inh/ 6 h, Amaryl 2 mg 1-0-0, Duphalac si precisa, Dacortin 30 mg 1-0-0, O2 a 2 l/min, Uniket, norvas, plavix suspendidos a partir de la fractura de cadera

Acetilcisteína 1 sobre/8h: 150

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteína, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteína, Lorazepam y Atarax: 184

Tratamientos médicos con Casbol, Dacortin, Acetilcisteína, Dilutol, Micostatin, Omeprazol y Efortil: 279

ACETIL CISTEINA 200 mg: 1 sobre cada 8 horas: 185

Fluimucil, FLUIMUCIL [*Acetilcisteína*]

Fluimucil: 6, 14

FLUIMUCIL 1 Sobre cada 12 horas: 6



FLUIMUCIL: 1 sobre / 8 horas: 14

FLUIMUCIL sobres 1 cada 8 horas (1 en desayuno, 1 en comida y otro en cena): 276

FLUMIL, Flumil, flumil, FLUMIL ORAL, **FLUMIL ORAL**, Flumil oral forte, FLUMIL sobres [*Acetilcisteína*]

FLUMIL sobres 200 MG – 1 sobre a la noche: 22

FLUMIL: 1 sobre cada 8 horas: 115

FLUMIL, 1 sobre cada 12 horas: 182

Flumil: 56

tratamiento con Unibsitron, Ferplex, Seguril, Spiriva, Plusvent 50/500, Duphalac, Omeprazol, Flumil, Prednisona en pauta descendente: 64

O2 al 31%. Flumil 1 sobre cada 8 horas y Noctamid 2 mg: 1 comp en la noche si precisa: 115

Flumil 600 1 comp cada 24 horas: 143

Tratamiento actual con Seguril, Boi-K, Omeprazol, Atrovent, Codeisan, Flumil, Durogesic, si más dolor Nolotil o Paracetamol, Lormetazepan, Trankimazin 0'5, Primperan y Duphalac: 282

Flumil 1 sobre cada 8 horas: 374

se asocia atrovent y flumil: 283

FLUMIL 1 sobre cada 8 horas: 287

FLUMIL ORAL, 1 sobre/ 12 horas: 141

FLUMIL ORAL, 1 sobre cada 12 horas: 181

**FLUMIL ORAL**: 1 sobre/12 horas: 183

FLUMIL oral, 1 sobre/12 h.: 66

Flumil oral forte 1 comprimido al día: 283

MUCOFLUID [*Mesna, mucolítico*]

MUCOFLUID 1 cc + VENTOLIN 0.5 cc + 2 cc de SUERO FISIOLÓGICO NEBULIZADOS cada 8 horas: 115

12.3.2. Antitusígenos solos

Romilar [*Dextrometorfano*]

cuadro de tos seca residual a la bronquitis que se resuelve con Romilar: 40

tratamiento con Romilar: 40

12.4. ANTIHISTAMÍNICOS H1 VÍA GENERAL . Antihistamínicos H1 vía sistémica solos

Atarax, ATARAX, **ATARAX**, ATARAX -25 mg [*Hidroxizina*]

en tratamiento con Rifinah, 2 comp. en el desayuno.... Trinipatch 10 mg., Avidar, Colchicine, Pentoxifilina, Seguril, Norvax, Urinorm, Adiro, Boi K, Omeprazol, Rexer, Orfidal, Atarax, Durogesic: 186

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 182, 183

Spiriva, Durogesic, Avidart, Omeprazol, Adiro 100, Aldactone A, Seguril, Hemovas, Acetilcisteina, Lorazepam y Atarax: 184

Oxígeno domiciliario a flujo de 5 l/min, Trinipatch 10 mg 1-0-0, Avidart 0.5 1-0-0, Colchicine 1-0-0, Pentoxifilina 400 mg 1-0-1, Seguril 40 Mg 1-0-0, Norvas 5mg 0-0-1, Urinorm 100 ½-0-0, Adiro 100 0-1-0, Boi K 0-1-0, Omeprazol 1-0-0, Rexer 30 0-0-1, Orfidal 0-0-1, Atarax 0-0-1, Durogesic 25 mg 1+1/2 Cada 72 h.: 181

ATARAX: 1 comprimido si prurito (noche): 181

ATARAX, 1 comprimido si prurito: 182

**ATARAX**: 1 comprimido si prurito (noche): 183

ATARAX -25 mg: 1 comp cada 24 horas: 185

POLARAMINE [*Dexclorfeniramina*]

POLARAMINE: 1 comp. en la cena: 22

Medicación: POLARAMINE 1 C/ 8 HORAS 3 DÍAS, POLARAMINE 1 C/12 HORAS 3 DÍAS Y SUSPENDER, al haber presentado durante el postoperatorio reacción alérgica cutánea: 104

Zyrtec [*Cetirizina*]

alergia a las gramíneas en tto con Zyrtec: 168

tto con Zyrtec: 169

Mucosan Retard [*Ambroxol*]

TTO: Portador de gastrostomía 20 F (recambio 08/06/07), lederfolin 1-1-1, tegafur 400 3-0-0, amaryl 2 mg 1-0-0, dianben 850 0-0-1, nexium 40 1-0-0, mucosan retard 1-0-0, adiro 100 1-0-0: 383

### 13. VARIOS

#### 13.1. OTROS PREPARADOS TERAPÉUTICOS

##### 13.1.1. Fármacos empleados en intoxicaciones

ACETIL CISTEINA (véase 12.3.1)

Silimarina

Nicerium 1-0-1, Isodinit 1-0-1, Enalapril ½-0-0, Gliben clamida ½-0-0 y Silimarina 1-1-1: 96

##### 13.1.2. Fármacos para alteraciones de la mineralización ósea

Bifosfonatos [Bisfosfonatos]

tratamiento con quimioterapia (Carboplatino, Taxol y Etoposido) y Bifosfonatos: 125

Acido Zoledrónico, ácido zolidrónico, ácido zolidrónico y calcio [Ácido Zoledrónico]

tratamiento con Acido Zoledrónico y analgesia: 274

ácido zolidrónico y calcio: 168

se controló de manera aceptable el dolor con analgésicos menores y administración de ácido

zolidrónico y calcio: 169

Actonel [Ácido Risedrónico]

Actonel semanal: 7

Novamix 16 U-0-10 U. Novonorm: 2 mg en comida. Zarator: 1 comprimido en cena. Actonel.

Glumida 100: 1 comprimido en cena. : 86

Fosamax, **FOSAMAX**, Fosamax [Ácido Alendrónico]

alergia a Fosamax: 135

### **ALERGIA A FOSAMAX: 136**

**Fosamax** 1 comp. 1 vez a la semana: 220

Tto habitual (fosamax y calcio + vitamina D): 295

Zometa, ZOMETA [Ácido Zoledrónico]

tratamiento con Zometa y Tarceva que tomó durante 20 días y lo suspendió por diarrea: 78

Actualmente en tto<sup>o</sup> con Zometa: 122

INICIAR MELFALAN PREDNISONA + ZOMETA: 122

tratamiento con Quimioterapia con Carboplatino, Taxol, VP16 y Zometa, del que ha recibido 3 ciclos, último el 17 de enero de 2.006: 126

en tto con Zometa: 168

EN TTO CON ZOMETA: 169

tto con Zometa: 169

Tomar 1 comp. al día y Zometa mensual: 191

tratamiento con Femara 1 cp/día y Zometa mensual: 192

tratamiento con Femara 1 cp/día y Zometa mensual: 193

Rechazó el tratamiento de radioterapia cerebral por alopecia y se le puso tratamiento con

Zometa y corticoides: 269

NUTRICIÓN:

NUTILIS NUTRICIA

NUTRILIS NUTRICIA 225 GR.: 283

Clinutren, CLINUTREN

Clinutren diabetes 200 ml/24h: 150

CLINUTREN 1.5 cada 24 horas: 196

Pantecta 40, Fortecortin 4 mg. en ampollas, 1-1/2.1. Fortasec si diarrea, Septrim forte 1.0.1  
lunes y viernes. Batmen, Hibor 3500 cada 24 horas y Clinutren diabéticos.: 251

FORTICARE

FORTICARE 30 briks de 125 ml: 1 batido cada 24 horas: 147

ISOSOURCE

ISOSOURCE vainilla: 1 cada 12 horas: 276

MERITENE, Meritene, MERITENE COMPLET, Meritene E

MERITENE 250 cc. al día: 31

Se puede dar suplementos dietéticos tipo MERITENE: 219

Meritene 1 frasco cada 12 horas: 58

MERITENE COMPLET “250” ml.: un envase/12 horas, hasta normalización proteica en  
próximos controles analíticos: 66

Meritene complet 250 ml, 2 envases al día: 173

## ANEXO CON LAS DATACIONES IMPRECISAS

### o Periodo de días:

en 10-15 días (153); en unos 12-15 días (12); ... en 10 días. El día anterior a la consulta (260); en el plazo de 15-20 días (68); en un plazo de 5 días (151); en el plazo de 15-20 días en función de evolución clínica (259); En los dos-tres días siguientes (117); En los primeros días del postoperatorio (106, 254); en los próximos días (221, 252).

En la última transfusión hace 10 días (64); en los 3 últimos días (19); En los últimos 8 días (30); en los últimos 15 días: 122; En los últimos 15 días: 252; en los últimos 7-10 días: 280; en los últimos 20 días.... (2004): 150; en los últimos 2-3 días: 21; En los últimos dos días: 177; en los últimos días: 58, 64, 100, 134, 173, 192, 193, 259; En los últimos días: 102.

En especial el día del alta: 145

el día del ingreso: 49, 124, 145; El día del ingreso: 56, 215, 224, 238, 261; El día previo al ingreso: 86, 256; el día previo al ingreso: 261, 262; el día anterior al ingreso: 186; el día de su ingreso: 198; el día previsto: 182; el día citado: 184; El día previo al ingreso por la tarde: 262, 263

El día 13 de dicho mes: 48; el día de ayer: 97; el mismo día de tramitar la solicitud: 214, 223; el primer día: 254; el día de la fecha: 281

desde hacía dos días: 48; desde hace 2 días: 80; desde hace 4 ó 5 días: 126; desde hace unos 10 días: 94; desde hace unos 15 días: 12; desde hace 15 días y deposiciones melénicas los últimos 4 días: 211; desde hace varios días: 215, 224; desde hace 3-4 días: 250; Desde hace aprox. 20 días: 244; desde hace unos 15 días: 12

Desde 15 días previos: 168, 169; ITU en tto antibiótico desde 2 días antes del ingreso: 280

hace tres días: 45; hace 4 días: 168; hace 10 días: 29; Ingresado hace 15 días: 56; Imagen similar a la de hace 15 días: 56; aproximadamente hace 15 días: 76; hace unos días: 207

Durante los primeros 3 o 4 días: 43; durante los 4-5 primeros días de su ingreso: 84; Durante los primeros días de julio: 130; Durante los primeros 3 o 4 días: 160; durante 14 días: 1; durante 20 días: 78; durante los últimos 7-10 días antes del ingreso: 74; Durante los siguientes 20 días: 217

ALTA: en el día de la fecha: 62; es dado de alta en el día de la fecha: 81; ALTA: en el día de la fecha: 175

a los 8 días del ingreso: 230; Los primeros días del ingreso: 232; La noche previa al ingreso: 250; Dos días previos al ingreso: 261; dos días previos al ingreso: 112; días previos al ingreso: 194; la noche previa la ingreso (error por al): 118; previamente al ingreso: 261; La madrugada del primer día de ingreso: 262, 263; La mañana del ingreso: 118, 189; A los pocos días de ingreso en nuestra Unidad: 101; unos 3 días antes del día de la cita: 12

el próximo 10 a las 11:30 horas: 83; Fallece ese mismo día tras la última visita: 233; Como no revierte el flutter el día 21: 138; Ultimo ciclo de QT 4 días antes: 169; empeoramiento en pocos días: 199

c/2-3 días: 14; 3 días de evolución: 16; (1-2 días): 20; aproximadamente dentro de 15 días: 25; 5 días: 27; 28 días: 27; x 5 días: 27; de unos días de evolución: 166; cada uno o dos días: 41; cada 2-3 días: 71; (derecha hace 15 días): 43; estreñimiento de cinco días de evolución: 48; Estreñimiento de 1-2 días: 279; Febrícula de 3-4 días de evolución: 53; medicación para siete días: 57; de últimos días: 72; ese mismo día por la noche: 114; de 10 días de evolución: 116; de 4 ó 5 días de evolución: 137; de 15 días de evolución: 142; varios días de evolución: 145; estreñimiento de 2 ó 3 días: 199; cuadro de varios días de evolución: 214, 223; Tras 5 días afebril: 230; vómitos de tres días de evolución por la mañana: 234; Un cuadro de 3 días de evolución: 240; a partir del tercer día: 254; Después del tercer día: 254; una o dos veces al día: 254; aproximadamente cada 10-20 días: 256; Estreñimiento de 3 ó 4 días de evolución: 266  
 reposo el primer día: 160; mejoría en los 4 primeros días: 163; Ese mismo día: 168; unos días antes: 181; al día siguiente: 187; los primeros días: 228; HA RECIBIDO DÍA 1 DEL PRIMER CICLO: 230; retirar punto el día 12: 247  
 uno de los días: 142; 15 días antes del ingreso: 30; 10 días antes de su ingreso: 42; Ocho días antes de su ingreso: 220; 4 ó 5 días antes del ingreso: 137; Quince días antes del ingreso: 142

- o **Periodo semanal:** en las últimas 2 semanas: 49; en las últimas semanas: 56; en la última semana: 58, 64; En las últimas semanas: 183; en dos semanas: 133; Desde una semana antes: 47; desde 2-3 semanas previas al ingreso: 272; (cada 2-6 semanas): 63; (cada 2 a 6 semanas): 64; hace 1 semana: 10; Hace una semana....: 186; hace una semana: 187; primera dosis del primer ciclo hace una semana: 230; y un episodio de rectorragia hace 1 semana: 246; durante dos semanas: 126; Tras ser dada de alta, a las tres semanas, ...: 207; una semana antes del ingreso: 86, 124; durante el fin de semana: 273; de una semana de evolución: 88, 239; de 1 semana de evolución: 103; 1 semana de evolución: 181; Una semana de evolución: 62; de unas semanas de evolución: 246; lleva una semana: 57; Una semana después: 188; para dentro de 1 semana: 103
- o **Periodo de meses:** en dicho mes: 52; en aproximadamente 1 mes: 74; En los siguientes meses: 119; en estos 3 meses: 127; en este mismo mes: 199; en el plazo de dos meses: 252; en los últimos 4 meses: 18, 19, 37; en los últimos meses: 124, 219, 242; en los últimos dos o tres meses: 238; En estos últimos meses: 166; desde hace 4 meses: 20; Desde hace 3-4 meses: 37; desde hace meses: 58; desde hace al menos dos meses: 149; desde hace un mes: 158; desde hace unos meses: 166; Desde hacia 2 meses previos: 168; Desde hacía 2 meses previos: 169; Desde hace aproximadamente un mes y medio: 238; Desde hace aprox. dos meses: 244; Desde hace 1 mes: 246; Desde hace meses: 261; desde hace tres meses: 270; Desde hace un mes: 285; desde un tiempo de 1 a 2 meses: 219; hasta hace 10 meses: 98; hasta hace 2-3 meses aproximadamente: 119; hace 1 mes: 1, 2; Hace 1 mes: 86; hace un mes...y hace 4 días: 148; hace un mes: 3; hace 2 meses: 85; hace unos 2 meses: 58; que hace 2 meses: 166; hace aproximadamente 2 meses: 25; hace dos meses: 267; hace 6 meses: 68, 280; diagnosticada hace 6 meses: 279; hace unos meses: 166; 1 ó 2 meses: 7; Los siguientes tres meses: 40; de

mes y medio de evolución: 98, 99; de un mes de evolución: 104, 238; de dos meses de evolución: 166; de 2 meses de evolución: 166; unos 4 meses de evolución: 196; de 5 meses de evolución: 110; de 6 meses de evolución: 239; de 5-6 meses de duración: 280; un mes después: 184; dentro de un mes: 220; 1 ó 2 meses: 7; Un mes antes del la consulta..., unos días antes del ingreso.....: 110

- **Periodo de años:** en la infancia, aproximadamente a los 4 años de edad: 243; en la infancia aprox. a los 4 años de edad: 244; en el último año: 117; en los últimos años: 274; Desde hace años: 243, 244; desde hace años: 191, 192, 193, 246, 274; desde hace 1 año: 14; Desde hace un año: 38; desde hace un año: 247; Desde hace un año... y desde hace aproximadamente 20-30 días antes del ingreso: 213; No revisiones ginecológicas desde hace 2 años: 246; desde hace 3 años: 198; desde hace 4 años: 166; desde hace 6 años: 86; desde hace unos 12 años: 94; desde hace 18 años: 137; desde hace 20 años: 7, 83, 85; desde hace 30 años: 82, 83, 84, 85; Desde hace años: 243, 244, 246; desde hace años: 274; desde hace muchos años: 243; Desde hacía 1 año: 42; desde hacía 2 años: 34; L.C.F.A. desde hace unos 7 años: 182, 183; Mamografías periódicas hasta hace 2 años: 246; hasta hace 4 años: 14; Exfumador de unos 2 paquetes al día hasta hace 10 años: 49; Mamografías periódicas hasta hace 2 años: 246; hasta hace 4 años: 14; Exfumador de unos 2 paquetes al día hasta hace 10 años: 49; exfumador hasta hace 12 años: 103; (hasta hace unos 7 años): 141; hace 1 año: 80, 84, 215; Hace 1 año: 219; hace menos de 1 año: 33; hernia de hiato hace 1 año: 224; hacía unos o dos años: 192; hacia unos o dos años: 193; hace dos años: 67, 68, 135, 136; hace 2 años: 5, 190; hace 3 años: 160, 161, 192, 193; Angina de pecho hace 3 años: 180; hace 3-4 años: 184, 187; hace 4 años: 119, 163, 182, 183, 184, 187; Infartos cerebrales hace 4 y 8 años: 211; hace 8 y 4 años: 213; hace 5 años: 162; hace 6 años: 227; hace seis años: 233, 234; Valvulopatía aórtica hace 6 años: 49; hace 6/7 años: 117; ACV hace 8 años: 50; hace 10 años: 4, 190, 192, 193; hace unos 10 años: 118; hace más de 10 años: 137; hace 12 años: 5; Hernia inguinal izquierda hace 12 años: 49; hace 15 años: 125; hace 15 año: 126; hace aprox. 15 años: 127; hace 15-16 años: 7; hace 16 años: 188, 189; hace 17 años: 93, 94; hace 18 años: 34; hace 20 años: 3, 167, 196, 254; hace más de 20 años: 36, 37, 256; Hace más de 20 años: 148; (hace más de 20 años el último episodio): 259; (hace más de 20 el último episodio): 261, 262, 263; hace unos 20 años: 255; hace aproximadamente 20 años: 168, 169; Ca de mama hace 30 años: 215, 224; hace más de 40 años: 122; hace 40 años: 190; hace 54 años: 3; (hace 3-4 años): 182, 183; IAM hace años: 239; Cirugía gástrica hace años: 273, 274; hace años: 275; Durante todo el año 2006: 40; Durante este año ingresos mensuales: 182; Durante estos años: 197; Durante estos 2 años y medio: 277; DM tipo 2 de 20 años de evolución: 84; Hernia inguinal izquierda hace 2 años: 137; 2 IAM hace 20 años: 161; LCFA de años de evolución: 180, 184; Ca de mama hace 30 años: 215; Menarquia: 13 años: 246; Tabaquismo durante 40 años: 251, 252; IAM hace 20 años: 159; FUR: 47 años; 4 embarazos, 4 partos, lactancia: 1 años: 246; a los últimos años: 177; Este mismo año: 228M; Ese mismo año: 230; lleva muchos años: 100; Lleva 4 años: 255; de años de evolución: 92, 109; de al menos 10 años de evolución: 158; Historia de 1 año de evolución:

246; A los 59 años: 5; a los 52 años: 36; a los 80 años: 36; con más de 80 años: 37; a los 50 años: 62

- Otros sintagmas temporales:

en dos ocasiones: 34, 35, 105; En dos ocasiones: 167; 2 intervenciones: 42

En el momento actual: 150, 232, 269, 279; EN EL MOMENTO ACTUAL: 213; en el momento actual: 242; con fecha de hoy: 66; hasta la fecha actual: 124; Hasta ahora: 285; en la actualidad: 200; diariamente: 149; ACTUALMENTE: 221; Actualmente: 273; Ingresa actualmente.....: 204; RMN actual: 252; Recientemente.....: 274; se le aportaran en este momento: 179

En el momento del alta: 250; a fecha de alta: 113; el día que se le indicó en el momento del alta: 179

en el momento de la endoscopia: 262, 263

En el momento del ingreso: 250; en el momento del ingreso: 232; En el día del ingreso: 73; Desde el ingreso: 261; Durante su ingreso: 116; Durante el ingreso: 118; durante el ingreso: 263; Durante su ingresa: 281; Al ingreso....: 208, 228; A su ingreso: 115; antes de este ingreso: 201, 209, 284

en últimos momentos: 197; hasta el momento final de agonía: 236; hasta el final: 269

en la fecha que se le indica en el informe: 43, 104, 106, 254, 284; en la fecha indicada en la tarjeta de citación que se adjunta: 43, 104, 106; **en la fecha indicada en la tarjeta de citación que se adjunta**: 284; en la fecha indicada en la tarjeta de citación: 254; en el día de la fecha: 65, 260; en las fechas indicadas: 85, 113, 201, 209, 237, 285; en la fecha indicada: 173; en próximas fechas: 106, 254, 284; hasta la fecha: 239, 268; Recibirá el Informe Clínico Definitivo en próximas fechas: 43; 100

- Otros más inespecíficos:

(en primera visita): 188, 231; en la primera visita: 44, 75, 231; En la primera visita: 41, 46, 48, 50, 52, 63, 67, 69, 72, 117, 120, 130, 132, 135, 139, 159, 188, 191, 227; En la segunda visita: 245; En nuestras primeras visitas: 217; En las dos siguientes visitas: 159; previo a la primera visita: 195; primera visita: 97, 170; primera visita domiciliaria: 107; primera visita domiciliaria: 114; (primera visita): 229; Se hace la primera visita: 235; Desde la primera visita: 163

previas del año 98: 148; Los días previos: 118

situación de últimos días: 69, 75, 101, 117, 120, 135, 139, 163, 180, 222, 229; SÍNDROME CONFUSIONAL DE ÚLTIMOS DÍAS: 125; SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS: 176; situación últimos días: 217

entre las 9 de la mañana y las 9 de la noche: 265; esta noche: 121; todas las mañanas: 149; por las tardes: 243; nicturia 3-4 por noche: 248; Nicturia 4-5 por noche: 253

Durante este tiempo: 244

TBC pulmonar en la infancia: 277, 278; de joven: 190



INFARTOS CEREBRALES ANTIGUOS: 213

Ca posterior a la intervención: 219

Valorado ayer.....: 186; ayer: 121, 261

a corto plazo: 121

antes de ser hospitalizado: 254

Asimismo en dicho periodo.....: 163

## ANEXO DE LOS PORCENTAJES

### Hematocrito:

Hematocrito 26%: 4 / Hematocrito 25.6%: 4 / Hematocrito 33%: 4 / Ht° 48%: 5 / Ht° 44%: 6 / Hematocrito 30.4%.: 4 Ht° 48%: 5 / Ht° 44 %: 6 / Hto 35.2%: 10 / Hcto 19.9%: 12 / Ht° 34,8%: 14 / Hematocrito 29.4%: 22 / Hematocrito 29.9%: 22.1 / Hto 25%: 22.2 / Hematocrito 32.3%: 18 / Hematocrito 24%: 45 / 37.6% hematocrito: 47 / Hto: 22%: 66 / Hto: 16,2%: 66 / Hto: 33%: 66 / 31.6% de hematocrito: 68 / hematocrito 18.7%: 73.1 / Hto 26.6%: 74 / Hto 40%: 76.1 / Ht° 38%: 80 / Hto 44%: 86 / hematocrito 25'1%: 93.1 / hematocrito 35'9%: 95 / Hto 37%: 100 / 28% hematocrito: 103 / Ht° %: 116.1 / Hto 36%: 118 / Hematocrito: 29.1%: 132 / Hto 30.7%: 119 / Hto 34%: 118 / Hto 36%: 136 / Hto 36%: 136 / Ht° 39%: 141 / Hcto 37%: 142 / Hcto de 28%: 148 / hcto 32.5%: 168 / Hcto 26.5%: 169 / Hcto 40.2%: 169 / hematocrito 37.6%: 179 / Hematocrito 29.7%: 181 / Ht° 27'5%: 181 / HCto. 31.3%: 182 / HCto: 30.1%: 182 / Ht° 25%: 183 / Ht° 32%: 183 / Ht° 28%: 183 / Hcto:33.3%: 193 / Hcto 29.3%: 194.2 / Hto: 27 %: 200 / Hto 36%: 213 / Ht° 25%: 218.2 / Hto 35.6%: 232 / Hto 35.5%: 232 / Hcto 22%: 257.1 / 22'6% de hematocrito: 255 / Hto: 32,5%: 240 / Htco:23% : 262 / Htco:30%: 262 / Htco :22.6%: 262 / Htco:26.3%: 262 / Htco:19.6%: 262 / Htco:26.9%: 262 / Htco:21.8%: 262 / Hto 21%: 264.1 / Hto 21%: 264.1 / Hto 20,6%: 264.3 / Hto 30,1%: 264.4 / Hto 17,1%: 264.5 / Hto 21,1%: 264.6 / Hto. 24%: 264.7 / Hto 23,9%: 264 / Ht° 44%: 298 / Ht° 29%: 311 / Hto: 25,7%: 319 / Ht° 27.5%: 335 / 23% de Ht° a su llegada: 335 / Ht° 33%: 336 / hematocrito 26%: 342 / Hto 22,9%: 347 / Hto 26,4%: 348 / **[HEMATOLOGÍA]**: Hematocrito 38.0 % (41.0 - 53.0): 363 / hto 40,7%: 374 / hto 40,7%: 375 / hematocrito: 30%: 382 / Hematocrito 31.0 % (36.0 - 46.0): 389 / hto 29%: 393 / Hematocrito 35.6 % (41.0 - 53.0): 395 / hematocrito: 30%: 408 / hematocrito 39,9%: 409 / Hto. 41.4%: 423 / Ht° **23%: 424** / Ht° 39%: 424 / Hcto 24.5%: 427

### Saturación de oxígeno:

SaO2: 93%: 1 / Sat O2 98%: 4 / SAT O<sub>2</sub> 80%.: 5 / Saturaciones basales superiores al 90%: 5 / SAT O<sub>2</sub> 66 %.: 6 / Saturación de oxígeno basal 84%: 7 / Gasometria arterial (con oxígeno al 50%): 9 / SaO2 89%: 9 / SaO2 95%: 9 / SaO2 85%: 9 / Sat O2 basal 96%: 10 / Sat 82%: 14 / SaO2: 95%: 16 / Sat basal 91% (98% con O<sub>2</sub> a 2 lpm): 22 / sat O2 94%.: 22.3 / sat o2 94%.: 22.4 / SAT O<sub>2</sub> (2 litros 96%: 23 / Saturación basal 96%: 25 / Sat O2: 93%: 32 / Saturación basal 94%: 33, 84 / Saturación: 96%: 36 / Saturación de oxígeno 96% a 2 litros x': 39 /

saturación de oxígeno 91%.: 39 / Saturación de O<sub>2</sub>: 93%: 44 / Saturación de O<sub>2</sub>: 94%: 52 / SAT O<sub>2</sub> 95%.: 53 / saturación de oxígeno por encima de 90%: 54 / Saturación 98% con oxígeno a 2 litros x': 56 / saturación de oxígeno 96%.: 56.1 / Saturación 97% basal: 58 / Saturación de oxígeno: 80% con oxígeno: 63 / Saturación 98% con oxígeno suplementario: 64 / sat. O<sub>2</sub>: 80,7%.: 66 / sat. O<sub>2</sub>: 92%: 66 / Saturación de oxígeno: 95% sin oxígeno: 69 / Saturación de oxígeno a 2 litros 95%. Posteriormente basal 92%: 70 / Saturación basal 88%: 73 / SAT O<sub>2</sub> 67 %: 80 / SAT O<sub>2</sub> %.: 80.1 / Saturación de O<sub>2</sub>: 90%: 87 / Saturación de oxígeno basal: 94%: 93 / Saturación de oxígeno: 96%: 95 / Saturación de oxígeno 97% basal: 98, 99 / Saturación de oxígeno: 95%: 105, 147, 167, 236, 243, 251 / OXÍGENO mediante Ventimax al 31%: 115 / SAT O<sub>2</sub> 88 %.: 115 / Sat 91% 2lt: 115.1 / Sat.de O<sub>2</sub> 94%.: 115.1 / sat.de O<sub>2</sub> 94%: 116.1 / sat.de O<sub>2</sub> 94%: 116 / Saturación de O<sub>2</sub> 96%: 117 / Saturación basal: 80% en Urgencias: 134 / saturación 83%: 134 / Saturación de O<sub>2</sub>: 90% con O<sub>2</sub> a 1,5 litros por minuto: 135 / SAT basal 96%: 136 / SAT 95%: 136 / Saturación 96% basal: 137 / Saturación de O<sub>2</sub>: 97%: 139 / SatO<sub>2</sub>. 94'0%: 141 / Sat.O<sub>2</sub> 91'0%: 141 / saturación 89%: 142 / SAT O<sub>2</sub> 94 %: 145 / Saturación de oxígeno basal al alta: Por encima de 92%: 148 / SatO<sub>2</sub> (3 lpm) 92%: 150 / saturación 96%: 150.1 / Saturación de oxígeno: 94%: 157, 199, 203 / Saturación de oxígeno 97%: 158 / Saturación de O<sub>2</sub> 92% basal: 166 / SO<sub>2</sub> 97% basal: 169 / Saturación de oxígeno: 93%: 172, 266, 271 / Saturación basal en su domicilio 87% posteriormente 95% con oxígeno a 3 litros: 173 / saturación 92%: 173 / Sat. O<sub>2</sub> 91%: 181 / SatO<sub>2</sub> 87%: 181 / SatO<sub>2</sub> a 2lpm: 90%: 182 / SatO<sub>2</sub> basales entorno a 87%: 182 / SatO<sub>2</sub>. 94.0%: 183 / SatO<sub>2</sub> 87-92% y al alta O<sub>2</sub> 2 L/m (Sat.O<sub>2</sub> 92%): 183 / Saturación de Oxígeno 94% a 3 lt.: 184 / Saturación de Oxígeno: 98%: 184 / Sat. Basal de O<sub>2</sub> 91%: 187 / SAT O<sub>2</sub> 97% basal: 189 / SO<sub>2</sub> 95% a 90 ppm: 193 / SATO<sub>2</sub>: 93 %: 212.1 / Sat.91%: 214 / Saturación 91%: 215, 224 / Saturación de O<sub>2</sub>: 92%: 217 / Saturación de oxígeno: 97%: 233, 269 / Saturación de Oxígeno: 95%: 238 / Saturación de oxígeno a 2 litros en torno a 95-97%: 238 / saturación 90%: 240 / Saturación de oxígeno: 90% con O<sub>2</sub> a 2 litros: 245 / Sat O<sub>2</sub> basal: 95%: 247 / Sat O<sub>2</sub>: 94%: 247 / Saturación de oxígeno: 92%: 248 / mejorando la saturación de O<sub>2</sub> (saturación de O<sub>2</sub> basal de 96%): 249 / oxigenoterapia (a un flujo de 2 litros mantiene saturaciones del 90-92%): 250 / sO<sub>2</sub>:92%: 262 / sO<sub>2</sub>:94.4%: 262 / Saturación de oxígeno con gafas a 2 litros: 94%: 276 / Saturación de oxígeno.: 90-91%: 279 / Sat O<sub>2</sub> 93%.: 280.2 / Saturación de oxígeno sin oxígeno 89%: 282 / Sat basal entre 90-92%: 283 / SatO<sub>2</sub> 85%: 298 / SAT O<sub>2</sub> 99%: 335 / ADE 18.4 % (11.0 - 15.5): 389 / SatO<sub>2</sub>. 97%: 424 / Sat.O<sub>2</sub> 96-97%: 424 (sin embargo, no llevan tanto por ciento: Sat. O<sub>2</sub>: 95: 191 / Saturación de oxígeno: 90: 229)

### Índice de saturación de transferrina

Índice de saturación de transferrina 27%: 4 / Índice de saturación de transferrina: 15%: 7 / Índice de saturación de transferrina 39%: 4 / Índice de saturación de transferrina 27%. PTH 149 / Índice de Sat de Transferrina 13 %: 29.1 / índice de saturación de transferrina 17%: 179 / Índice de saturación de Transferrina 8%: 219 / Índice de saturación de Transferrina 10%: 238

## Gammaglobulina

Gammaglobulinas 44%: 7 / Gammaglobulina 27%: 6 / Gamma 18.7%: 298 / incremento de las gammaglobulinas 40%: 335 / Incremento de las Alfa 1 y Alfa 2 Globulinas al 12 y 26% respectivamente: 53 / Alfa 1 y Alfa 2 y betaglobulinas al 6,5 de 7,3 y 16,2% respectivamente: 124 / Alfa1 6.8% / Alfa2 16: 232

Reticulocitos: "Reticulocitos 2.8%": 7

## Tiempo de protrombina

T. Protrombina 84%: 6 / Tiempo de protombina 84%: 7 / T° protrombina 68%.: 28 / T. de Protrombina 58%: 53 / T. de Protrombina 58%: 53 / tiempo de protrombian 68%.: 56.1 / T. protrombina: 110%.: 66 / tiempo de protrombina 37%: 68 / TP 84%: 70 / T. Protrombina 56%: 74 / TProtombina de 92 %: 76 / tiempo de protombina del 58%: 83 / T. Protrombina 46%.: 86 / tiempo de protrombina 66%: 98.2 / tiempo de protrombina 66%: 99 / TP 74%.: 115.1 / T. Protrombina %: 116.1 / T. Protrombina 118%: 118 / T. Protrombina 86%: 118 / T° Protrombina 72% : 133.1 / T° protrombina 86%: 133 / Tª Protrombina 70%.: 136 / T° Protrombina 68%: 136 / Tiempo de protrombina 78.0 %: 181 / T. Protrombina 73%: 181 / Tiempo de protrombina: 76 %: 185 / T.Protrombina 58.%: 187 / T: Protrombina 73%: 187 / T° P 88% : 194 / T° protrombina 88%: 194.2 / TP 84%.: 194.2 / T° protrombina 88%: 195 / T. Protrombina 88%: 211 / TP 14%: 230 / Tiempo de protombina 100%: 238 / Tiempo de protrombina 79%: 244 / TP 66%: 250 / T.protrombina 79%: 256 / T° Protrombina 52%: 272 / T° Protrombina 49%: 272 / T. Protrombina 78%: 298 / T. Protrombina 88%: 336 / TP 60%: 359 / Tiempo de protrombina 79.0 %: 363 / TP 67%: 398

Linfocitos: 13% linfocitos: 94 (L:12,8%): 116.1 / 20% linf. ): 194.2 / 78% de Linfocitos: 3 / linfocitos 21%: 280

## Leucocitos

Leucocitos 19.000 (82%): 112

Leucocitos...mononucleares

Leucocitos 155 (95% mononucleares): 7 / leucocitos 40 con 100% mononucleares: 58 / mononucleares 90%: 141 /

mononucleares 100%: 298 / leucos 80 con 90% mononucleares: 213

Leucocitos...neutrófilos

Leucocitos 24.600 con 88% de N.: 14 / ( N 91,3%); 23 / (N 68,7%): 28 / con un 90% de Neutrófilos: 53 / 86% de Neutrófilos: 53 / N=81.4%: 62.1 / 80% de Neutrófilos: 73 / Leucocitos 9800 ( 82,5% N): 89 / 77% neutrófilos: 94 / neutrófilos 72,4%: 98.2 / neutrófilos 72,4%: 99 / Leucocitos 21.900 (N 87%): 112 / 89.6% de neutrofilos: 115.1 / con 94% de neutrofilos: 115.1 / (N:72,9%): 116.1 / 82% de neutrofilos: 116 / Leucocitos 22000 (N: 89%): 145 / fórmula 80% de Neutrófilos: 158 / Leucocitos 7.400 (76 %N): 136 / Leucocitos 15000 ( 76% N.): 211 / leucocitos 11.200 (70% N): 169 / (con neutrófilos 82.6 %): 184 / (62% neutrof,: 194.2 / Neutrófilos 74.1 % (40.0 - 74.0): 389 / neutrófilos 18%: 280 / PMN 5%: 214 / MN 95%: 214

Leucocitos...eosinófilos

(E 8.0 %): 23 / (E:8,7%): 116.1

Monocitos: 7% monocitos: 94

Leucocitos 31.300 (93% N, 3% L y 3% M): 221 / Leucocitos 8.100 (72% N, 12% L y 13% M): 221 / Neutrófilos 67.0% Linfocitos 23.5%): 244 / (ne:40%, li:50%) : 262 / (ne:44.5%, li:46%, monocitos:5.6%, eosinófilos:3.9%): 262 / macrofagos 56%, linfocitos 21%, neutrofilos 18%, subpoblaciones linfocitarias: T4 17%, T8 80%: 280.2 / Neutrófilos (s. periférica) 91.3 %,Linfocitos (s. periférica) 3.0 % Monocitos (s. periférica) 5.6 % Eosinófilos (s. periférica) 0.1 % Basófilos (s. periférica) 0.0 % (0.0 - 2.5);: 363 / Neutrófilos (s. periférica) 87.5 % (40.0 - 74.0), Linfocitos (s. periférica) 5.2 % (19.0 - 48.0): 427 / Neutrófilos (s. periférica) 86.2 % (40.0 - 74.0), Linfocitos (s. periférica) 12.5 % (19.0 - 48.0),Monocitos (s. periférica) 0.9 % (2.0 - 13.0): 395 / (N, 69%, L 26%; M,3%;, E,1%;B, 1%): 424 / Linfocitos 15.5 % (19.0 - 48.0), Monocitos 9.6 % (2.0 - 13.0), Eosinófilos 0.2 % (0.0 - 7.0), ,Basófilos 0.6 % (0.0 - 2.5): 389

### Hemoglobina glicosilada:

Hb A1c 6,6%.: 58 / Hb A1c 10,3%: 94 / HbA1c 6.5%: 150 / hemoglobina glicosilada 8.7 gr%: 179 / Hb A1c 8.4%: 264.4

Albúmina: Albumina 53.3%: 232 / Albúmina 42% (2.2 gr.): 53

### Tiempo de trombina:

T. Trombina **53%**: 141 / T. Trombina 77%: 183 / T. Trombina **15%**: 424

### Otros:

Blastos 4%): 258 / CHCM 33%: 335 / se detecta un 2% de células blasticas): 341 / Se observa infiltración por un 63% de células blásticas: 341 / 8.5% de LUC.: 354 / ADE 17.9 % (11.0 - 15.5): 363 / ADE 17.1 % (11.0 - 15.5): 395 / Quick:87%: 262 / Quick:102%: 262

## 2. Escalas:

PPS 40%: 1 / PPS: 30%: 16, 227 / PPS al ingreso: 20-30%: 31 / PPS 30%: 9

IK: 30%: 15 / IK: 60%: 93 / IK: 40%: 276 / Índice de Karnofsky: 50%: 59 / Índice de Karnofsky: 60%: 87 / Karnofsky: 60%: 253, 266, 279 / Karnofsky: entre 30-40%: 199 / Karnofsky: 80%: 241 / Karnofsky: 50%: 269 / Karnofsky del 40%: 274 (sin el tanto por ciento en: Karnofsky 5: 117 / Karnofsky: 70: 170 / Karnofsky 70: 229 / Karnofsky: 80: 236, 282 / Karnofsky: 60: 271)

Barthel: 60%: 217 / Barthel: 70%: 135 / Barthel: 80%: 139 / Barthel: 90%: 52 (en cambio la mayoría no lleva el tanto por ciento)

### 3. Parámetros cardiacos:

FC: 96%: 211, FVC 2.980 ml (88 %), FEV-1 1.620 ml ( 65 %), FEV-1/FVC 54 %. **Tras prueba Broncodilatadora** : FVC 3.000 ml (90%), FEV-1 1.450 ML (58%): 6 / FE del 40%: 30 / FVC 2.890 (82.5%), FEV-1 1.960 (74.1%), FEV-1/FVC67.8%: 54 / FE 40%: 182, 183, 184 / (FE 20%): 134 / FE GLOBAL CONSERVADA (55%): 161 / fracción de eyección del 20%: 135, 136 / Fracción de eyección del 60%: 148 / fracción de eyección 37% y en enero...: 179 / fracción de eyección 69%: 179 / fracción de eyección 40%: 180 / con fracción de eyección ventricular izquierda al 55% / FVC 2.890 (82.5%): 54 / FVC (%): 141 / FEV-1 (%): 141 / FEV-1/FVC/I. Tiffenueau % (%): 141 / FEF “25” (%): 141 / FEF “75” (%): 141 / FEV-1 1.960 (74.1%): 54 / FEV-1/FVC 67.8%: 54 / FEVI de 40%: 185 / FEVI del 40%: 185 / FEVI aproximadamente 60%: 192, 193 / FEVI 64%: 262 / FEVI 57% alteración relajación: 280 / / FVC 2310 ( 82%), FEV-1 680 ml( 33 %), I. T.29%: 80.1 / FVC ( %); FEV-1 ( %); FEV-1/FVC/ I. Tiffenueau % ( %); FEF “25” ( %); FEF “75” ( %): 141 / FVC 2180 ml (68%), FEV<sub>1</sub> 1940 (82%, FEV<sub>1</sub>%FVC 89.3%; TLCO 35.4%, TLCO/VA 65.8%, TLC-He 3540 ml (56.6%), TLC pletis 3.600 (57.4%), RV-He 1160 (42.6%), RV pletis 1.270 (46.5%) R tot 55.7%. Patron restrictivo leve: 280.2 / FVC ( %); FEV-1 ( %); FEV-1/FVC/ I. Tiffenueau % ( %); FEF “25” ( %); FEF “75” ( %): 424 / FEVI 55-60%: 424

### 4. Receptores de progesterona y estrógenos:

Receptores de estrógenos (5%): 168, 169 / Receptores de progesterona (5%): 168, 169 / receptores de estrógeno positivos en el 90%: 274 / receptores de progesterona positivos en el 5%: 274 / receptores de estrógeno positivos en el 90%: 275 / receptores de progesterona positivos en el 5%: 275 / p-53 positiva a 60%: 275, Ki-67 positiva en el 80%: 275 / proteína 53: positiva en un 90% e índice de proliferación Qui-67 con positividad en el 40% de las células tumorales: 168, 169 / p-53 positiva a 60%: 274 / Ki-67 positiva en el 80%: 274

5. “la velocidad picosistólica...es de 80.7 cmx’’ y la de carótida común izquierda es de 78.5 cmx’’, la relación es aproximadamente de 1.1. lo que daría una estenosis menor del 10%: 179

6. “ESTENOSIS CARÓTICA IZQUIERDA inferior a un 10%”: 179 / “estenosis inferior al 10”: 179 / “estenosis menor del 10%”: 179

7. “Base de implantación en más del 50% de la circunferencia del órgano”: 10

8. “pulsioximetría de 91-94%”: 173

9. “enfermedad de arteria descendente anterior 90%”: 228, 230 / “enfermedad arterial en descendente anterior del 90%”: 229

10. “PFR: CV 1.33 (68%) VEMS 0,94 (59%)”: 295

11. Fármacos: “Media ampolla de Cloruro mórfico al 1%”: 57



## **11. IMÁGENES**







**Complejo Hospitalario  
San Millán-San  
Pedro de La Rioja**

Apell.1:  
Apell.2:  
NºRgtr.:  
Fecha Nac.: Nº.SS:

Nombre:  
**NºHC:**  
Edad: Sexo:  
Nº. Tarjeta:

R228A

**Oncología**

**Informe de Alta Hospitalización**

Servicio Oncología	Médico Dra.		
Domicilio		CP.:	Tfno.:
Fecha Ingreso 02/12/2006 11:13	Fecha Alta 22/06/06	Motivo: ALTA MÉDICA	

**Medico de cabecera:**  
**Centro de Salud: C.S.**

MUESTRE UNA COPIA DE ESTE INFORME SIEMPRE QUE ACUDA A SU MÉDICO DE CABECERA O AL SERVICIO DE URGENCIAS

**MOTIVO DE INGRESO:**

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

**HISTORIA ONCOLÓGICA:**

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

**EXPLORACIÓN CLÍNICA:**

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

**OTRAS EXPLORACIONES REALIZADAS:**

**EVOLUCIÓN:**

**JUICIO CLÍNICO:**

**TRATAMIENTO:**

Logroño, 21/12/2006

Fdo. Dr/a.

**NOTA IMPORTANTE:**

Si durante el tiempo que siga tratamiento con quimioterapia presenta **FIEBRE O SANGRADO ANÓMALO**, deberá realizarse un **análisis urgente (Hemograma)**, para ello acudirá a Urgencias, o a la Consulta de Oncología si es de 8.00 a 14.00 horas de lunes a viernes.

Si presenta náuseas, vómitos, úlceras en la boca, diarrea o malestar general, se pondrá en contacto con la Consulta de Oncología, a través de los teléfonos 941297230, 941297225, 941297227, 941297371; o en su defecto acudirá a Urgencias.

Gobierno de La Rioja  
 Consejería de Salud  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)



Avda. Viana, 1  
 26001 Logroño. La Rioja  
 Teléfono: 941 297310  
 Fax: 941 249445

Fundación Rioja Salud  
 Hospital de La Rioja

Apell.1:                   Nombre:  
 Apell.2:                   **NºHC:**  
 NºRgtr.:                  Edad:           Sexo:  
 Fecha Nac.:              Nº. Tarjeta:  
 Nº.SS:

PD3-07	<b>Oncología-Paliativos</b>	<b>Alta de Hospitalización</b>	
Servicio Unidad de Oncología- <b>Paliativos</b>	Médico		
Domicilio LA RIOJA	CP.:	Tfno.:	
Fecha Ingreso 23/03/2007	Fecha Alta 27/03/07	Motivo: <b>ALTA</b>	

**Medico de cabecera:**  
**Centro de Salud: C.S. ESPARTERO**

**INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN**

**10.00**

imagen 2. Servicio de Paliativos

Gobierno de La Rioja  
www.larioja.org



C/ Piqueras 98  
26006 Logroño. La Rioja  
Teléfono: 941 297500

**Complejo Hospitalario  
San Millán-San Pedro  
de la Rioja**

Apell.1:           Nombre:  
Apell.2:           **NºHC:**  
NºRgtr.:           Edad:           Sexo:  
Fecha Nac.:       Nº. Tarjeta:  
Nº.SS:

<b>NO646</b>	<b>Medicina Interna 1 - San Pedro</b>	<b>Informe de Alta Hospitalización</b>	
Servicio Medicina Interna 1 - San Pedro		Médico Dr.	
Domicilio LA RIOJA		CP.:	Tfno.:
Fecha Ingreso 21/07/2007	Fecha Alta 27/07/2007	Motivo: <b>Alta Médica</b>	

**Medico de cabecera:**  
**Centro de Salud: C.S. LABRADORES**

---

"Se recomienda conservar el original de este informe. En el caso de acudir a un centro asistencial o a otro médico es conveniente el aportar una fotocopia del mismo"

### **INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN**

**10.00**

imagen 3. Informes fechados entre febrero 2006 y octubre de 2008 de Medicina Interna y Neumología

Gobierno de La Rioja  
www.larioja.org



C/ Piqueras 98  
26006 Logroño, La Rioja  
Teléfono: 941 297500

**Complejo  
Hospitalario  
San Millán-  
San Pedro  
de La Rioja**

Apell.1:

Nombre:

Apell.2:

**NºHC:**

NºRgtr.: 7175171

Edad:

Sexo: Hombre

Fecha Nac.:

Nº. Tarjeta: CHGR240420907018

20/04/1924

Nº.SS: 26/0007054461

Hospitalización a Domicilio		Informe de Alta Hospitalización	
Servicio Hospitalización a Domicilio	Médico		
Domicilio LA RIOJA	CP.:	Tfno.:	
Fecha Ingreso 01/10/2007	Fecha Alta 15/10/2007	Motivo: ALTA FACULTATIVA	

**Medico de cabecera:**

---

**INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN**

**10.00**

imagen 4. Informes fechados entre febrero 2006 y octubre de 2008 del resto de Servicios

Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)



Servicio Riojano de Salud

C/Autonomía de la Rioja, 3  
26004 Logroño. La Rioja  
Teléfono: 941 294 500

Complejo Hospitalario  
San Millán-San  
Pedro

Apell.1:  
Apell.2:  
NºRgtr.:  
Fecha Nac.:  
Nº.SS:

Nombre:  
NºHC:  
Edad: Sexo:  
Nº. Tarjeta:

Urología		Informe de Alta Hospitalización	
Servicio UROLOGÍA	Médico DR.		
Domicilio LA RIOJA	CP.:	Tfno.:	
Fecha Ingreso 01/09/2004	Fecha Alta 10/09/2004	Motivo: ALTA	

## INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

10.00

imagen 5. Informes entre febrero de 2004 y junio de 2005

Gobierno de La Rioja  
[www.larioja.org](http://www.larioja.org)



C/Autonomía de la Rioja, 3  
26004 Logroño. La Rioja  
Teléfono: 941 294 500

Complejo Hospitalario  
San Millán-San  
Pedro de La Rioja

Apell.1:  
Apell.2:  
NºRgtr.:  
Fecha Nac.:  
Nº.SS:

Nombre:  
NºHC:  
Edad: Sexo:  
Nº. Tarjeta:

H222A	UROLOGIA	Informe de Alta Hospitalización	
Servicio UROLOGIA	Médico		
Domicilio LA RIOJA	CP.:	Tfno.:	
Fecha Ingreso 03/11/2005	Fecha Alta 16/11/05	Motivo: ALTA	

## INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

10.00

imagen 6. logo de la imagen 3 pero con diferente dirección

Gobierno de La Rioja  
www.larioja.org



C/Autonomía de la Rioja, 3  
26004 Logroño. La Rioja  
Teléfono: 941 297 500

**Complejo Hospitalario  
San Millán-San  
Pedro**

Apell.1: Nombre:  
Apell.2: **NºHC:**  
NºRgtr.: Edad: Sexo:  
Fecha Nac.: Nº. Tarjeta:  
Nº.SS:

<b>Traumatología</b>		<b>Informe de Alta Hospitalización</b>	
Servicio <b>TRAUMATOLOGÍA</b>	Médico		
Domicilio <b>LA RIOJA</b>			CP.:
Fecha Ingreso <b>05/03/2006</b>	Fecha Alta <b>12/03/2006</b>	Motivo:	

## INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

**10.00**

imagen 7. Informes de Traumatología.

Gobierno de La Rioja  
www.larioja.org



C/Autonomía de la Rioja, 3  
26004 Logroño. La Rioja  
Teléfono: 941 294 500

**Complejo Hospitalario  
San Millán-San  
Pedro-  
H. Gral. de La  
Rioja**


Apell.1: Nombre:  
Apell.2: **NºHC:**  
NºRgtr.: Edad: Sexo:  
Fecha Nac.: Nº. Tarjeta:  
Nº.SS:

<b>NEUMOLOGIA-H.P SAN PEDRO</b>		<b>Informe de Alta Hospitalización</b>	
Servicio <b>NEUMOLOGIA-H.P SAN PEDRO</b>	Médico <b>Dr.</b>		
Domicilio <b>( LA RIOJA )</b>			CP.: Tfno.:
Fecha Ingreso <b>12/06/2005</b>	Fecha Alta <b>27/06/2005</b>	Motivo: <b>MEJORIA</b>	

## INFORME DE ALTA

**10.00**


imagen 8. Variante del Hospital General

 <p>Complejo Hospitalario "SAN MILLAN-SAN PEDRO" <b>INSALUD</b> C/Autonomía de la Rioja, 3 <b>26004 - LOGROÑO</b> Tfno: (941) 294500 Fax: (941) 294515</p>	Apell.:		Nombre:	
	Apell.:		<b>NºHC:</b>	
NºRgtro.:		Edad:		Sexo:
Fecha Nac.:		NºTarjeta		
NºSS:				
<b>INFORME DE ALTA</b>		Dr. <b>RESPIRATORI</b>		
Domicilio: ANTONIO 30 2º I		Población:	Provincia: LA	CP.:
Tfno.:	Fecha Ingreso:	Fecha Alta:	Motivo: ALTA	

**INFORME DE ALTA**

**10.00**

imagen 9. Informe del INSALUD

 <p>Complejo Hospitalario "SAN MILLAN-SAN PEDRO" <b>SERVICIO RIOJANO DE SALUD</b> ÁREA DE SALUD DE LA RIOJA C/Autonomía de la Rioja, 3 - Teléfono: 941 294 500 26004 - LOGROÑO</p>	Apell.:		Nombre:	
	Apell.:		<b>NºHC:</b>	
NºRgtro.:		Edad:		Sexo:
Fecha Nac.:		NºTarjeta:		
NºSS:				
<b>INFORME DE ALTA</b>		CIRUGÍA		
Domicilio:		Población: (LA RIOJA)		CP.:
Tfno: 941	Fecha Ingreso:	Fecha Alta:	Motivo: MEJORÍA	

**INFORME DE ALTA**

**10.00**

imagen 10. Antiguo Servicio Riojano de Salud

IMAGEN 11- PLANTILLA DE LAS PRUEBAS DE ANALÍTICA

NO ESCRIBIR  
EN ESTE ESPACIO

1.º Apellido \_\_\_\_\_  
2.º Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
N.º HISTORIA \_\_\_\_\_  
N.º TARJETA SANITARIA \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Presunción \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Servicio \_\_\_\_\_

FORMA DE CUMPLIMENTACIÓN: CORRECTA  INCORRECTA

Para procesar la petición es IMPRESCINDIBLE cumplimentar TODOS los datos de forma clara, en MAYÚSCULAS Y PERFECTAMENTE LEGIBLE.  
MUY IMPORTANTE NO ESCRIBIR EN LOS MARGENES

Nº COLEGIADO

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

COLOQUE  
ETIQUETA  
CODIGO  
DE  
BARRAS

NO ESCRIBIR  
EN ESTE ESPACIO

SUERO	SUERO	CITRATO	EDTA	EDTA	ORINA	ORINA 24H (24)	HEPARINA
<b>BIOQUÍMICA</b>		<b>ORINAS</b>		<b>AUTOINMUNIDAD</b>		<b>ALERGIA</b>	
111 <input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> Sistemático y sedimento	<input type="checkbox"/>	424 <input type="checkbox"/> Ac. Antinucleares	<input type="checkbox"/>	401 <input type="checkbox"/> IgE total	<input type="checkbox"/>
112 <input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/>	230 <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo	<input type="checkbox"/>	431 <input type="checkbox"/> Ac. Anti-DNA	<input type="checkbox"/>	402 <input type="checkbox"/> IgE específica (indicar los alérgenos en el reverso)	<input type="checkbox"/>
113 <input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/>	235 <input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/>	440 <input type="checkbox"/> Ac. Anti-ENA	<input type="checkbox"/>	403 <input type="checkbox"/> Panel de neuroalérgenos	<input type="checkbox"/>
114 <input type="checkbox"/> Ácido Úrico	<input type="checkbox"/>	241 <input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/>	437 <input type="checkbox"/> Ac. Antimitocondriales	<input type="checkbox"/>	404 <input type="checkbox"/> Panel de alérgenos infantil	<input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> Iones (Na, K)	<input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/> Iones (Na, K)	<input type="checkbox"/>	438 <input type="checkbox"/> Ac. Anti-Músculo liso	<input type="checkbox"/>		
120 <input type="checkbox"/> Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	255 <input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/>	439 <input type="checkbox"/> Ac. Anti-LKM	<input type="checkbox"/>	<b>HEMATOLOGÍA</b>	
121 <input type="checkbox"/> Colesterol total	<input type="checkbox"/>	254 <input type="checkbox"/> Ácido Úrico	<input type="checkbox"/>	508 <input type="checkbox"/> Ac. AntiTPO	<input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/>
122 <input type="checkbox"/> HDL Col/LDL Col	<input type="checkbox"/>	251 <input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/>	448 <input type="checkbox"/> Ac. Anticardiolipina	<input type="checkbox"/>	935 <input type="checkbox"/> Reticulocitos	<input type="checkbox"/>
130 <input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/>	253 <input type="checkbox"/> Magnesio	<input type="checkbox"/>	450 <input type="checkbox"/> Ac. Anti gliadina	<input type="checkbox"/>	955 <input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo y Rh	<input type="checkbox"/>
133 <input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/>	252 <input type="checkbox"/> Fósforo	<input type="checkbox"/>	451 <input type="checkbox"/> Ac. Antitransglutaminasa	<input type="checkbox"/>	960 <input type="checkbox"/> Coombs Indirecto	<input type="checkbox"/>
134 <input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/>	236 <input type="checkbox"/> Proteinuria 24 horas	<input type="checkbox"/>	<b>MARCADORES</b>	<input type="checkbox"/>	950 <input type="checkbox"/> VSG	<input type="checkbox"/>
140 <input type="checkbox"/> GOT/AST	<input type="checkbox"/>	237 <input type="checkbox"/> Albuminuria	<input type="checkbox"/>	461 <input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/>	970 <input type="checkbox"/> T. Protrombina	<input type="checkbox"/>
141 <input type="checkbox"/> GPT/ALT	<input type="checkbox"/>	246 <input type="checkbox"/> Glucosuria 24 horas	<input type="checkbox"/>	465 <input type="checkbox"/> CA 15.3	<input type="checkbox"/>	971 <input type="checkbox"/> APTT	<input type="checkbox"/>
149 <input type="checkbox"/> F. Alcalina	<input type="checkbox"/>	245 <input type="checkbox"/> Osmolalidad	<input type="checkbox"/>	466 <input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/>	973 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno	<input type="checkbox"/>
144 <input type="checkbox"/> Gamma GT	<input type="checkbox"/>	261 <input type="checkbox"/> Aclar. de Creatinina	<input type="checkbox"/>	467 <input type="checkbox"/> CA 19.9	<input type="checkbox"/>	974 <input type="checkbox"/> T. Trombina	<input type="checkbox"/>
145 <input type="checkbox"/> Bilirrubina total	<input type="checkbox"/>	26 <input type="checkbox"/> Balance Ca/P	<input type="checkbox"/>	470 <input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/>	972 <input type="checkbox"/> Antitrombina III	<input type="checkbox"/>
155 <input type="checkbox"/> Calcio	<input type="checkbox"/>	27 <input type="checkbox"/> Balance Ácido Úrico	<input type="checkbox"/>	462 <input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/>	93 <input type="checkbox"/> Linfocitos CD4/CD8	<input type="checkbox"/>
156 <input type="checkbox"/> Fósforo	<input type="checkbox"/>	<b>PROTEÍNAS</b>	<input type="checkbox"/>	463 <input type="checkbox"/> Beta-HCG	<input type="checkbox"/>	<b>SEROLOGÍA</b>	<input type="checkbox"/>
157 <input type="checkbox"/> Hierro	<input type="checkbox"/>	301 <input type="checkbox"/> Factor reumatoide	<input type="checkbox"/>	47 <input type="checkbox"/> Riesgo S. Down/DTN	<input type="checkbox"/>	5229 <input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
158 <input type="checkbox"/> Proteínas totales	<input type="checkbox"/>	302 <input type="checkbox"/> ASLO	<input type="checkbox"/>	<b>HORMONAS</b>	<input type="checkbox"/>	5232 <input type="checkbox"/> Hepatitis B Postvacunación	<input type="checkbox"/>
159 <input type="checkbox"/> Albúmina	<input type="checkbox"/>	303 <input type="checkbox"/> Proteína C reactiva	<input type="checkbox"/>	51 <input type="checkbox"/> TSH y T <sub>4</sub> libre	<input type="checkbox"/>	5238 <input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/>
171 <input type="checkbox"/> Magnesio	<input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/> Proteinograma	<input type="checkbox"/>	512 <input type="checkbox"/> Prolactina	<input type="checkbox"/>	5237 <input type="checkbox"/> Hepatitis A IgM	<input type="checkbox"/>
172 <input type="checkbox"/> Osmolalidad	<input type="checkbox"/>	305 <input type="checkbox"/> Ferritina	<input type="checkbox"/>	510 <input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/>	5236 <input type="checkbox"/> Hepatitis A IgG	<input type="checkbox"/>
173 <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/>	306 <input type="checkbox"/> Transferrina	<input type="checkbox"/>	511 <input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/>	5250 <input type="checkbox"/> Serología VIH	<input type="checkbox"/>
490 <input type="checkbox"/> Vitamina B12	<input type="checkbox"/>	31 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulinas (IgG, A, M)	<input type="checkbox"/>	516 <input type="checkbox"/> Estradiol	<input type="checkbox"/>	5310 <input type="checkbox"/> Serología Sífilis	<input type="checkbox"/>
491 <input type="checkbox"/> Ácido Fólico	<input type="checkbox"/>	312 <input type="checkbox"/> IgM sangre cordón	<input type="checkbox"/>	515 <input type="checkbox"/> Progesterona	<input type="checkbox"/>	5240 <input type="checkbox"/> Epstein-Barr	<input type="checkbox"/>
<b>PRUEBAS FUNCIONALES</b>	<input type="checkbox"/>	32 <input type="checkbox"/> Complemento (C3, C4)	<input type="checkbox"/>	514 <input type="checkbox"/> Testosterona	<input type="checkbox"/>	5247 <input type="checkbox"/> Citomegalovirus	<input type="checkbox"/>
65 <input type="checkbox"/> PTOG 75 g (0 y 2 horas)	<input type="checkbox"/>	33 <input type="checkbox"/> Apolipoproteínas (A1, B) Lp (a)	<input type="checkbox"/>	517 <input type="checkbox"/> DHEA-sulfato	<input type="checkbox"/>	89 <input type="checkbox"/> Serología Gestación	<input type="checkbox"/>
66 <input type="checkbox"/> PTOG 50 g (0 y 1 hora)	<input type="checkbox"/>	335 <input type="checkbox"/> Beta-2-microglobulina	<input type="checkbox"/>	529 <input type="checkbox"/> ACTH (Extrac. Hospitalaria)	<input type="checkbox"/>	5253 <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG	<input type="checkbox"/>
67 <input type="checkbox"/> PTOG 100 g (0,1,2 y 3 horas)	<input type="checkbox"/>	398 <input type="checkbox"/> HbA1c (Hb glicada)	<input type="checkbox"/>	530 <input type="checkbox"/> Cortisol 8 h	<input type="checkbox"/>	5254 <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgM	<input type="checkbox"/>
<b>OTRAS MUESTRAS</b>	<input type="checkbox"/>	<b>FARMACOS</b>	<input type="checkbox"/>	532 <input type="checkbox"/> Cortisol 8 h tras DXM	<input type="checkbox"/>	5249 <input type="checkbox"/> Rubéola IgG	<input type="checkbox"/>
801 <input type="checkbox"/> Cálculo urinario	<input type="checkbox"/>	601 <input type="checkbox"/> Digoxina	<input type="checkbox"/>	536 <input type="checkbox"/> Cortisol libre en orina 24 h (24)	<input type="checkbox"/>	5201 <input type="checkbox"/> Serología Brucella	<input type="checkbox"/>
810 <input type="checkbox"/> Sangre oculta heces	<input type="checkbox"/>	610 <input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/>	542 <input type="checkbox"/> PTH intacta	<input type="checkbox"/>	5216 <input type="checkbox"/> Serología Lyme	<input type="checkbox"/>
881 <input type="checkbox"/> Drogas de abuso orina	<input type="checkbox"/>	611 <input type="checkbox"/> Fenitoína	<input type="checkbox"/>	550 <input type="checkbox"/> hGH	<input type="checkbox"/>	5227 <input type="checkbox"/> Neumonía Atípica	<input type="checkbox"/>
80 <input type="checkbox"/> Espermograma	<input type="checkbox"/>	612 <input type="checkbox"/> Ácido Valproico	<input type="checkbox"/>	554 <input type="checkbox"/> hGH tras estímulo (indicar tipo y tiempos en el reverso)	<input type="checkbox"/>		
81 <input type="checkbox"/> Control Postvasectomía	<input type="checkbox"/>	613 <input type="checkbox"/> Carbamacepina	<input type="checkbox"/>	545 <input type="checkbox"/> Tiroglobulina	<input type="checkbox"/>		
82 <input type="checkbox"/> VF	<input type="checkbox"/>	620 <input type="checkbox"/> Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	557 <input type="checkbox"/> Somatomedina (IGF-1)	<input type="checkbox"/>		
83 <input type="checkbox"/> IAC	<input type="checkbox"/>	623 <input type="checkbox"/> Tacrólimus	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>	630 <input type="checkbox"/> Litio	<input type="checkbox"/>				

Firma \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NO SOBREPASAR ESTE ESPACIO



## **12. PLANTILLAS**





Apell.1:  
Apell.2:  
NºRgtr.:  
Fecha Nac.:  
Nº.SS:

Nombre:  
**NºHC:**  
Edad:  
Sexo:  
Nº. Tarjeta:

R110A

Oncología-Paliativos

Alta de Hospitalización

Servicio Unidad de Oncología-Paliativos	Médico		
Domicilio .....LOGROÑO, LA RIOJA	CP.: 26000	Tfno.:	
Fecha Ingreso 18/04/2015 23:22	Fecha Alta 04/05/15	Motivo:	

**Medico de cabecera:**

**Centro de Salud:** C.S. GONZALO DE BERCEO

**MOTIVO DE INGRESO**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**HISTORIA ONCOLÓGICA**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

**EXPLORACIÓN POR APARATOS**

**TA:** T<sup>a</sup>  
- **Cardiopulmonar:**  
- **Abdominal:**  
- **Neurológico:**  
- **Otros:**

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

**EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS**

**DIAGNÓSTICO**

- **Principal:**
- **Secundarios:**

**TRATAMIENTO**

Fdo. Dr/a.

Logroño, 07/05/2015

Nº Colegiado:

**INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN**

**10.00**

LEY ORGÁNICA 15/1999 sobre PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. Los datos personales facilitados por Vd forman parte del fichero "Historias Clínicas", cuya finalidad es la realización de la Historia Clínica para la Asistencia, Gestión e Investigación. El Servicio Riojano de Salud, propietario de dicho fichero, garantiza la seguridad de sus datos de carácter personal. Vd podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición de dichos datos según establece la Ley, dirigiéndose a: Unidad de Registro del Servicio Riojano de Salud, At. Responsable de Seguridad del fichero de Derechos LOPD, Cl. Piqueras, 98 - 26006 Logroño (La Rioja)



Apell.1:  
Apell.2:  
NºRgtr.:  
Fecha Nac.:  
Nº.SS:

Nombre:  
**NºHC:**  
Edad:  
Sexo:  
Nº. Tarjeta:

R110A

Oncología-Paliativos

Alta de Hospitalización

Servicio Unidad de Oncología-Paliativos	Médico		
Domicilio .....LOGROÑO, LA RIOJA	CP.: 26000	Tfno.:	
Fecha Ingreso 18/04/2015 23:22	Fecha Alta 04/05/15	Motivo:	

Medico de cabecera:  
Centro de Salud: C.S.

MOTIVO DE INGRESO: Paciente de \_\_\_\_<sup>1</sup> años \_\_\_\_<sup>2</sup> desde \_\_\_\_<sup>3</sup> que ingresa para \_\_\_\_<sup>4</sup> por \_\_\_\_<sup>5</sup>”

#### ANTECEDENTES PERSONALES

##### CARÁCTER PATOLÓGICO:

##### CARÁCTER NO PATOLÓGICO:

“ \_\_\_\_<sup>1</sup> afecto de \_\_\_\_<sup>2</sup>”. Vive en la actualidad con \_\_\_\_<sup>3</sup> en la calle \_\_\_\_<sup>4</sup> de la localidad de \_\_\_\_<sup>5</sup>. Su cuidador principal se llama \_\_\_\_<sup>6</sup> y el teléfono de contacto es \_\_\_\_<sup>7</sup>”. Su situación laboral es \_\_\_\_<sup>8</sup> Trabaja como \_\_\_\_<sup>9</sup>”

##### TRATAMIENTO PREVIO:

#### ENFERMEDAD ACTUAL

“Paciente que refiere \_\_\_\_\_. Ingresó procedente de \_\_\_\_\_ a causa de \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_”

#### EXPLORACIÓN POR APARATOS

TA: \_/ \_ mm/Hg Pulso: \_\_\_ por minuto Tª: \_\_\_°C FC: \_\_\_ lpm FR: \_\_\_rpm Peso: \_\_\_\_  
kg Talla: \_\_\_\_ Saturación O2: O2: \_\_%, a \_\_\_\_ litros por minuto

Escalas:

Aspecto:

Cabeza y cuello:

Auscultación cardiaca:

### INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN

**10.00**

LEY ORGÁNICA 15/1999 sobre PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. Los datos personales facilitados por Vd forman parte del fichero "Historias Clínicas", cuya finalidad es la realización de la Historia Clínica para la Asistencia, Gestión e Investigación. El Servicio Riojano de Salud, propietario de dicho fichero, garantiza la seguridad de sus datos de carácter personal. Vd podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición de dichos datos según establece la Ley, dirigiéndose a: Unidad de Registro del Servicio Riojano de Salud, At. Responsable de Seguridad del fichero de Derechos LOPD, Cl. Piqueras, 98 - 26006 Logroño (La Rioja)



Apell.1:  
Apell.2:  
NºRgtr.:  
Fecha Nac.:  
Nº.SS:

Nombre:  
**NºHC:**  
Edad:  
Sexo:  
Nº. Tarjeta:

R110A

Oncología-Paliativos

Alta de Hospitalización

**Auscultación pulmonar:**

**Abdomen:**

**Exploración neurológica:**

**Otros:**

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

**EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS**

**DIAGNÓSTICO**

- **Principal:**
- **Secundarios:**

**TRATAMIENTO**

Fdo. Dr/a.

Nº Colegiado:

Logroño, 07/05/2015

**INFORME DE ALTA DE HOSPITALIZACIÓN**

**10.00**

LEY ORGÁNICA 15/1999 sobre PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. Los datos personales facilitados por Vd forman parte del fichero "Historias Clínicas", cuya finalidad es la realización de la Historia Clínica para la Asistencia, Gestión e Investigación. El Servicio Riojano de Salud, propietario de dicho fichero, garantiza la seguridad de sus datos de carácter personal. Vd podrá ejercer los derechos de acceso, modificación, cancelación y oposición de dichos datos según establece la Ley, dirigiéndose a: Unidad de Registro del Servicio Riojano de Salud, At. Responsable de Seguridad del fichero de Derechos LOPD, Cl. Piqueras, 98 - 26006 Logroño (La Rioja)



## **13. TOTAL DE SIGLAS**





**A. Bronquial Dcho** =árbol bronquial derecho: 424

**A.personales** =antecedentes: 324, 371

**A. PERSONALES** = antecedentes: 424

**A. Ginecológicos** =antecedentes: 324, 371

**A. Obstétricos** =antecedentes: 324, 371

**A. Urológicos** =antecedentes: 81

**Antec. Urológicos** =antecedentes: 260

**Dukes A:** 47

**A. Especializada** = Atención Especializada: 141 (Atención Especializada: 6, 80, 130, 298, 425)

**AAA** =aneurisma de aorta abdominal: 162, 163

**AAS** =ácido acetilsalicílico o aspirina: 159, 194, 258, 260, 262, 263 (en 259 escrito ácido acetilsalicílico y en mayúsculas). (Acido Acetilsalicílico: 123; Acido Acetil Salicílico: 264; Aspirina: 124)

**Ab** =antibióticos: 169 (los 3 Ab)

**Ab iv** =antibiótico intravenoso: 193, 194 (tto. Ab iv)

**abd** = abdominal: 10

**Abd** = abdomen: 150, 182, 262, 437, 500, 505, 506, 526, 570 (Abdomen: 3, 12, 13, 22, 24, 25, 33, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 52, 76, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 94, 98, 99, 100, 109, 111, 116, 118, 120, 124, 126, 127, 130, 132, 134, 135, 137, 139, 141, 142, 145, 147, 148, 149, 158, 166, 168, 169, 173, 181, 183, 184, 186, 187; TAC abdominal: 150, molestias abdominales: 262, ECOGRAFÍA ABDOMINAL: 262)

**Abd** = abdominal: 588 (Rx Abd)

**ABD** = abdomen: 10, 28, 272, 390, 391, 392, 550, 588 (perímetro abdominal: 272; aorta abdominal: 272; dolor abdominal: 390, 391, 392)

**ABD** = abdominal: 10, 531 (RX ABD) (TAC Abdominal: 10)

**ABd** = abdomen: 29

**ABVD** =actividades básicas de la vida diaria: 166, 189 (actividades de la vida diaria: 150, 187, 193; Dependencia total para todas las actividades de la vida diaria: 31)

**ANA** = anticuerpo antinuclear (antinuclear antibody ): 127, 280 (anticuerpos antinucleares: 213, 354)

**Ac. Antinucleares** =ANA: 244, 434

**ANCAs** = anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (anti-neutrophil cytoplasmic antibodies); a veces se abrevian como AACN: 280

**Ac Anti-DNA** = anticuerpos anti-desoxyribonucleic acid: 280, 354, 434, (Crithidia) 280

**Anti DNA** =anti desoxyribonucleid acid: 354

**Anti-DNA** =anti desoxyribonucleid acid: 280 (Crithidia), 434

**Ac. Anti-dsDNA:** 244, 280 (parecido a ADNdc: ácido desoxirribonucleico de doble cadena)

**Anti-ds DNA** =anticuerpos anti DNA (desoxyribonucleic acid) de doble hebra o doble cadena//ds puede ser double strand (parecido a ADNdc ‘ácido desoxirribonucleico de doble cadena’: 280

**Ac. Anti-ENA** =anticuerpo antígeno nuclear extraíble (extractable nuclear antigen): 244, 280, 354

**Anti ENA** = antígeno nuclear extraíble (extractable nuclear antigen): 354

**Ac. Anti-LKM** = anticuerpos microsomales contra hígado y riñón (Liver-kidney microsomal): 186, 434

**Anti-LKM** =anti Liver-kidney microsomal; microsomales contra hígado y riñón: 434

**Ac. Anti-RNP** = anticuerpos anti- ribonucleoproteína: 186

**Ac. Anti-Ro** =anticuerpos anti-Ro: 186

**Anti-Ro** =Ro y La son los nombres de unas proteínas que se hallan en el núcleo de las células: 280

**Ac. Anti-La** =anticuerpos anti-La: 186

**Anti-La** =Ro y La son los nombres de unas proteínas que se hallan en el núcleo de las células: 280

**Ac. Anti-Scl-70** = anticuerpos anti- Scleroderma: 186

**Anti-Slc** =anti-Scleroderma. Con error en la grafía: 280

**Ac. Anti-Sm** =anticuerpos anti- Smith: 186

**Anti-Sm** =anti-Smith: 280

**Ac. Anti-Jo-1** =Anticuerpo antinuclear dirigido contra la proteína Jo1: 186

**Anti-Jo-1:** 280

**Anticuerpos anti VIH** (vid. VIH): 33

**Ac. Antimicrosomales** =anticuerpos antimicrosomales: 434

**Ac. Antimitocondriales** =anticuerpos antimitocondriales: 186 (Antimitocondriales: 280, 434)

**Ac. Antimúsculo liso** =anticuerpos antimúsculo liso: 186 (Antimusculo liso: 280, 434)

**Ac. de inmunidad** =anticuerpo de inmunidad: 186

**ASLO** = anticuerpos antiestreptolisina O: 66, 424

**Anti-PR3** =anti-proteinasa 3 o anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos: 280

**Anti HAV IgG** =inmunoglobulina anti virus hepatitis A. IgG =inmunoglobulina G ; HAV = virus hepatitis A (hepatitis A virus). LO correcto sería IgG anti HAV IgG o anti VHA IgG: 244

**Anti HAV IgM** =inmunoglobulina anti virus hepatitis A. IgM =inmunoglobulina M; HAV = virus hepatitis A (hepatitis A virus). LO correcto sería IgM anti HAV IgM o anti VHA IgM: 244

**Anti HBc positive** = antígeno core del virus de la hepatitis B (Hepatitis B core): 244 (vid. HBc)

**Anti HCV** =virus de la hepatitis C (hepatitis C virus): 244

**AntiVHC** =virus de la hepatitis C (vid. VHC): 126

**AntiHTA** =anti hipertensión arterial (vid. HTA): 35

**antiHU** =anti hidroxurea: 119

Como formas con prefijo anti- sin reducir obtenemos:

Antimieloperoxidasa neutrofilo: 280

Anticélulas parietales: 354

Antifactor intrínseco: 354

**A. Fólico** = ácido fólico: 66, 80, 148, 390, 391 (Ácido Fólico: 4, 192, 219, 244; ácido **fólico**: 7, 119, 238, 318, 354; Ácido fólico: 58, 258)

**Ac. Fólico** =ácido fólico: 23, 189, 424, 487

**ac. Úrico** =ácido úrico: 14, 137, 141, 142, 159, 169, 183, 256, 280, 354, 392 (Ácido Úrico: 14, 141, 169, 183, 187, 193, 256, 280, 298, 318, 319, 336, 390, 391, 392, 488, 500; ácido úrico: 4, 6, 7, 18, 25, 39,66, 74, 76, 86, 116, 118, 145, 173, 179, 181, 182, 184, 185, 186, 213, 215, 224, 240, 244, 258, 261, 262, 263; Ácido úrico: 217; urico: 177)

**Ac. Úrico** =ácido úrico: 137, 142, 159, 189, 354, 392, 424

**ac. úrico** = ácido úrico: 150

**ac úrico** =ácido úrico: 194

**<c úrico** =ácido úrico (error): 169

**A. Úrico** =ácido úrico: 137, 142, 158, 189, 434, 489

**A. Cardiaca** =auscultación cardiaca: 64, 115, 133, 141, 145, 161, 184, 185, 187, 219, 238, 240, 244, 256, 319, 424, 447, 515, 530, 532, 533 (auscultación cardiaca: 4, 18, 19, 22, 250, 263; Auscultación cardiaca: 4, 15, 18, 19, 22, 36, 40, 41, 44, 46, 48, 50, 52, 77, 82, 87, 90, 92, 95, 101, 105, 109, 111, 115, 117, 120, 130, 132, 133, 135, 139, 143, 147, 151, 157, 159, 164, 167, 168, 169, 172, 174, 176, 180, 184, 188, 190, 191, 203, 205, 217, 219, 222, 227, 229, 231, 233, 236, 238, 241, 243, 244, 251, 253, 261, 263, 264, 266, 269, 271, 273, 279, 282; Auscultación Cardíaca: 161; Aparato cardiaco: 221)

**A. Cardíaca** =auscultación cardiaca: 3, 5, 6, 30, 53, 80, 124, 127, 141, 145, 183, 185, 187, 213, 240, 256, 298, 319, 335, 336, 424, 543, 552

**A. cardiaca** =auscultación cardiaca: 2, 3, 5, 6, 124, 127, 149, 183

**A. cardíaca** =auscultación cardiaca: 3, 5, 6, 124, 127, 183

**AC** (error por AP): 283

**AC** =auscultación cardiaca: 7, 10, 12, 23, 25, 27, 28, 29, 38, 49, 56, 58, 67, 76, 84, 98, 99, 103, 112, 116, 136, 137, 142, 150, 158, 166, 173, 177, 179, 182, 186, 193, 194, 211, 214, 215, 223, 224, 228, 230, 246, 248, 249, 259, 262, 272 (AC:RS), 280, 283, 287, 288, 296, 297, 300, 304, 306, 307, 317, 318, 361, 365, 366, 367, 368, 381, 383, 390, 391, 392, 407, 409, 410, 427, 434, 437, 450, 452, 454, 455, 456, 457, 458, 466, 467, 469, 471, 475, 483, 484, 489, 500, 503, 505, 506, 507, 511, 513, 520, 521, 522, 526, 531, 537, 550, 566, 570, 574, 576, 582, 587, 588, 595, 597, 598, 599, 603, 606, 607, 609

**A.C.** =auscultación cardiaca: 24, 26, 39, 83, 84, 86, 94, 98, 99, 103, 134, 166, 173, 200, 215, 220, 224, 252, 262, 316, 438, 487, 488, 490, 497, 542

**Ausc. Cardíaca** =auscultación cardiaca: 49, 54, 70, 71, 73, 136, 137, 142, 150, 158, 177, 179, 182, 186, 193, 194, 211, 214, 223, 228, 230, 246, 249, 250

**Aus cardíaca** =auscultación cardiaca: 480, 560

**Ausc. cardiaca** =auscultación cardiaca: 250

**ACP** =auscultación cardiopulmonar: 1, 9, 16, 33, 34, 35, 41, 42, 83, 86, 100, 118, 200, 220, 252, 259, 267, 274, 275, 293, 305, 306, 311, 326, 385, 393, 396, 414, 415, 416, 472, 502, 568, 586, 593

**A. Cardiopulmonar**=auscultación cardiopulmonar: 189, 232 (Auscultación cardiopulmonar: 8, 13, 31, 33, 45, 47, 93, 119, 170, 201, 245, 247, 276)

**ACP2** =auscultación cardiopulmonar: 126

**A.C. y A.P.** =auscultación cardiaca y auscultación pulmonar: 94

**P.C.** =presión cardiaca: 66

**ACFA** =arritmia completa por fibrilación auricular: 62, 427

**ACXFA** =arritmia completa por fibrilación auricular: 287, 288

**AcxFA** =arritmia completa por fibrilación auricular: 129, 152, 423

**AcXFA** =arritmia completa por fibrilación auricular: 129

**AC X FA** =arritmia completa por fibrilación auricular: 163, 287, 288, 341

**A.C. x F.A.** =arritmia completa por fibrilación auricular: 141

**A.C. xF.A.** =arritmia completa por fibrilación auricular: 141, 424

**ACM** =arteria cerebral media: 363, 365, 366, 367, 368

**ACTP** =angioplastia coronaria transluminal percutánea: 30

**ACV** =accidente cerebrovascular: 50, 51, 96, 117, 128, 189, 203, 204, 205, 228, 229, 230, 313, 380, 381, 382, 383, 406, 407, 408, 409, 410 (accidente cerebrovascular: 95; Accidente cerebro vascular agudo: 82)

**AD** = aurícula derecha: 41, 262

**ADA** = Adenosindesaminasa (prueba para diagnosticar tuberculosis): 7, 58, 122, 212, 213 (el ADA), 298

**A.D.A.** = Adenosindesaminasa: 141

**ADE** = amplitud de distribución eritrocitaria o ancho de distribución de eritrocitos: 214, 223, 232, 280, 363, 389, 395, 460

**Adenoca.** =adenocarcinoma: 295

**Adenoc.** =adenocarcinoma: 148

**ADENOCA.** =adenocarcinoma: 171

**Adjto** =adjunto: 84 (Adjto M. Interna), 166 (Adjto M. Interna), 215 (Adjto M. Interna), 224 (Adjto M. Interna)

**M. Adjunto** =médico adjunto: 71 (Médico Adjunto: 73) (vid. M. ‘médico’)

**ADO** =antidiabéticos orales:51, 429

**ADOs** =antidiabéticos orales. Se debe escribir sin –s final aunque sea en plural: 150 (antidiabéticos orales: 93, 95, 193)

**adp** = adenopatías: 29

**AF** = fibrilación auricular (atrial fibrillation): 151

**AF** =alergias farmacológicas: 98, 99, 183, 244

**AFC** =alergias farmacológicas conocidas: 85, 194, 195 (No AFC)

**Sin alergias F conocidas** =sin alergias farmacológicas conocidas: 252

**NAMC** =no alergias medicamentosas conocidas: 152 (No alergias medicamentosas conocidas: 160, 161, 219)

**AMC** =alergias medicamentosas conocidas: 10, 160, 161, 401, 402, 403

**AFP** = alfafetoproteína: 10, 98, 99, 108, 127, 183, 244, 256, 272 (alfafetoproteína: 33; alfafetoproteína: 293; alfafetoproteínas: 434)

**Ag** =agosto: 150

**Ag.** = antígeno: (antígeno carcinoembrionario: 434 (vid. CEA); antígeno prostático: 354, 434 (vid. PSA))

**Ag. Legionella** =antígeno Legionella: 424 (Antígeno de Legionella: 240)

**Ag. de Legionella:** 13

**Ag. de Legionella y Pneumococo** =antígeno de Legionella y Pneumococo: 14

**Detección Ag. Neumococo:** 424

**AI** = aurícula izquierda: 161, 262

**A. Izda** = aurícula izquierda: 424

**AIzda** =aurícula izquierda: 22

**AINES** =antiinflamatorios no esteroideos. Se debe escribir sin s final aunque sea en plural): 25, 123  
(Antiinflamatorios no esteroideos: 13)

**AINES** =antiinflamatorios no esteroideos. Se debe escribir sin s final aunque sea en plural: 45, 194

**Aines** =antiinflamatorios no esteroideos. Se debe escribir sin s final aunque sea en plural: 188

**AIT** = ataque isquémico transitorio: 5, 51, 83, 84, 85, 86, (estos cuatro son plurales sin marca), 96, 126, 134, 137, 159, 160, 161, 170, 204, 277, 374, 375, 528, 530

**alb** =albúmina: 150 (Albúmina: 1, 4, 7, 9, 14, 18, 25, 31, 34, 40, 41, 47, 105, 132, 136, 158, 169, 173, 179, 181, 186, 193, 298, 326, 335, 336, 500)

**Alfa-1:** 298

**Alfa 1:** 336

**Alfa-2:** 298

**Alfa 2:** 40, 76, 336

**Alfa 1 y Alfa 2 betaglobulinas:** 124

**Alfa 1 Globulinas:** 145

**alfa 2 globulinas:** 94

**alfa 1 y alfa 2 globulinas:** 58, 173

**Alfa 1 y Alfa 2 Globulinas:** 53

**alt** =alteración: 141, 424

**Alt.** = alteración 141, 183

**alt** = alteración/ alteraciones: 141

**alt** =alteraciones: 17, 141

**Alt.** =alteraciones: 424

**Alt. óseas degenerativas** =alteraciones: 112, 189

**alt. tróficas bilaterales** =alteraciones: 183

**alt. Tróficas** =alteraciones: 141, 183

**ALT** = alanina aminotransferasa: 141

**Amp** =ampolla: 316 (Nolotil ampollas), 365 (=ampolla) 365

**AMP** =ampollas: 18

**amp** =ampollas: 21, 316, 417 (2 amp y en la misma línea 2 ampollas IM), 419 (1amp)

**Angioresonancia Magnética Nuclear** (¡¡¡curioso!!!: una prueba de nombre largo sin siglas): 186

**ANT** =anterior: 141, 162, 239

**ANT** = anteriores: 141, 183

**AO** = aorta/ aortica en el mismo documento: 161

**Ao** = aórtica: 424

**A. Patológica** = anatomía patológica: 360 (ANATOMÍA PATOLÓGICA: 434)

**RESULTADO A. P.** =anatomía patológica: 540

**Diagnóstico AP** =anatomopatológico: 78

**A.P.** = anatomía patológica: 81, 88, 324

**a. pat.** =anatomía patológica: 58, 108, 212, 213

**AP** = anteroposterior: 276 (radiografía), 393, 398

**Ap** =auscultación pulmonar: 193 (Auscultación Pulmonar: 161; Auscultación pulmonar: 4, 15, 18, 22, 36, 40, 41, 44, 46, 48, 50, 52, 77, 82, 87, 90, 92, 95, 101, 105, 109, 111, 115, 117, 120, 130, 132, 135, 139, 143, 147, 151, 157, 159, 161 (Pulmonar), 164, 167, 168, 169, 172, 174, 176, 180, 181, 184, 188, 190, 191, 203, 205, 217, 219, 222, 227, 229, 231, 233, 236, 238, 241, 243, 244, 251, 253, 261, 263, 264, 266, 269, 271, 273, 279, 282, 316, 438, 487, 497, 542)

**A. pulmonar** =auscultación pulmonar: 2, 3, 5, 6, 53, 80, 124, 127, 133, 141, 145, 149, 183, 185, 187, 213, 240

**A.P.** =auscultación pulmonar: 24, 25, 39, 56, 58, 64, 70, 84, 94, 98, 99, 103, 134, 166, 173, 215, 224, 316, 355

**AP** =auscultación pulmonar: 7, 10, 12, 20, 23, 27, 28, 29, 39, 54, 73, 74, 76, 112, 116, 136, 137, 142, 150, 158, 161, 177, 179, 182, 186, 194, 196, 211, 214, 223, 224, 228, 230, 246, 248, 249, 262, 272 (AP: MVC), 280, 287, 288, 296, 297, 300, 304, 317, 318, 359, 361, 365, 366, 367, 368, 383, 386, 390, 391, 392, 409, 410, 427, 434, 452, 454, 455, 456, 457, 458, 466, 467, 469, 471, 475, 483, 484, 489, 500, 503, 505, 506, 507, 511, 513, 520, 522, 526, 531, 550, 570, 574, 576, 582, 587, 588, 595, 597, 598, 599, 603, 606, 607, 609

**A. Pulmonar** =auscultación pulmonar: 3, 5, 6, 30, 80, 124, 127, 133, 141, 145, 183, 185, 187, 213, 240, 256, 298, 319, 335, 336, 424, 447, 493, 515, 530, 532, 533, 543, 552

**AR** (error por AP o auscultación respiratoria): 49, 407, 437, 450, 521, 537, 566

**Ausc. pulmonar** =auscultación pulmonar: 250

**Aus pulmonar** =auscultación pulmonar: 480, 560

**aprox.** =aproximadamente: 244, 298

**APTT** = tiempo de tromboplastina parcial activada (activated partial thromboplastin time): 40, 68, 127, 158, 181, 280, 283, 363, 460

**AR** =anemia refractaria: 381, 407

**ARS** =anemia refractaria sideroblástica: 343, 346, 348

**A. refractaria** =anemia refractaria: 347

**AREB-t** =anemia refractaria por exceso de blastos- transfusión o en transformación: 258 (en el mismo informe Anemia Refractaria) (anemia refractaria con exceso de blastos: 259, 260, 261, (también en diagnóstico), 262, 263, 264; anemia refractaria por exceso de blastos: 260; anemia refractaria sideroblástica: 342, 344)

**AREB** =anemia refractaria por exceso de blastos: 259, 427

**(ARUB)** (puede ser un ERROR por AREB –anemia refractaria por exceso de blastos): 262 [hemopatía crónica grave (ARUB)]: 263

**ARVB** (Puede ser un ERROR por AREB –anemia refractaria por exceso de blastos): 262, 263

**A. sangre** = analítica de sangre: 122

**ATB** =antibiótico: 66, 183 (amplio espectro)

**ATP** = trifosfato de adenosina–para el tratamiento de la taquicardia (Antitachycardia pacing o adenosine triphosphate ): 138

**AV** = auriculoventricular: 151 (bloqueo AV de I grado ; también AV sola), 179 (bloqueo AV de primer grado y bloqueo AV de I grado); 151 (conducción AV)

**aVF** = augmented voltage foot: 127

**AVF** = augmented voltage foot: 173

**AZT** =Azidotimidina o Zidovudina. Zidovudine Structural Formulae. Zidovudina, Azidotimidina o AZT fue el primer medicamento antirretroviral –para el tratamiento del VIH: 318

**Linfocitos B como T**: 141

**Grado II B**: 5

**B** = Basófilo: 336, 424 (Basófilos: 66, 141, 183, 201, 363, 389, 460; Basófilo: 115)

**Bact** = bacterias: 280 (Bacterias: 86, 137, 215, 224, 230, 488)

**BAL** = broncoalveolar o bronchoalveolar lavage (microbiología): 280

**BAS** =broncoaspirado, en microbiología: 54, 124, 280

**B.A.S.** =broncoaspirado, en microbiología: 424

**BAT** = batería: 544

**bat** = batería: 542

**BAV** = bloqueo auriculoventricular: 22, 177 (Bloqueo aurículo-ventricular de I grado: 24)

**BCRI** =bloqueo completo rama izquierda: 28

**B.D.** = bilirrubina directa : 10, 74, 86, 272, 450 (Bilirrubina Directa: 74, 187, 200, 393)



**BD** =bilirrubina directa: 10, 86, 272, 450

**B.I.** = bilirrubina indirecta: 74, 86 (bilirrubina indirecta: 187)

**BI** = bilirrubina indirecta: 74, 86

**B.T.** = bilirrubina total: 10, 272

**Btotal** = bilirrubina total: 150, 293, 298, 336, 393, 424, 434, 450 (Bilirrubina: 4, 14, 18, 96, 118, 181, 244, 256, 262, 263, 450; bilirrubina total: 1, 9, 31, 66, 73, 74, 76, 94, 95, 137, 141, 158, 179, 181, 182, 183, 186, 187, 200, 201, 206, 238, 244, 256, 261, 262, 263, 293, 298, 336, 393, 424, 434, 450, 488, 489, 500; Bilirrubina total (directa): 41, 47, 73, 74, 94, 95, 187, 200, 256, 293, 298, 336, 393, 424, 434, 450; Bilirrubina total (indirecta): 41, 47, 94, 187, 256; Bilirrubina : 450; Bilirrubina total : 488, 489, 500)

**BT** = bilirrubina total: 10, 272

**Bil t** = bilirrubina total: 169, 293, 298, 336, 393, 424, 434, 450

**Bil T** = bilirrubina total: 193, 293, 298, 336, 393, 424, 434, 450

**BEG** = buen estado general: 14, 17, 262, 267, 381, 383, 393, 407, 410, 427, 521, 537, 546

**REG** =regular estado general: 566

**Beta HCG** = gonadotropina coriónica humana. (Human chorionic gonadotropin ). En Yetano, “BHCG: sub-unit beta human chorionic gonadotropin –gonadotrofina coriónica humana, subunidad beta”): 98, 99 (Beta: 298, 319, 336)

**Beta-2-microglobulina** (suero): 122, 183, 354 (betaglobulinas: 124)

**IB2 micro globulina** = Beta-2-microglobulina: 7

**BFS** = broncofibroscopia (bronchofibroscopy): 424

**BF** =broncofibroscopia o broncoscopio flexible o broncofibroscopio: 54 (broncofibroscopio), 247 (broncofibroscopia)

**BHC** =biometría hemática completa (radioterapia + BHC): 260

**BK** = Bacilo de Koch: mycobacterium tuberculosis: 54 (baciloscopia), 594, 596

**BQ** = bioquímica: 12, 28, 150, 249, 280, 393, 423, 427, 467, 475, 477, 478 (Bioquímica: 18, 19, 21, 22, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 39, 40, 41, 47, 49, 78, 80, 84, 86, 89, 94, 96, 98, 99, 100, 103, 110, 115, 116, 118, 119, 122, 124, 132, 134, 137, 141, 145, 158, 161, 166, 168, 173, 181, 183, 184, 189, 191, 192, 200, 201, 206, 211, 213, 214, 215, 217, 219, 220, 221, 223, 224, 230, 237, 238, 240, 242, 250, 280, 316, 318, 319, 335, 336, 341, 354, 363, 365, 374, 375, 382, 386, 390, 391, 392, 395, 403, 408, 412, 424, 429, 431, 434, 438, 447, 448, 450, 452, 460, 465, 469, 471, 480, 486, 487, 494, 497, 498, 500)

**B.Q.** = bioquímica: 423

**Bq** = bioquímica: 437

**Bioq<sup>a</sup>** = bioquímica: 588

**Bioq** = bioquímica: 484

**BI-RADS** = sistema de informes y datos de imágenes mamarias (breast imaging reporting and data system): 168, 169

**BIRADS 5** = sistema de informes y datos de imágenes mamarias (breast imaging reporting and data system): 274, 275

**Bi-Rads** = sistema de informes y datos de imágenes mamarias (breast imaging reporting and data system): 371

**B.R.I.D.H.H.** = bloqueo rama izquierda de haz de His: 424

**BICRDHH** = bloqueo incompleto rama derecha Haz de His: 577

**BIRDHH** = bloqueo incompleto de rama derecha: 600

**B.I.R.D.H.H.** = bloqueo incompleto de rama derecha: 66 (bloqueo incompleto de rama izquierda: 7)

**bloqueo completo de rama izda de Haz de Hiss** = bloqueo completo de rama izquierda del Haz de Hiss: 185

**BRIHH** = bloqueo rama izquierda: 181 (Bloqueo de rama izquierda: 184)

**B.R.I.H.H.** = bloqueo de rama izquierda del Haz de Hiss: 182, 183

**Bloqueo R.I.H.H.** = bloqueo de rama izquierda del Haz de Hiss: 183

**Bloqueo de rama izda:** 30

**bloqueo rama izda** = bloqueo completo rama izquierda: 136

**BRDHH** = bloqueo rama derecha: 280

**BRD** = bloqueo de rama derecha: 22, 250 (BRD + HHAI: bloqueo de rama derecha + haz de His aurícula izquierda), 423

**Bloqueo de rama:** 136, 137, 180, 184, 219

**BCR-ABL:** BCR = the breakpoint cluster región protein; gen de región de fractura. Es una alteración génica que suele estar presente en la mayoría de pacientes con leucemia mieloide crónica y en algunos pacientes con leucemia linfoblástica aguda; consiste en la mutación de dos genes: gen ABL y gen BCR. ABL = toma su nombre de Abelson, el nombre de un virus causante de leucemias; región q34.: 359

**BMT<sub>est</sub>** = prueba para determinar el nivel de azúcar; marca de las tiras reactivas que fabrica Roche; viene de Boehringer Mannheim, ahora llamado Roche –en 1998 Roche adquirió el grupo alemán Boehringer Mannheim: 329, 330, 383, 410

**BMT** = prueba para determinar el nivel de azúcar; marca de las tiras reactivas que fabrica Roche; viene de Boehringer Mannheim, ahora llamado Roche –en 1998 Roche adquirió el grupo alemán Boehringer Mannheim: 48, 409

**BMTS** =prueba para determinar el nivel de azúcar; marca de las tiras reactivas que fabrica Roche; viene de Boehringer Mannheim, ahora llamado Roche –en 1998 Roche adquirió el grupo alemán Boehringer Mannheim: 233

**BMTs** =prueba para determinar el nivel de azúcar; marca de las tiras reactivas que fabrica Roche; viene de Boehringer Mannheim, ahora llamado Roche –en 1998 Roche adquirió el grupo alemán Boehringer Mannheim: 23

**BNP** = representa péptido natriurético cerebral o b-péptido natriurético de tipo que se produce en los ventrículos del corazón. Prueba de BNP para el corazón se realiza para medir el nivel del compuesto químico BNP en su sangre: 437

**proBNP** =representa péptido natriurético cerebral o b-péptido natriurético de tipo que se produce en los ventrículos del corazón. Prueba de BNP para el corazón se realiza para medir el nivel del compuesto químico BNP en su sangre: 588

**Pro-BNP** =representa péptido natriurético cerebral o b-péptido natriurético de tipo que se produce en los ventrículos del corazón. Prueba de BNP para el corazón se realiza para medir el nivel del compuesto químico BNP en su sangre: 134, 173

**Pro BNP** = peptide péptido natriurético tipo B (Pro B-type natriuretic): 141, 181, 214, 223

**BPD** = bronquio principal derecho: 116, 298 (Bronquio principal derecho: 116)

**B.P.D.** = bronquio principal derecho: 298

**BPI** = bronquio principal izquierdo: 116

**Bronquio principal izdo.:** 116

**BLSD** = bronquio lateral superior derecho: 298

**BLMD** = bronquio lateral medio derecho: 298

**B.L.M.D.** = bronquio lateral medio derecho: 298

**BLID** = bronquio lateral inferior derecho: 298

**BSGC** =biopsia selectiva del ganglio centinela: 309

**BZD** = Benzodiacepinas: 600

**B2C** =modelo de prótesis de cadera: 404

**C°** =centígrados: 401, 402, 403, 409, 410, 419 (centígrados: 125)

**° C** =símbolo del grado Celsius o centígrado: 23, 24, 58, 80, 98, 99, 115, 127, 134, 137, 145, 158, 166, 168, 169, 184, 214, 215, 221, 223, 224, 240, 244, 250, 257, 261, 262, 263, 267, 298, 335, 336, 383, 389, 395

**°c.** =símbolo del grado Celsius o centígrado: 3, 5, 9, 10, 56, 84, 103, 121, 150

**Grado C°** =símbolo del grado Celsius o centígrado: 375, 379

**C/** =calle: 94, 183, 213

**c/** =calle: 4, 14

**C/** =comprimido: 150

**C** =comprimidos: 1, 2

**c** =comprimidos: 14

**C.** = consciente: 531

**c. de hematología** =consulta de hematología: 347

**C.** =consulta: 115, 116 (Consulta: 155, 184, 186, 385; consulta: 216, 262) (Consulta 53)

**Cta.** =consulta: 6, 49, 74, 78, 89, 100, 142, 148, 182, 287, 307, 327, 390, 392

**Cta** =consulta: 5, 100, 126, 210

**cta** =consulta: 153

**cta.** =consulta: 213

**Ctas.** =consultas: 86, 100, 335

**Cta. Ext.** =consulta externa: 280 (consulta externa: 91; Consulta Externa: 43, 104, 106, 112; consultas Externas: 119

**C.Ext.** =consulta externa: 374, 375

**CCEE** =consultas externas: 262, 383, 409, 410

**Cext** =consulta externa: 4

**Consultas ext** =consultas externas: 193

**Ctas. Externas** =consultas externas: 74

**Cta. Externa** =consulta externa: 74

**CEX** =consulta externa: 133, 152, 153, 195, 403

**CEX-Preferente:** 419

**CEXT** =consulta externa: 272, 273

**C.E.** =consulta externa: 346

**C. Externa** =consulta externa: 318, 344

**C cervical** =columna: 424

**c. dorsal** =columna dorsal: 122 (vid. Columna dorsal (D5 y D6)

**C.** = concentrado: 183, 346

**C** =concentrado: 408 (TAXOTERE X 1 C)

**C. hematíes** = concentrado de hematíes: 183, 306 (800 cc C. hematíes: 306), (concentrados de hematíes: 28, 83, 120, 130, 169, 185, 218, 256, 258, 259, 262; concentrado de Hematíes: 64; concentrado de hematíes: 66, 130, 155, 182, 234, 262, 263; concentrados de sangre: 216)

**C. de hematíes** =concentrado de hematíes: 343, 347, 348

**C. Hematíes** =concentrado de hematíes: 126

**80 cc DE HEMATÍES:** 306

**2CH** = concentrados de hematíes: 359

**u.c.hematíes** =unidades de concentrado de hematíes: 183

**U. de C.H.** =unidades de concentrado de hematíes: 346

**U. concentrado de hematíes** = unidades de concentrado de hematíes: 424

**C. de Salud** =Centro de Salud: 281

**C. Salud** =Centro de Salud: 22

**C. Bacteriano (-)** = cultivo bacteriano: 141

**C. Cetónicos** = cuerpos: 244, 261, 262, 263 (cuerpos cetónicos: 94, 256)

**C. Hongos** = cultivo de hongos: 424

**C. isquémica** =cardiopatía isquémica: 183

**C. Vocales** = cuerdas vocales: 424

**Hepatitis C:** 274, 275

**C1** = 1ª vértebra cervical: 185

**C2** = 2ª vértebra cervical: 185

**C3** = vértebras cervicales: 179, 213, 314, 316, 317, 318, 319

**C4** = vértebras cervicales: 179, 213, 314

**C5** = 5ª vértebra cervical: 314

**C15:** 371

**C1, 2** (soplo holosistólico en...): 185

**C' 3** =complemento: 314

**C'4** =complemento: 314

**Ca.** = carcinoma: 28, 29, 136, 141, 143, 168, 169, 171, 181, 183, 187, 201, 215, 224, 228, 258, 295, 298, 383, 409, 410, 447, 88 (Ca. próstata), 256 (Ca. de próstata), 260 (Ca. de próstata), 261 (Ca. de próstata), 263 (Ca. de próstata), 338 (Ca. epidermoide –cuatro veces), 355 (Ca. de células de epitelio), 428 (ca. de laringe), 434 (Ca. próstata), 447, 448, 488 (Ca. de próstata), 489 (Ca. de próstata), 200

**Ca** = carcinoma: 14, 66, 256, 318, 336, 401, 402, 403, 447, 28 (Ca de próstata), 29 (Ca de próstata), 143 (Ca de próstata), 171 (Ca Prostata), 215 (Ca de mama), 224 (Ca de mama), 228 (Ca mama), 258 (Ca próstata), 264 (Ca de vejiga), 295 (Ca basocelular), 342 (Ca de recto), 346 (Ca recto), 383 (Ca epidermoide), 386 (Ca transicional RENAL), 427 (Ca de céls), 484 (Ca epidermoide)

**Ca:** = carcinoma: 7, 9

**CA.** = carcinoma: 88 (CA. PROSTAT. En diagnóstico), 115 (CA. DE LARINGE, en diagnóstico), 142 (CA. DE PRÓSTATA, en diagnóstico), 343 (CA. RECTO), 382 (CA. EPIDERMOIDE, en diagnóstico) 234, 257, 259, 305, 306, 307, 347, 348, 408, 409 (CA. EPIDERMOIDE), 488 (CA. DE PRÓSTATA, en diagnóstico)

**CA** =carcinoma: 34, 40 115 (CA epidermoide, CA de laringe), 234 (CA DE PROSTATA, en diagnóstico), 257 (CA de próstata, también en diagnóstico), 259 (CA de próstata) (CA PRÓSTATA, en diagnóstico), 305 (CA de pulmón), 306 (CA de pulmón), 307 (CA de pulmón), 347 (CA RECTO), 348 (CA RECTO)

**Carcinoma:** 193, 195, 196, 204, 210, 213, 230, 246, 253, 141 (Carcinoma de próstata), 255 (Carcinoma de próstata), 262 (Carcinoma de próstata), 386 (en diagnóstico), 447, 448; carcinoma: 168 (carcinoma de mama), 169 (carcinoma de mama), 246 (carcinoma lobulillar in situ), 298, 305 (carcinoma de colon), 306 (carcinoma de colon), 307 (carcinoma de colon), 338 (carcinoma epidermoide –no aparece el primero en el texto), 382 (carcinoma epidermoide), 425; **CARCINOMA:** 34 (en diagnóstico), 193, 195, 196, 204, 210, 213, 230, 246 (en diagnóstico), 253 (en diagnóstico), 255 (en diagnóstico), 262 (CARCINOMA DE PROSTATA, en diagnóstico), 298 (en diagnóstico), 306 (en diagnóstico), 307 (en diagnóstico), 424 (en diagnóstico), 425 (en diagnóstico), 447 (en diagnóstico), 448 (en diagnóstico); **cáncer:** 200 (cáncer gástrico),

**C. epidermoide** = carcinoma: 141 (en diagnóstico)

**Ca** = calcio: 213, 298, 318, 336, 386, 424, 434 (Calcio: 488, 489)

**CA 15.3** = antígeno carbohidrato (Cancer antigen mayor; marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama): 7, 39, 40, 41, 168, 192, 193, 230, 274, 293, 371, 390, 391, 392, 434

**CA-15.3** = antígeno carbohidrato (Cancer antigen mayor; marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama): 7, 39, 58, 231, 232, 244

**CA 15:3** = antígeno carbohidrato (Cancer antigen mayor; marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama): 290, 291, 292, 306, 307

**Ca – 15.3** = antígeno carbohidrato (Cancer antigen mayor; marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama): 424

**Ca 15.3** = antígeno carbohidrato (Cancer antigen mayor; marcador tumoral monoclonal del cáncer de mama): 112

**CA 125** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas: 7, 39, 40, 434

**Ca 125** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas: 10, 112, 206

**CA-125** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas: 7, 39, 58, 244

**Ca-125** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas: 141, 183, 424

**CA 12.5** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de ovario y ciertos linfomas: 293, 295

**Ca 19.9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 10, 112, 115

**Ca 19-9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 206

**CA 19.9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 34, 105, 158, 180, 181, 293

**Ca 19,9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 424

**CA-19.9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 7, 33, 34, 58, 94, 96, 98, 99, 112, 158, 165, 166, 219, 232, 244, 256

**Ca-19.9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 183

**CA 19.9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 293, 305, 311, 434, 444

**CA 19 9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 40, 41, 96, 132, 305, 306, 307

**CA 19-9** =marcador tumoral monoclonal del cáncer de colon, de pulmón, páncreas y mama: 7, 181, 206

**CA 19.8** (quizá es un error): 18, 19

**cáps.** =cápsulas: 141, 278 (con error de concordancia) (cápsulas: 169)

**caps** =cápsulas: 4

**CAPS** =cápsulas: 318

**cp.**=cápsula: 169

**CP** =cápsula: 169

**cp** =cápsula: 249

**CARS** =Centro Asistencial Reina Sofía: 207, 417

**CARBO + UTEFOS** = Carboplatino: 408 (Carboplatino + Utefos: 408)

**CD 4** (C.D. = conjunto de diferenciación o cluster de diferenciación; linfocitos cooperadores inductivos): 318, 319

**CD 8:** 319

**CD4+** (= linfocitos T colaboradores; linfocitos cooperadores inductivos. ¿células dendríticas?): 316, 317, 318, 319

**nadir CD4+:** 316, 317, 318

**CD8+** = linfocitos T citotóxicos ¿células dendríticas?

**CDDP** = cisdiaminodicloroplatino o cisplatino: 311, 382, 414, 415, 416

**Ce** =cena: 14

**CEA** = antígeno carcinoembrionario (carcinoembryonic antigen): 7, 10, 18, 19, 33, 34, 37, 38, 42, 56, 58, 66, 94, 96, 98, 99, 112, 158, 165, 192, 193, 200, 201, 219, 230, 232, 244, 249, 256, 268, 272, 274, 293, 295, 305, 306, 307, 311, 326, 390, 391, 392, 444 (antígeno carcinoembrionario: 166, 434)

**C.E.A.** = antígeno carcinoembrionario (carcinoembryonic antigen): 182, 183, 424

**Cel. Mesoteliales** = células: 141

**cél. atípicas** = células: 424

**Cél. Escamosas, Cél. Epiteliales** = células: 424

**céls** =células: 427

**células/μl:** 181, 261

**cel/ μL.:** 261

**células/mcl:** 319

**CERB-B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 371

**C-erb-B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 168 (+++), 169 (+++)

**C-erb B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 274, 275

**Cerb-B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 192, 193, 230, 274 (ver otras)

**C-ERB B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 168 (+++), 169

**Cerb2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 192, 193

**Cerb-2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 229

**CER-B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 274



**c-erb B2** =Genc-erbB2 siglas en inglés: V-erb-b2 erythroblastic leukemia viral oncogene homolog 2i: 274

**CFN** = alga Chlorella pyrenoidosa; complemento fitonutricional: 161

**CHCM** =concentración de hemoglobina corpuscular media: 5, 103, 181, 238, 335, 363, 389, 460

**CHF** =concentrado de hematíes filtrado: 264, 412 (sinónimo de CHF (=congestive heart failure; insuficiencia cardiaca congestiva)

**CK** = creatin kinasa o creatina quinasa: 23, 39, 60, 100, 118, 127, 134, 148, 161, 179, 182, 187, 200, 256, 467, 480 (Creatin-Kinasa: 214; Creatin-kinasa: 181, 244, 261)

**cK** = creatin kinasa o creatina quinasa: 403

**Ck** =creatin kinasa o creatina quinasa: 600

**C** =cigarrillos: 187 (c/día) (cigarrillos: 34, 35, 98, 99, 104, 108 (cigarrillos/ día =cigarrillos al día), 182 (5 cigarrillos día), 32, 187, 213 (cigarrillos al día))

**c** = cigarrillos: 68, 184, 252 (40 c/ día =40 cigarrillos al día)

**cig** =cigarrillos: 141 (< 40 cig./ día =menos de 40 cigarrillos al día)

**CII** = cuadrante inferior interno: 246

**Circunf.** = circunferencial: 349

**CIST** =cistografía: 227

**CIV** = contraste intravenoso: 403

**Cl mórfico** =cloruro mórfico: 29

**Cl** = cloro: 23, 112, 141, 168, 183, 424, 452, 469, 471 (Cloro: 47, 76, 118, 211, 395, 460, 472)

**cL** =cloro: 403

**cl** = cloro: 477, 478, 484

**CLK** =cloruro potásico = ClK: 363

**C.M.A.** =Cirugía Mayor Ambulatoria: 160

**CMF** =Ciclofosfamida, metotrexato y fluorouracilo – para quimioterapia: 230

**CNF** (error por CMF): 229

**CMG** =cardiomegalia: 66

**CMG** =cystometrogram; cistometrograma: 141

**c.** =centímetros: 416 (un poco más adelante, cm.)

**cm.:** 1, 2, 15, 16, 19, 31, 32, 33, 42, 45, 53, 60, 65, 67, 78, 83, 85, 86, 89, 93, 94, 98, 126, 159, 163, 165, 198, 199, 200, 206, 221, 227, 230, 239, 245, 246, 268, 274, 275, 298, 305, 326, 327, 328, 329,

330, 331, 332, 333, 339, 363, 365, 366, 367, 368, 380, 381, 382, 386, 390, 391, 392, 393, 396, 406, 407, 408, 414, 415, 416 (centímetro: 193; centímetros: 123, 205)

**cm**: 1, 5, 6, 10, 15, 16, 18, 19, 20, 26, 35, 38, 39, 47, 54, 66, 74, 83, 85, 86, 94, 98, 99, 108, 116, 126, 127, 158, 165, 166, 169, 177, 179, 196, 201, 213, 238, 246, 256, 262, 272, 285, 293, 306, 307, 359, 383, 385, 390, 391, 392, 396, 410, 415

**cms**: 76, 141, 165, 175, 194, 219, 274, 349, 424

**CM** =centímetro: 45

**cms.:** 76, 85, 165, 175, 200, 424

**cm<sup>3</sup>** =centímetros cúbicos: 83

**cm<sup>3</sup>** =centímetros cúbicos = cc: 83

**cc** =centímetros cúbicos: 12, 40, 53, 65, 115, 171, 192, 193, 212, 261, 262, 263, 264, 270, 295, 306, 342, 363, 383, 398, 400, 410

**cc.** =centímetros cúbicos: 48

**c.c.** =centímetros cúbicos: 66, 141

**cm<sup>2</sup>** =centímetros cuadrados: 136

**cmx''** =centímetros por segundo: 179

**Cmp** (error por cpm = cuentas por minuto): 270

**Toxina Clostrid. Dificile** =Toxina Clostridium difficile: 257

**C** =comprimido: 104 (1C/12 HORAS), (1C/día)

**C.** =comprimido: 68, 110, 116, 150

**cmp** =comprimido: 134, 247

**comp.** =comprimido: 4, 11, 18, 20, 22 (comp. mast. 'comprimidos masticables'), 25, 27, 34, 35, 37, 42, 47, 56, 64, 70, 78, 84, 88, 98, 99, 102, 122, 179, 192, 193, 200, 232, 305, 306, 307, 311, 316, 319, 328, 331, 332, 333, 344, 365, 380, 381, 382, 390, 391, 392, 406, 407, 408, 414, 415, 416, 417 (comprimido: 3, 4, 5, 20, 94, 100, 108, 126, 136, 211, 232)

**comp./día** =comprimido al día: 94, 336

**comp./desayuno y cena** =comprimido en desayuno y cena: 98, 99, 134

**comp. cada 48 horas** =un comprimido cada 48 horas: 4, 179, 185, 192, 220, 230, 240

**1 comp./ 12 h** =un comprimido cada 12 horas: 56, 66, 70, 134, 141, 173, 215, 224, 238, 265

**comp** =comprimido: 4, 27, 56, 66, 70, 73, 115, 134, 141, 142, 166, 173, 192, , 193, 210, 215, 220, 224, 230, 240, 244, 247, 295, 324, 330, 342, 379, 396

1 comp/ 24 horas =un comprimido cada 24 horas: 295, 324

1 comp/ semana =un comprimido a la semana: 342

1 comp/ día = un comprimido al día: 56, 70, 134, 141, 142, 166, 173, 215, 224, 240, 244

comp c/ 7 días = un comprimido cada 7 días: 27

comp/noche =un comprimido a la noche: 4

1 comp al día = un comprimido al día: 56, 66, 192, 193, 210, 220, 230

l comp. con el desayuno =un comprimido con el desayuno: 301, 317

**cmpr** =comprimido: 306, 307

**COMP.** =comprimido: 7, 45, 318

**cp** = comprimido: 122, 150, 249 (cp / d), 262

**c** =comprimido: 4 (c/24 horas), 14 (1 c), 15, 104 (1c/8 horas), 45 (1 c/ desayuno, 1 c/ comida), 187 (1c/ 12 h.), 390 (c/ 8 h.)

**compr.**=comprimido: 306, 307, 329, 330, 374, 392

**Deposiciones c/ 2-3:** 14

**CO2** =dióxido de carbono: 280

**CO3H** = es un anion por ladisociacion parcial del acido carbonico: 66, 480

**CO3HNa** =bicarbonato de sodio: 183, 424

**CO<sub>3</sub>H:** 298

**C y O** = consciente y orientado: 437, 550, 566, 597 (consciente y orientado: 64; consciente, orientado y colaborador: 42)

**Cy O** = consciente y orientado: 579

**C.O.** = consciente y orientado: 246

**CyO. NC** = consciente y orientado, normocoloreado: 363

**COC** = consciente, orientado y colaborador: 390, 391, 392

**C.O.C.** = consciente, orientado y colaborador: 12

**C, O, C** = consciente, orientado y colaborador: 12, 427

**C y O. Colaborador** = consciente y orientado, colaborador: 28

**CyC** = cabeza y cuello: 182 (tb. Consciente, orientado), 238, 500

**C y C** = cabeza y cuello: 29, 238

**CYC** = cabeza y cuello: 531

**C-C** = cabeza y cuello: 316

**co** =comida: 14

**coag** =coagulación: 12, 28, 427, 437, 475, 484 (Coagulación: 19, 23, 27, 33, 39, 40, 41, 49, 53, 70, 74, 86, 93, 98, 99, 118, 119, 132, 137, 145, 158, 166, 168, 169, 173, 181, 182, 189, 201, 214, 215, 223, 224, 230, 232, 238, 240, 247, 250, 252, 258, 259, 270, 272, 276, 280, 354, 363, 434, 451, 452, 460, 467, 469, 471, 477, 478, 497; coagulación de INR: 136; estudio de coagulación: 25, 56, 58, 68, 80, 83, 94, 96, 134, 184, 219, 220, 242, 444, 448 567; Coagulación: 18, COAGULACIÓN DE INR: 136)

**Coag** =coagulación: 600

**COAG** =coagulación: 28, 393

**E. Coag** = estudio de coagulación: 588 (vid. E. Coag)

**Co** =coagulación: 423

**col** = colegiado: 76, 281 (Colegiado: 376, 420)

**Cgdo.** =colegiado: 150, 249

**Cdg.** =colegiado: 279

**col. n°** =colegiado número: 22

**Col N°** =colegiado número: 47

**Colegiado n°:** 210

**Cgdo N°** =colegiado número: 150

**Colg. N°** =colegiado número: 179, 182

**N° Col** =número de colegiado: 26, 62, 68, 119, 175, 206, 252, 281, 371

**N° coleg.** =número de colegiado: 265

**N° Coleg** =número de colegiado: 81, 321, 355, 356

**N° Clgdo** =número de colegiado: 220, 312, 314, 365, 366, 367, 368, 423

**N° Co** =número de colegiado: 342, 412

**N° Colegiado** =número de colegiado: 1, 62, 101, 105, 107, 109, 111, 114, 117, 118, 120, 123, 125, 128, 130, 132, 135, 139, 140, 175, 206, 217, 222, 226, 227, 229, 231, 233, 236, 241, 242, 243, 245, 248, 251, 253, 255, 266, 269, 271, 273, 276, 279, 282, 286, 289, 290, 411, 413, 418, 422, 426, 430

**Col** = colesterol: 207 (colesterol: 14, 66, 118, 141, 187, 213, 220, 240, 256, 268; Colesterol: 76, 158, 181, 183, 186, 298, 305, 318, 336, 390, 391, 392, 424, 444, 489)

**CT** = colesterol total : 272, 316 (colesterol total: 37, 38; Colesterol total: 4, 18, 25, 39, 41, 73, 74, 86, 98, 99, 112, 127, 136, 137, 142, 179, 228, 244, 249, 261, 262, 263, 335, 428, 434, 488)

**Col. Total** = colesterol total: 182, 500

**Col.T.** = colesterol total 193

**CONS** =consultorio: 1, 2, 3, 4, 17, 20

**CORP** = consciente, orientado, receptivo y perceptivo: 10, 29, 383, 409, 410, 484, 520, 522

**C.O.T.** = cirugía ortopédica y traumatología: 51, 155, 404

**COT** = cirugía ortopédica y traumatología: 71

**CPK** = creatinfosfocinasa; Creatine phosphokinase o creatinfosfocinasa o creatina-fosfocinasa: 9, 136, 141, 183, 262, 298, 336, 424, 488

**CPR** = colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: 44, 75

**CPRE** = colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: 45, 74, 76, 83, 85, 86, 89, 219, 221, 451

**Cr** = creatinina: 4, 19, 22, 23, 28, 112, 136, 150, 191, 232, 249, 272, 487 (Creatinina: 1, 3, 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 22, 25, 27, 31, 35, 39, 40, 45, 47, 49, 58, 64, 66, 70, 73, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 87, 93, 95, 96, 98, 99, 115, 118, 122, 127, 132, 134, 136, 137, 141, 142, 148, 158, 161, 171, 173, 177, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 201, 206, 211, 213, 214, 215, 221, 223, 224, 238, 240, 242, 244, 246, 250, 256, 261, 262, 263, 274, 276, 280, 287, 298, 316, 318, 336, 341, 359, 363, 374, 375, 382, 386, 393, 395, 398, 403, 408, 424, 428, 429, 434, 450, 452, 460, 480, 483, 484, 488, 489, 492, 500; aclaramiento de creatinina: 492; creatinina: 137, 141, 158, 182, 183, 201, 240, 250, 256)

**cr** = creatinina: 22, 23

**creat** = creatinina: 12, 17, 66, 144, 169, 192, 193, 230, 252, 390, 391, 392, 427, 437, 464, 467

**Creat** = creatinina: 144, 230

**C.S. de San Román** = centro de salud de San Román: 279

**C.S. DE HARO** = centro de salud de Haro: 5, 6

**C.S. MARGUBETE** = centro de salud de Margubete: 13

**C.S. DE NÁJERA** = centro de salud de Nájera: 18, 19

**CTES** = constantes: 234

**CTPH** = colangiografía transparietohepática: 593, 594

**cuch.** = cucharadas: 278, 366, 367

**C.U.N.** = Clínica Universitaria de Navarra: 24 (Clínica Universitaria de Navarra: 251; Clínica Universitaria de Pamplona: 227)

**CUN** = Clínica Universitaria de Navarra: 227, 252

**CV** = calidad de vida: 98, 99, 295

**CV** = carga viral: 316, 319

**c.v.** = calidad de vida: 316

**Percusión CV** = cardiovascular: 98 (cardiovascular), 99

**D1 G1** = escala que mide el dolor: 219

**2 D** = dimensiones: 148 (3 modo 2 D)

**Mastectomía D** = mastectomía doble: 216, 225

**D3** = vértebra dorsal: 213

**D4** = vértebra dorsal: 126

**d4T** = Estavudina FÁRMACO: 318

**Columna dorsal (D5 y D6)**: 125 (vid. C. dorsal)

**D7** = vértebra dorsal: 126

**D9** = vértebra dorsal: 220, 222

**D10** = vértebra dorsal: 20

**D6** = vértebra dorsal: 389

**D4-D7** = vértebras dorsales: 125, 126

**IX dorsal**: 221

**D11** = vértebra dorsal: 98, 99

**D12** = vértebra dorsal: 77, 78, 98, 99, 389

**D12-L1** =vértebras: 1

**D11-L1** =vértebras: 98, 99

**DC3**: 319

**Estadio D1 G1**: 219

**Dcha** =derecha: 202

**dcha.** =derecha: 20, 37, 38, 83, 124, 126, 141, 200, 202, 228, 230, 246, 252, 290, 308, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 369, 372, 382, 400, 408, 424

**dcha** =derecha: 268, 311, 400, 484, 511 (derecha: 84, 126, 127)

**dchas.** =derechas: 400

**dch.** =derecha: 379

**drcha.** =derecha: 136, 247, 309, 326

**drch.** =derecha: 38

**D** = derecha: 216, 225,

**D.** =derecha: 275

**dcho** =derecho: 268, 400 (derecho: 5, 127)

**drcho.** =derecho: 20, 34, 112, 126, 136, 232, 247, 309

**dcho.** =derecho: 124, 126, 141, 200, 230, 268, 294, 311, 358, 378, 390, 391, 392, 400, 422, 439

**DC3** =CD3 pero en inglés: 319

**DCNU** =dicloro-4-nitrobenceno o dicloronitrobenceno: 59

**D-D** =dímeros D: 39, 56, 70, 134, 173 (Dímeros "D": 141, 424; Dimeros D: 477, 478, 483; Dimero D: 412, 546)

**DD** =dímeros D: 214, 223

**ddl** = Didanosina: 318

**desc.** = descendente: 17

**Transición D-L** = dorsal-lumbar: 570

**De/co/ce** =desayuno, comida y cena: 121

**1c/de 1c/co 1c/ce** =1 comprimido al desayuno, 1 comprimido en la comida, 1 comprimido en la cena: 14

**De, Co y Ce** =desayuno, comida y cena: 262

**DNO-CDA-CNA** =desayuno, comida, cena: 330, 331

**De** =desayuno: 145, 160, 169, 200, 212, 225, 230, 238, 240, 246, 252, 262 (desayuno: 98, 99, 134 (comp./desayuno y cena), 45 (1 c/ desayuno), 301, 317 (1 comp. con el desayuno))

**de** =desayuno: 14

**d** =desayuno: 249, 250  
**d** =día: 249, 250

} no se sabe el significado exacto: es ambiguo

**VSx DE**: 130

**DDDR** =marcapasos DDDR (cada letra corresponde a un modo específico de funcionamiento que especificamos en el siguiente cuadro): 588

1ª posición:	2ª posición:	3ª posición:	4ª posición:
Cámaras estimuladas	Cámaras detectadas	Respuesta al evento detectado	Sensor (modulación de frecuencia)
	0 = ninguna	0 = ninguna	0 = NO
A = aurícula	A = aurícula	T = activación	R = sensor
V = ventrículo	V = ventrículo	I =inhibición	
D = ambas (A + V)	D = ambas (A + V)	D = ambas (I + T)	

**Dic** = diciembre: 126, 311, 347, 382, 383

**d. l.n.** resto d.l.n. = dentro de límites normales : 183 (tres veces)

**DLP** =dislipemia: 10, 112, 160

**DLP** =dislipidemia: 29, 419

**DM** =diabetes mellitus: 10, 12, 14, 17, 23, 27, 29, 39, 45, 74, 83, 84, 95, 98, 99, 100, 112, 133, 160, 171, 177, 187, 204, 211, 240, 244, 280, 283, 293, 305, 306, 307, 389, 390, 391, 392, 419 (Diabetes: 3, 32, 219; Diabetes Mellitus: 80, 115, 124, 151, 179, 184, 238, 264, 279; diabetes mellitus: 213, 241, 243, 282; diabetes Mellitus: 184; Diabetes mellitus: 4, 7, 84, 112, 179, 213; DIABETES MELLITUS: 22)

**Dm** =diabetes mellitus: 401, 402, 403

**DM TIPO 2** =diabetes mellitus tipo 2: 259 (Diabetes Mellitus 2: 150; DIABETES MELLITUS II: 262; DIABETES MELLITUS TIPO 2: 251; DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINODEPENDIENTE: 84, Diabetes mellitus II: 151; Diabetes mellitus tipo 2: 22, 24, 25, 92, 95, 111, 128, 203, 251, 256, 261, 262, 263, 176; Diabetes Mellitus tipo II: 179, Diabetes mellitus tipo 2: 256, diabetes tipo 2: 257, Diabetes tipo II: 260, 265; DIABETES MELLITUS TIPO II: 407

**DM tipo 2** =diabetes mellitus tipo 2: 25, 83, 84, 150, 259, 301, 383, 393, 409, 410

**DM tipo II** =diabetes mellitus tipo 2: 49, 76, 85, 96, 149, 258, 259, 298,

**DM2** =diabetes mellitus tipo 2: 194

**DM-II** =diabetes mellitus tipo 2: 18, 19

**DM no insulino dependiente:** 191 (Diabetes insulino dependiente: 113; DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE: 179)

**DMNID** =diabetes mellitus no insulino dependiente: 51, 380, 381, 382, 406, 407, 408, 428

**DMID** =diabetes mellitus insulino dependiente: 86, 177, 252

**D.O.E.** =denominación oficial española –para medicamentos: 169

**Dr** = doctor: 20, 133, 144, 150, 153, 168, 169, 171, 175, 179, 181, 182, 184, 187, 192, 193, 194, 196, 201, 206, 209, 211, 213, 214, 223, 228, 232, 234, 249, 252, 254, 265, 314, 318, 379

**DR** =doctor: 47, 189

**DR.** =doctor: 314

**Dr/** =doctor: 321, 355

**Dr/.** =doctor: 65, 112, 136

**D.** =doctor: 321, 355

**Dr.** =doctor: 5, 6, 10, 11, 13, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 39, 43, 45, 49, 51, 56, 58, 64, 66, 70, 71, 73, 74, 76, 89, 100, 131, 256, 257, 259, 260, 261, 263, 270, 272, 280, 281, 284, 295, 312, 316, 317, 319, 342, 343, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 359, 370, 377, 379, 404, 412, 417, 423

**DRA.** =doctora: 293, 390, 423

**Dctra.** =doctora: 383, 403, 409, 410

**Dra.** = doctora: 7, 10, 18, 22, 27, 34, 35, 39, 42, 47, 53, 58, 70, 78, 83, 84, 86, 98, 102, 103, 115, 116, 118, 126, 129, 258, 264, 268, 272, 278, 287, 288, 301, 305, 306, 307, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 344, 345, 355, 365, 366, 367, 368, 370, 376, 380, 383, 385, 386, 390, 391, 392, 396, 400, 401, 402, 406, 407, 409, 410, 414, 415, 416, 417, 419

**Dr./a.** =doctor/a: 3, 4, 5, 88, 96, 99, 104, 108, 259, 260, 262, 267, 274, 275, 283, 284, 326

**Dr/a** =doctor/a: 11, 12, 14, 17, 20, 23, 26, 28, 29, 38, 42, 43, 54, 60, 62, 68, 80, 81, 85, 91, 106, 110, 113, 119, 121, 122, 124, 134, 137, 138, 141, 142, 143, 146, 148, 151, 153, 155, 156, 158, 161, 163, 165, 166, 171, 173, 175, 177, 178, 183, 184, 185, 186, 187, 198, 202, 204, 207, 210, 215, 216, 218, 219, 221, 224, 225, 234, 238, 239, 242, 244, 247, 250, 254, 295, 298, 309, 311, 324, 335, 341, 342, 359, 360, 361, 363, 371, 374, 381, 382, 385, 386, 391, 393, 396, 398, 400, 404, 406, 407, 408, 412, 414, 415, 416, 417



**Dres** =doctores: 155, 225, 237

**Dres.** =doctores: 404

**DTD** = diámetro telediastólico: 161, 424

**DUE** = diplomado universitario en enfermería: 379

**dx** =diagnostico: 20, 359

**Dx** = diagnosticado: 588

**E3 P3**: 371

**E** = eosinófilos: 23, 66, 141, 183, 201, 336, 424 (Eosinófilos: 80, 115, 201, 262, 363, 389, 460; Eosinófilo: 447, 448)

**E. ACTUAL** =enfermedad: 183, 424

**E. Hodgkin** =enfermedad de Hodgkin: 348

**E. Hodgkin** =enfermedad de Hodgkin: 343

**E. Hodgkin/ 83** =enfermedad de Hodgkin: 347

**E/A** = relación de velocidades entre E= early (llenado pasivo ventricular)/ A= contracción auricular: 151

**EAP** =edema agudo de pulmón. Generalmente es expresión de una insuficiencia cardiaca izquierda y se codifica como tal. Pero si es de origen pulmonar (poco frecuente) se codifica de otra manera: 150

**E. Coli** = Escherichia: 10, 45, 50, 84, 86, 324 (Escherichia Coli : 40)

**E. Colli** = Escherichia: 83

**E. colli** = Escherichia: 83

**E-Coli** =Escherichia: 40

**e. coli** = Escherichia: 124

**EB** = exceso de base : 115, 116, 181, 480 (exceso de base: 408)

**E. Coag.** =estudio de coagulación: 588 (ESTUDIO DE COAGULACIÓN: 444, 448, 567)

**ECOG** = Eastern Cooperative Oncology Group; fue diseñado por este grupo de Estados Unidos y validada por la OMS: 54, 78, 181, 246, 305, 306, 307, 408

**ECG** = electrocardiograma o ecocardiograma: 6, 13, 14, 17, 19, 23, 25, 28, 30, 33, 53, 56, 58, 60, 66, 68, 70, 73, 80, 85, 103, 110, 112, 115, 118, 124, 127, 129, 133, 134, 136, 150, 161, 173, 177, 179, 181, 185, 189, 194, 201, 213, 214, 215, 223, 224, 244, 247, 252, 256, 280, 281, 293, 298, 312, 374, 375, 382, 386, 390, 403, 412, 423, 427, 431, 447, 448, 466, 467, 475, 477, 478, 486, 487, 503, 504, 507, 519, 520, 522, 530, 543, 544, 545, 548, 551 (El ECG), 552, 554, 568, 570, 571, 576, 577, 582, 583, 588, 590, 597, 599, 603, 611, 612 (Electrocardiograma: 4, 22, 24, 145; ELECTROCARDIOGRAMA: 145; Ecocardiograma: 6, 58, 136, 161, 179, 192, 193, 214, 280, 494, 519; ECOCARDIOGRAMA: 7, 30, 124, 142, 148, 262, 335, 424

**E.C.G.** = electrocardiograma o ecocardiograma: 7, 73, 137, 141, 142, 148, 158, 161, 183, 186, 219, 221, 287, 424, 434, 483, 488, 513, 524, 538, 606, 607

**ecg** = electrocardiograma o ecocardiograma: 141

**EKG** = electrocardiograma o ecocardiograma: 39, 250, 438, 480, 515, 542, 560, 594, 596

**ECO** = ecografía: 10, 23, 45, 85, 133, 144, 200, 206, 293, 352, 379, 390, 391, 392

**Eco** = ecografía: 88, 144, 393, 440 (Ecografía: 100, 474, 565; ECOGRAFÍA: 200, 428, 482, 540)

**ECO.** = ecografía: 7

**ECO ABD** = ecografía abdominal: 10

**ECO ABDOMEN** = ecografía abdomen: 206

**ECO ABDOMINAL** = ecografía abdominal: 200, 293, 353, 580, 614

**Eco abdominal** = ecografía abdominal: 393, 520, 521, 522, 537, 575, 610

**ECO abdominal** = ecografía abdominal: 45, 133, 451

**ECO Abdominal** = ecografía abdominal: 379

**ECO. ABDOMINAL** = ecografía abdominal: 7, 83, 200 (Ecografía abdominal: 429, 431, 582; ECOGRAFÍA ABDOMINAL: 385, 428, 434, 455, 456, 457, 458, 510, 532, 533, 535, 538, 606, 607; Ecografía Abdominal: 450, 473, 480, 574, 609)

**Eco. aparato urinario** = ecografía aparato urinario: 88

**ECOcardio** = ecocardiografía: 150

**ECO TIROIDEA** = ecografía tiroidea: 390, 391, 392

**ECO-DOPPLER** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 238

**Eco-doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 9, 359

**eco-doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 240

**eco Doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 240

**Eco doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 12, 589

**ECO DOPPLER** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 23

**ECO Doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 359

**ECO-DOPPLER** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 206, 238, 434, 488

**Ecodoppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 477, 478, 480

**Eco Doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 211, 483

**Ecografía Doppler** = Doppler llamada así por el austríaco Christian Andreas Doppler, matemático y físico principalmente conocido por su hipótesis sobre la variación aparente de la frecuencia de una onda percibida por un observador en movimiento relativo frente al emisor: 179, 240

**ENG-EMG** = electroneumografía/ electromiografía: 119

**EMG-ENG** = electromiografía/ electroneumografía: 119

**E.N.G.** = electroneumografía: 311

**E.E.G.** = electroencefalograma: 434

**EEG** = electroencefalograma: 26, 27, 207, 466

**EE** = extremidades: 20, 161, 220, 305, 587 (Extremidades: 19, 25, 45, 84, 102, 142, 143, 148, 151, 166, 168, 169, 179, 186, 187, 213, 215, 224, 228, 241, 243, 245, 246, 251, 252, 253, 266, 269, 273, 279, 282, 515)

**EE.II.** = extremidades inferiores: 5, 6, 8, 15, 23, 24, 39, 53, 70, 77, 80, 83, 90, 92, 93, 95, 98, 99, 100, 101, 105, 109, 111, 112, 124, 127, 136, 145, 147, 157, 159, 164, 167, 170, 172, 174, 180, 184, 187, 188, 189, 190, 227, 231, 232, 256, 271, 276, 286, 290, 291, 292, 294, 296, 297, 298, 299, 300, 302, 304, 308, 310, 313, 315, 320, 378, 383, 387, 394, 397, 422, 426, 439, 443, 447, 452, 469, 484, 488, 507, 520, 522 (Extremidades inferiores: 2, 4, 7, 18, 22, 25, 27, 36, 40, 41, 44, 46, 47, 48, 50, 52, 82, 87, 112, 115, 117, 119, 120, 130, 132, 135, 137, 139, 185, 186, 191, 203, 205, 215, 217, 224, 229, 238, 240, 244, 251, 261, 263, 264, 274, 277, 513)

**EE.II** = extremidades inferiores: 145, 409, 410

**EEII.** = extremidades inferiores: 10, 12, 14, 19, 25, 28, 29, 34, 42, 74, 81, 83, 116, 150, 158, 181, 182, 200, 211, 214, 223, 230, 246, 249, 250, 259, 262, 267, 272, 280, 283, 316, 342, 359, 361, 379, 386, 390, 391, 392, 487

**E.E.I.I.** =extremidades inferiores: 66, 141, 181, 182, 183, 336, 424

**EE II** =extremidades inferiores: 211

**EEii** =extremidades inferiores: 437

**eeii** =extremidades inferiores: 477, 478, 521, 566

**EEII** = extremidades inferiores: 9, 10, 12, 14, 25, 28, 29, 42, 100, 116, 150, 158, 181, 182, 200, 211, 214, 223, 230, 248, 274, 280, 283, 316, 342, 359, 361, 386, 390, 391, 392, 409, 410, 412, 427, 431, 471, 480, 500, 502, 503, 504, 505, 506, 511, 526, 530, 532, 533, 545, 546, 550, 570, 574, 576, 588, 593, 594, 595, 596, 597, 603, 609

**E.E.I. I.** =extremidades inferiores: 182

**E.E.I.** (por error sin otra l): 183

**ext inf.** =extremidades inferiores: 169, 193, 200

**ext inf.** =extremidad inferior: 169, 193

**extr. Inf.** =extremidad inferior: 183 (vid. Inf.)

**extr. inf.** =extremidad inferior: 141

**Extr. Inferiores** =extremidades inferiores: 424

**EII** = extremidad inferior izquierda: 12, 39, 43, 177, 305, 311, 483, 504, 505, 506 (extremidad inferior izquierda: 83)

**EIIzda** =extremidad inferior izquierda: 12

**EID** = extremidad inferior derecha: 9, 29, 359, 390, 391, 392, 483, 488, 491 (extremidad inferior derecha: 205, 219)

**ESD** =extremidad superior derecha: 228

**ESI** =extremidad superior izquierda: 25, 161, 169

**ext. sup.** =extremidad superior: 169 (Extremidades superiores: 40, 112, 119, 164, 248)

**EF** = exploración física: 427

**E.F.** =exploración física: 122

**EFV** =Efavirenz FÁRMACO

**E. Faecalis** =enterococcus faecalis: 31

**Eje Int** = eje intervalo: 141

**eje in** =eje intervalo: 66

**Eje In.** =eje intervalo: 183, 424

**ELA** =estenosis lateral amiotrófica: 235

**ELISA** =Enzyme-linked immunosorbent assay; análisis de inmunoabsorción ligada a las enzimas. Es un radioinmunoanálisis: 319

**En** =enero: 150, 336, 339

**Enf.** =enfermedad: 209

**EPO** = eritropoyetina (hormona que estimula la producción de eritrocitos o hematíes): 22

**EPOC** = enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 5, 14, 64, 65, 66, 80, 81, 88, 141, 142, 162, 171, 180, 181, 185, 186, 187, 238, 239, 240, 301, 398

**Epoc** = enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 5

**E.P.O.C.** = enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 183 (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 87)

**Erb** =enfermedad de Erb//Parálisis de Erb [Willhelm Heinrich Erb 1840-1921]: 314

**etc.** = etcétera: 66, 96, 141, 182, 183, 257, 424

**ect.** = etcétera: 66

**EV** =extrasístole ventricular: 150

**EV** =electronvoltio: 121 (EV/8, EV/24 h.)

**ev** =extrasístole ventricular: 395

**EVA** =escala visual análoga: 77, 130, 135, 199, 241, 243, 245, 248, 251, 253, 266, 269, 271, 282

**Expl. Neurológica** =exploración neurológica: 118 (Exploración neurológica: 33, 36, 41, 50, 77, 375, 379, 397, 488)

**EXpl. neurol.** =exploración neurológica: 475

**Explor** =exploración: 417

**ext.** =extensión: 331, 332, 333

**F20.0** =CIE 10: esquizofrenia residual: 417

**F.** = French, medida: escala francesa o escala de Charriere; se usa para expresar el calibre de diferentes instrumentos médicos tubulares. Se abrevia Ch, CH, Fr, FR o simplemente F al lado del valor del diámetro del catéter): 86, 383, 409, 410

**20 F.** =medida: 198

**alergias F conocidas:** 252

**F. renal** =función: 600

**FA** = fosfatasa alcalina: 10, 169, 193, 262, 386, 390, 392

**F.A.** = fosfatasa alcalina: 390, 391, 392, 448, 450

**falcalina** = fosfatasa alcalina: 9

**F. Alcalina** = fosfatasa alcalina: 66, 73, 137, 141, 142, 158, 181, 183, 298, 335, 336, 390, 391, 392, 424, 434, 447, 448, 483, 489 (fosfatasa alcalina: 4, 14, 18, 25, 31, 34, 41, 47, 74, 76, 86, 95, 96, 105, 127, 132, 166, 168, 173, 179, 186, 187, 200, 201, 219, 238, 244, 256, 261, 262, 263, 276, 283, 293, 305, 306, 307, 318, 319, 390, 391, 392, 428, 450, 488, 500; Fosfatasa Alcalina: 25, 30, 74, 86, 118, 192, 200, 293, 305, 306, 307, 318, 319, 390, 391, 392, 428, 450, 488, 500)

**F.AL** = fosfatasa alcalina: 23, 136

**FAlcalina** = fosfatasa alcalina: 150

**F.AI** = fosfatasa alcalina: 136

**FA** = fibrilación auricular (vid supra): 10, 150, 169, 262

**Fa** = fibrilación auricular: 141 (Fibrilación auricular: 189; fibrilación auricular: 137)

**F.A. crónica** = fibrilación auricular: 141

**FA crónica** = fibrilación auricular crónica: 150

**F<sup>a</sup>** = frecuencia: 66, 183, 424

**F<sup>a</sup> C<sup>a</sup>** = frecuencia cardíaca: 141, 183, 424

**F<sup>a</sup> Cardíaca** = frecuencia cardíaca: 64, 137, 184, 219, 221 (vid. F.C.), 424

**F<sup>a</sup> Cardíaca** = frecuencia cardíaca: 424

**F.C.** = frecuencia cardíaca: 24, 33, 39, 56, 58, 70, 80, 84, 94, 98, 99, 134, 173, 215, 224, 298, 336

**FC** = frecuencia cardíaca: 4, 7,8, 10, 22, 23, 25, 63, 67, 69, 73, 75, 76, 77, 93, 105, 115, 136, 147, 150, 157, 164, 166, 167, 170, 174, 176, 179, 180, 182, 187, 188, 189, 190, 191, 199, 211, 222, 227, 229, 236, 240, 243, 245, 247, 251, 266, 269, 271, 273, 276, 287, 319

**Fc** = frecuencia cardíaca: 1, 9, 16, 181, 238, 375, 379, 383, 389, 395, 401, 402, 403, 409, 410, 419 (Frecuencia cardíaca: 41, 44, 46, 48, 52, 64, 137, 139, 179, 184, 203, 217, 219, 221, 233; Frecuencia Cardíaca: 184)

**F.Ao** = foco aórtico: 141

**(Fco1), (Fco2)**, puede ser frasco 1: 10/ 10

**FDG** = fluor-deoxyglucosa o fluor-18-deoxiglucosa: 268

**Fdo.** = firmado: 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 35, 38, 39, 42, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 65, 66, 68, 70, 71, 73, 74, 76, 78, 80, 81, 83, 86, 89, 94, 96, 98, 99, 102, 103, 104, 108, 110, 112, 113, 116, 118, 119, 121, 122, 124, 126, 127, 129, 131, 133, 134, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 150, 151, 153, 155, 156, 158, 160, 161, 163, 165, 166, 168, 169, 171, 173, 175, 177, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 192, 193, 194, 196, 198, 200, 201, 202, 204, 206, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 218, 219, 221, 223, 224, 225, 228, 230, 232, 234, 237, 238, 239, 240, 242, 244, 246, 247, 249, 250, 252, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 267, 270, 272, 274, 275, 278, 280, 281, 283, 284, 287, 288, 293, 295, 298, 301, 305, 306, 307, 309, 311, 312, 317, 318, 319, 321, 324, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 335, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 359, 360, 361, 363, 370, 371, 374, 376, 377, 380, 381, 382, 385, 386, 390, 391, 392, 393, 396, 398, 400, 404, 406, 407, 408, 412, 414, 415, 416, 417

**Fe** = hierro: 7, 10, 66, 112, 127, 187, 194, 213, 256, 262, 263, 306, 318 (los dos últimos hierro seguro) (Hierro: 298, 326, 424, 488, 489, 497, 500)

**FE** = fracción de eyección: 30, 134, 161, 182, 183, 184, 550 (Fracción de eyección: 135, 136, 148, 179, 180; fracción de eyección ventricular izquierda: 213)

**FEF** = flujo espiratorio forzado, entre el 25 y el 75% de la capacidad vital forzada (forced expiratory flow): 141

**FEV** = volumen espiratorio forzado; flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la capacidad vital forzada (forced expiratory volumen): 6, 54, 141, 280

**FEV-1/ FVC** = volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de gas espirado durante el primer Segundo de la FVC (forced expiratory volume during the first second). Forced Vital Capacity: capacidad vital forzada; volumen máximo exhalado con el máximo esfuerzo desde la posición de máxima inspiración o capacidad pulmonar total hasta el final de la máxima espiración: 54

**FEV-1** = volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de gas espirado durante el primer Segundo de la FVC (forced expiratory volume during the first second): 54, 141

**FEV<sub>1</sub>** = volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de gas espirado durante el primer Segundo de la FVC (forced expiratory volume during the first second): 280

**FEV1** =volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de gas espirado durante el primer Segundo de la FVC (forced expiratory volume during the first second): 262

**FEV1** = volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de gas espirado durante el primer Segundo de la FVC (forced expiratory volume during the first second): 185, 192, 280, 424

**FEV-1/FVC/I. Tiffeneau** =volumen espiratorio forzado en el primer segundo: volumen de gas espirado durante el primer Segundo de la FVC (forced expiratory volume during the first second)/Capacidad vital forzada/ Índice de Tiffeneau. Relaciona el volumen espiratorio forzado en el primer segundo con la capacidad vital forzada. La relación con la VC no forzada se conoce como índice de Tiffeneau): 141

**FHC** = Fundación Hospital de Calahorra: 298, 360

**FID** = fosa iliaca derecha: 14, 465

**FII** =fosa iliaca izquierda: 136

**FIN** = finaliza: 382, 408

**Fi O<sub>2</sub>** = fracción inspiratoria de oxígeno en el aire inspirado: 115, 240

**FiO<sub>2</sub>** = fracción inspiratoria de oxígeno en el aire inspirado: 298

**fL** =sistema anglosajón de unidades. Femtolitro. Unidad de medida de volumen igual a 10-15 litro. Se abrevia fL o fl: 181, 363, 389

**fl**: 298, 347, 348

**FLAIR** = Fluid Attenuated Inversion Recovery: recuperación de inversion atenuada por liquido. En resonancias cerebrales: 60 (secuencias)

**5-FU** = 5 Fluoruracilo: 38 (5 Fluorouracilo: 268; 5 Fluoruracilo: 268; 5Fluorouracilo: 406, 407; 5 – Fluorouracilo: 200; 5 Fluoracilo: 83, 414, 416)

**5 Fu** =5 Fluoruracilo: 368

**5 FU** =5 Fluoruracilo: 41

**F.M.** = foco mitral: 141

**FO** =fondo de ojo: 22, 66

**F. Reumatoide** =factor reumatoide: 66, 424 (Factor reumatoide: 213)

**FR** = frecuencia respiratoria: 336 (Frecuencia respiratoria: 87, 105)

**FRS** =Fundación Rioja Salud: 379

**f. sistólica** =función sistólica: 22

**FSC** =funciones superiores conservadas: 14 (SFB: FSC)

**FUR** =fecha de la última regla: 246

**FVC** = capacidad vital forzada (forced vital capacity): 6, 54, 141, 240, 249, 250, 280

**G2** =escala de carcinoma: 406, 407

**GII** =escala de carcinoma: 408

**G 2-3** =escala de carcinoma: 408

**carcinoma ductal infiltrante G1** (=grado 1): 192, 193

**carcinoma ductal infiltrante GI** (=grado 1): 192

**G4 P4**: 175

**Estadio IC, G1-G2**: 206

**Grado I-II**: 227

**G<sup>a</sup>** =García: 423

**Gleason 8**: 147, 148

**Gleason 6**: 171

**GAB** = gasometría arterial basal; Es la determinación de la cantidad de gases en sangre arterial: 247 , 504, 546 (gasometría: 136, 186; Gasometría arterial: 134, 137, 184, 240, 280, 298, 335, 488; GASOMETRÍA ARTERIAL: 335, 424, 567; gasometría venosa: 382, 403, 408; Gasometría venosa: 382, 403,408; GASOMETRÍA VENOSA: 382, 403, 408; gasometría basal: 424, 434, 480, 487;



Gasometría basal: 142; gasometría arterial basal: 214, 223; Gasometría arterial basal: 54, 66, 262, 424, 434, 480, 487; Gasometría Arterial: 599)

**Gas. Arterial** = gasometría arterial: 214, 223

**G.A.V.** = Gestaciones, abortos, hijos vivos: 158

**GEA** = Gastroenteritis aguda

**GGT** = gammaglutamiltransferasa: 1, 9, 10, 14, 23, 31, 34, 96, 127, 136, 141, 142, 145, 158, 166, 168, 169, 173, 181, 183, 187, 192, 193, 200, 201, 219, 228, 232, 238, 256, 258, 274, 276, 283, 288, 293, 298, 305, 306, 307, 311, 319, 336, 386, 390, 391, 392, 393, 424, 428, 434, 444, 447, 448, 450, 483, 488, 489

**Gamma GT** = gammaglutamiltransferasa: 74, 76, 86, 118, 132, 184, 244, 256, 257, 261, 262, 263

**GammaGT** = gammaglutamiltransferasa: 4, 18, 150, 179, 186, 290, 500

**gamma GT** = gammaglutamiltransferasa: 25, 40, 41, 47, 76, 86, 95, 105, 118, 184

**gammaGT** = gammaglutamiltransferasa: 150

**GGt** = gammaglutamiltransferasa: 272

**Gamma:** 298, 319, 336

**GOT** = glutamato-oxalacetato transaminasa (glutamic oxaloacetic transaminase): 1, 4, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 23, 31, 34, 35, 41, 47, 66, 73, 74, 76, 84, 86, 89, 95, 96, 100, 102, 112, 118, 127, 133, 136, 137, 141, 150, 158, 166, 168, 169, 173, 179, 181, 182, 183, 186, 187, 191, 193, 200, 201, 219, 221, 228, 232, 240, 244, 249, 250, 256, 257, 258, 272, 276, 293, 298, 306, 307, 318, 335, 336, 341, 354, 359, 374, 375, 386, 392, 393, 403, 424, 434, 437, 444, 448, 450, 452, 464, 465, 477, 478, 484, 488, 489, 500

**GOT/AST** = glutamato-oxalacetato transaminasa /Aspartato transaminasa: 244, 256, 261, 262, 263, 359, 429, 460

**GOT/GPT** = glutamato-oxalacetato transaminasa / glutamato piruvato transaminasa: 262

**GPT** = glutamato piruvato transaminasa (glutamic pyruvic transaminase): 1, 4, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 23, 31, 35, 41, 47, 66, 73, 74, 76, 84, 86, 89, 95, 96, 112, 118, 127, 133, 136, 137, 141, 150, 158, 166, 168, 169, 173, 179, 181, 182, 183, 186, 187, 193, 200, 201, 221, 228, 232, 238, 240, 249, 250, 252, 256, 257, 258, 272, 276, 293, 298, 306, 307, 318, 335, 336, 341, 354, 359, 374, 375, 386, 392, 393, 403, 424, 434, 437, 444, 448, 450, 452, 464, 465, 477, 478, 484, 488, 489, 500

**GPT/ ALT** = glutamic pyruvic transaminase y alanina aminotransferasa): 244, 256, 261, 262, 263, 359, 460

**GOT/GOT/GGT** = glutamato-oxalacetato transaminasa/ gammaglutamiltransferasa: 262

**Glc** = glucosa o glucemia?: 7, 467 (Glucosa: 1, 3, 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 22, 23, 25, 27, 31, 35, 39, 41, 47, 58, 64, 66, 70, 73, 74, 76, 78, 84, 86, 89, 93, 94, 110, 112, 116, 118, 127, 132, 137, 141, 142, 148, 158, 168, 169, 173, 177, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 189, 192, 193, 194, 201, 206, 211, 213, 214, 223, 232, 237, 238, 240, 242, 244, 250, 256, 258, 261, 262, 263, 276, 298, 316, 318, 326, 333, 336, 341, 359, 363, 374, 375, 390, 391, 392, 393, 398, 403, 424, 428, 429, 431, 434, 437, 438, 452, 460, 465, 466, 472, 480, 489, 494; glucemia: 483; glucemias basales: 488)

**Gluc** =glucosa o glucemia?: 27, 150, 200, 246, 280, 390, 391, 392, 484

**gluc** = glucosa: 249

**Glu** =glucosa o glucemia?: 17, 28, 183, 272, 427, 469, 471, 500

**glu** =glucosa o glucemia?: 182, 427

**Gl** = glucosa: 19

**Gn** = gafas nasales: 150, 526 (gafas nasales: 66, 141)

**GOCE** = gammagrafía ósea de cuerpo entero: 171, 232

**GPK** = creatin-fosfo-quinasa; a veces creatin-kinasa (también CK): 14

**GPL** =medida de las unidades IgG (G phospholipid): 434

**Gy** = gray: unidad de dosis de radiación absorbida equivalente a 100 rads: 1, 2, 20, 98, 99, 126, 173, 229, 251, 276, 278, 279, 311, 339, 382, 408

**Gy.:** 20

**cGy:** 1

**g.** =gramo: 4, 49, 74, 169, 242, 246

**g** =gramos: 22, 121 (4 g ev/8 h, 1 g EV/ 12 h.), 249 (2 g IV/ 24 h), 250 (2 g i.v.), 316, 363, 396

**G** =gramo: 22

**g/dl** =gramos por decilitro: 4, 18, 22, 47, 121, 181, 306, 319, 343, 348

**g/dL** =gramos por decilitro: 158, 181, 359, 363, 389, 395

**GG** =grageas: 22

**gg** =grageas: 4

**GR** =gramo: 7, 283

**gr.** =gramo: 20, 43, 53, 54, 58, 60, 103, 104, 106, 108 (1 gr. cada 8 horas), 160, 213, 254, 311 (gramo: 182, 240)

**gr** =gramo: 4 (gr/24h), 9, 161, 179, 183, 262, 298 (20 gr/día), 335

**grs** =gramo: 127, 136

**gr/dl** =gramos por decilitro: 6, 119, 179, 181, 184, 278, 298

**gr/dL** =gramos por decilitro: 262

**h.** =hora: 24, 25, 37, 39, 56, 58, 66, 68, 70, 84, 88, 94, 98, 99, 103, 106, 119, 121, 137, 141, 142, 148, 160, 181, 187, 207, 213, 214, 216, 223, 225, 244, 246, 247, 249, 252, 254, 256, 257, 258, 260, 262, 263, 265, 270, 306, 336, 343, 348, 370, 379 (horas: 22, 26, 27, 31, 34, 35, 37, 42, 43, 51, 60, 63, 66, 71, 74, 77, 78, 83, 89, 96, 98, 100, 101, 102, 103 (94 mm a 1ª h ), 104, 106, 108, 122, 126, 142, 154, 155, 160, 168, 169, 179, 183, 192, 196, 198, 199, 210, 230, 244, 245, 246, 254, 259, 280, 284, 400; HORAS: 104)

**h.** =horas: 43 (cápsula/ 8 h.), 84, 98, 99 (subcutáneo/24 h. ), 119, 121 (enjuagues/ 8 h.), 142, 148, 187 (cada 24 h.), 213, 216, 257, 262; 39, 141, 171 (10/ 8 h.); 39, 66, 150 (1 sobre/ 8 h.)

**h** =horas: 4, 9, 14, 22, 24, 28, 43 (en el mismo documento 'horas'), 98 (también h. en el mismo documento), 99, 104 (también HORAS), 121 (también h.), 153, 160, 207, 249 (2 g IV/ 24 h, 500 vo/ 24 h), 344, 379

**H** =horas: 7, 14

**H.** =horas: 7, 14, 53, 370, 383, 410

**H.**=dudas sobre este parámetro analítico ya que se incluye la hemoglobina y el hematocrito; quizá hierro o hematíes: 23

**H.**= hernia: 106

**H.**= hospital: 65, 66, 81, 171, 207, 234, 260

**He** =hematíes: 66, 141, 183, 424 (Hematíes: 5, 14, 21, 23, 39, 40, 41, 58, 76, 80, 84, 86, 103, 115, 118, 127, 132, 141, 148, 166, 173, 181, 186, 187, 191, 194, 211, 213, 214, 215, 217, 219, 223, 224, 242, 244, 255, 256, 261, 262, 263, 298, 335, 343, 347, 348, 363, 389, 395, 398, 403, 424, 447, 448, 452, 460, 475, 480, 488, 489)

**hemt** =hematíes: 484

**hematíes/campo** =hematíes por campo: 80, 173

**Hab.** =habitación: 183

**HAB.** (vid. TT° HAB): 588

**HAD** = Hospitalización a Domicilio: 259, 283

**H.A.D.** = Hospitalización a Domicilio: 182, 183

**H. Domiciliaria** =Hospitalización a Domicilio: 183

**H A DOMICILIO** = Hospitalización a Domicilio: 400

**H.A.S.** =hipertensión arterial sistémica: 424

**HBPM** =Heparinas de bajo peso molecular: 570

**HBs Ag** =Antígeno de superficie de la hepatitis B: 244

**Hbs Ag** =Antígeno de superficie de la hepatitis B: 126, 127

**HBS** (Anti-HBs =anticuerpo contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. Se diferencia entre: HbS: hemoglobina S, de la anemia drepanocítica o falciforme y HBs: hepatitis B surface – antígeno de superficie de la hepatitis B o Antígeno Australia): 319

**Antígeno Australia Hept. B:** 21

**Hbc Ac** (vid. Anti HBc): 126, 127

**HbA1c** (vid. Anti HBc): 262, 263

**Hb A1C:** 150

**Hb A1c:** 58

**Hg A1c** =hemoglobina glicosilada; para el test de diabetes: 262, 263

**Hbc:** Antígeno Hbc y Hbs: 21

**Hbs:** Antígeno Hbc y Hbs: 21

**Hb** = hemoglobina: 1, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19, 23, 25, 27, 28, 31, 35, 49, 56, 58, 64, 66, 70, 73, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 89, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 102, 112, 115, 116, 118, 119, 121, 122, 126, 127, 134, 136, 137, 141, 142, 150, 158, 166, 168, 169, 173, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 200, 201, 211, 213, 215, 224, 230, 232, 237, 240, 242, 246, 249, 255, 256, 258, 259, 262, 263, 264, 272, 276, 279, 280, 282, 283, 287, 288, 298, 301, 306, 311, 318, 319, 326, 333, 335, 336, 341, 344, 346, 347, 348, 351, 352, 354, 359, 374, 375, 382, 386, 390, 391, 392, 398, 408, 423, 424, 427, 428, 434, 447, 448, 450, 464, 467, 469, 471, 472, 475, 477, 478, 483, 487, 499, 500 (Hemoglobina: 4, 18, 22, 40, 41, 47, 64, 68, 87, 103, 132, 168, 179, 191, 196, 206, 214, 216, 217, 219, 223, 238, 244, 257, 261, 262, 263, 278, 343, 345, 363, 365, 389, 395, 412, 460, 497, 498, 600; hemoglobina: 216; Hemoglolina: 306, 307)

**Hb.** =hemoglobina: 423

**hb** =hemoglobina: 39, 252, 374, 375, 492

**HB** =hemoglobina: 126, 259

**Hg** =hemoglobina: 250, 262 (v. Hgb), 263 (v. Hgb), 437, 466

**hgb** =hemoglobina: 403, 484

**Hgb** =hemoglobina: 261, 262 (v. Hg), 263 (v. Hg), 316, 393, 403, 452

**H.B.** =hipertrofia benigna; H.B.Próstata: 280

**HCD** =hipocondrio derecho: 10, 237, 452, 520, 522

**HCM** = hemoglobina corpuscular media: 7, 14, 18, 132, 181, 280, 363, 389, 460

**HCO<sub>3</sub>** =bicarbonato: 262, 263, 280

**HCO** =bicarbonato, error: 262, 263

**HD** = hipocondrio derecho: 386, 578, 579

**HDA** =hemorragia digestiva alta: 44, 47, 395

**HDK** =Hodking: 345, 346, 351, 352, 353, 354

**HDL** = lipoproteínas de alta densidad (High-density lipoproteins): 112, 136, 141, 193, 249, 280, 434

**HDL –colesterol:** 4, 66, 98, 99, 141, 183, 244, 261, 262, 263, 424

**HDL colesterol:** 4, 66, 142, 183, 256, 319

**HDLc** = High-density lipoproteins cholesterol: 136, 142

**HDL – Colesterol:** 244, 261, 262, 263, 424, 489

**HFC** =Hospital Fundación de Calahorra: 393

**Hto** =hematocrito: 7, 10, 19, 23, 25, 49, 56, 58, 64, 66, 70, 74, 76, 84, 86, 89, 94, 98, 99, 100, 112, 115, 118, 119, 134, 136, 150, 153, 166, 173, 184, 185, 186, 200, 211, 213, 215, 224, 232, 240, 242, 249, 261, 263, 270, 319, 347, 348, 351, 352, 354, 398, 423, 450, 466, 475, 487, 499 (Hematocrito: 4, 18, 21, 22, 40, 41, 45, 47, 64, 68, 87, 95, 103, 132, 182, 191, 206, 214, 216 (hematocrito), 217, 219, 223, 238, 244, 255, 256, 261, 262, 263, 363, 365, 382, 389, 395, 408 (hematocrito), 412 (hematocrito), 460, 497, 498)

**Hto.** =hematocrito: 423

**hto** =hematocrito: 39, 64, 153, 374,375, 393, 403, 452, 484

**hcrito** =hematocrito: 39

**Hcrito** =hematocrito: 467

**HTO** =hematocrito: 153

**Htc** =hematocrito: 141, 201

**Ht°** =hematocrito: 5, 6, 14, 80, 127, 141, 142, 148, 181, 183, 187, 194, 201, 256, 298, 311, 335,336, 424, 447, 448

**Hcto** =hematocrito: 12, 142, 148, 169, 181, 183, 187, 193, 194, 250, 262, 283, 288, 316, 427, 469, 471, 477, 478, 488, 489

**HCto** =hematocrito: 169, 193, 500

**HCTO** =hematocrito: 168, 179, 181, 234, 259

**Htco** =hematocrito: 237, 262

**htco** =hematocrito: 252

**Hco** =hematocrito: 141, 272

**H.** =hemograma: 10, 232 (Hemograma: 14, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 32, 33, 35, 39, 40, 47, 49, 53, 68, 70, 73, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 89, 96, 98, 100, 102, 103, 110, 115, 116, 118, 119, 122, 124, 137, 141, 142, 145, 158, 166, 168, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 189, 192, 200, 201, 206, 211, 214, 215, 217, 220, 221, 223, 224, 230, 237, 238, 240, 242, 246, 250, 252, 255, 258, 264, 270, 272, 280, 283, 298, 305, 306, 307, 311, 316, 318, 319, 335, 336, 341, 354, 365, 374, 375, 382, 386, 389, 390, 391, 392, 395, 403, 408, 412, 423, 424, 428, 431, 434, 438, 444, 447, 448, 450, 452, 464, 465, 469, 471, 472, 477, 478, 480, 486, 487, 497, 500)

**Hemogr** =hemograma: 484

**Hem** =hemograma: 475

**HG** = hemograma: 12, 427, 467

**HEM** =hemograma: 150, 249

**He** =hemograma: 66, 141, 183

**HMGR** =hemograma: 28

**HM** = hemograma: 393

**Hg** =hemograma: 600

**Hem** = hematología: 467 (Hematología: 191, 363, 429, 460)

**HEM** = hepatomegalia: 577

**Hept. C** =hepatitis C: 21

**H. G. de la Rioja** =Hospital General de La Rioja: 321

**H. General de la Rioja** =Hospital General de La Rioja: 355

**H. de la Rioja** =Hospital de La Rioja: 356

**HHAI** =hemibloqueo anterior izquierdo del Haz de Hiss (BRD + HHAI): 250

**H.I.** =hoja de interconsulta: 141 (H.I.CIRUGÍA TORÁCICA)

**H. INT.** = hoja de interconsulta: 183 (H. INT. S. DIGESTIVO, H. INT. S.DIG.)

**HI** = hoja de interconsulta: 141

**H.=** hoja: 66 (H. interconsulta Urología)

**H. INTERCONSULTA** =hoja interconsulta: 66

**HOJA DE CONSULTA:** 142

**HS.** =hoja de interconsulta: 141

**H. izdo.** = hemidiafragma izquierdo: 141

**HIV** = human inmunodeficiencia virus: 434

**HLP** =hiperlipidemia//hiperlipemia//hiperlipoproteinemia: 389

**H. San Pedro** =Hospital San Pedro: 171

**H. S. Millán** = Hospital San Millán: 424

**H.S.Pedro** =Hospital San Pedro: 183, 234, 370

**HTA** =hipertensión arterial: 3, 4, 5, 6, 10, 12, 14, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 47, 49, 51, 53, 54, 56, 58, 70, 74, 81, 84, 85, 86, 88, 94, 96, 98, 99, 100, 103, 108, 112, 115, 116, 118, 124, 127, 129, 133, 134, 136, 137, 138, 144, 150, 151, 152, 158, 162, 169, 171, 177, 179, 184, 185, 186, 187, 194, 204, 206, 209, 210, 216, 225, 228, 230, 232, 239, 240, 244, 246, 247, 265, 275, 280, 282, 283, 293, 305, 306, 307, 321, 335, 336, 343, 344, 346, 347, 348, 349, 351, 359, 360, 361, 371, 380, 381, 382, 383, 385, 386, 389, 390, 391, 392, 393, 395, 396, 401, 402, 403, 406, 407, 408, 409, 410, 412, 419 (Hipertensión: 7, 213, 219; Hipertensión arterial: 238, 349)

**H.T.A.** = hipertensión arterial: 141

**HTP** =hipertensión pulmonar: 180, 182

**H.V.izda** = hipertrofia ventricular izquierda: 141

**HVI** = hipertrofia ventricular izquierda: 22, 150 (valvulopatía mitroaórtica + HVI)

**IAM** = infarto agudo de miocardio: 150, 159, 161, 298

**IAM no Q** = infarto agudo de miocardio: 150 (infarto agudo de miocardio no Q: 149)

**post-iam:** 161 (angor post-iam)

**IAo** = insuficiencia (de la válvula) aórtica: 148, 280 (Insuficiencia aórtica: 184)

**Iao** = insuficiencia (de la válvula) aórtica: 280

**Insf. Ao** = insuficiencia aórtica: 424

**Insf. Aórtica** =insuficiencia aórtica: 183

**IC** =interconsulta: 316

**Estadio IC, G1-G2:** 206

**IDV** = Indinavir o indivavir FÁRMACO

**IK** =índice de Karnofsky: 15, 93, 276 (Índice de Karnofsky: 59, 87)

**ICC** = insuficiencia cardiaca congestiva: 141, 162, 214, 223, 239, 483

**I.C.C.** = insuficiencia cardiaca congestiva: 141

**Insf. Cardiaca** =insuficiencia cardiaca: 183

**I.Cardíaca** =insuficiencia cardiaca: 280, 341

**INSF. CARDÍACA CONGESTIVA** =insuficiencia cardiaca congestiva: 183 (Insuficiencia Cardiaca Congestiva: 183 (pero Insf. Aortica, Insf. Mitral, Insf. Tricuspeida; vid. 184 que es distinto))

**Insf. cardiaca congestiva** =insuficiencia cardiaca congestiva: 183 (insuficiencia circulatoria crónica: 37)

**IM** = insuficiencia mitral: 148, 151, 256, 259, 262, 280 (Insuficiencia mitral: 184; insuficiencia mitral: 182)

**IM.** = insuficiencia mitral: 141, 261

**Insf. Mitral** = insuficiencia mitral: 183, 424 (INSUFICIENCIA MITRAL: 161)

**Insf. Renal Crónica** =insuficiencia renal crónica: 183 (Insuficiencia renal crónica: 184)

**Insuf. Renal** =insuficiencia renal: 22, 379 (Insuficiencia renal moderada: 185)

**IR** = insuficiencia renal: 22

**IRC** =insuficiencia renal crónica: 143

**Insf. Respiratoria crónica** =insuficiencia respiratoria crónica: 22, 66, 141

**Insf. Resp. Crónica** =insuficiencia respiratoria crónica: 141

**Insf. Respiratoria** =insuficiencia respiratoria: 183

**Insf. Tricuspeida** =insuficiencia tricuspídea: 183

**I. Tricuspeida** = insuficiencia tricuspídea: 424 (Insuficiencia tricuspídea: 136, 184)

**I. tricuspídea** = insuficiencia tricuspídea 424

**IT** = insuficiencia tricuspídea: 148 (IT ligera), 280?

**Ins. Venosa crónica** =insuficiencia venosa crónica: 141 (Insuficiencia venosa crónica: 142)

**Insf. Venosa** =insuficiencia venosa: 424

**Insuf venosa** =insuficiencia venosa: 427

**IDH** (error por LDH) vid. LDH: 257

**IECA** = inhibidor del enzima conversor de la angiotensina: 6, 7

**IECAS** = inhibidores del enzima conversor de la angiotensina. Lo correcto es escribirlo sin s aunque sea en plural: 137

**IFI** =inmunofluorescencia indirecta: 186 (antinucleares (IFI

**IgA** = inmunoglobulinas A, M, G (Ig: inmunoglobulina. Hay 5 clases: IgM, IgG, IgA, IgD, IgE): 122, 179, 213

**inmunoglobulina A:** 7, 122

**IGgg** (Prednisona IGgg; puede ser un ERROR o un plural): 122



**IgG** =inmunoglobulinas A, M, G: 7, 119, 120 (mieloma múltiple y IgG), 121 (plasmocitoma IgG), 122 (mieloma múltiple IgG), 179, 213, 424 (Gammapatía monoclonal benigna IgG tipo K), 434 (Anticardiolipina IgG). (inmunoglobulinas: 7, 33; inmunoglobulina G: 7, 122)

**IgG lambda:** 7

**IgG-Lambda:** 226 (banda monoclonal IgG-lambda)

**inmunoglobulina IgG** = inmunoglobulinas A, M, G: 179

**IgM** = inmunoglobulinas A, M, G: 122, 179, 213, 244 (Citomegalovirus IgM, VCA IgM =virus capsid antigen; lo normal es IgM VCA), 434 (Anticardiolipina IgM)

**inmunoglobulina M:** 7, 122

**i.m.** =intramuscular: 392

**Im** =intramuscular: 257

**im** =intramusculares: 419

**im.** =intramuscular: 419

**IM** =intramuscular: 256, 259, 261, 262, 280, 417

**IM** =insuficiencia mitral: 151 (IM en 2004)

**IMC** = índice de masa corporal: 29, 58

**in** =inhalaciones: 141

**inh** =inhalación: 141, 142, 150, 183 (inhalación: 143)

**inh** =inhalaciones: 142, 283 (inhalaciones: 56, 142, 211; 2 inhalaciones / 6 h.: 56, 94)

**in** =inferior (referido al eje): 66

**In** = inferior (referido al eje): 183, 424

**Inf.** = inferior: 268, 390, 391, 392

**inf.** =inferior (referido al labio): 209, 424

**int.** =interna: 23 (región interna del muslo)

**Int** =interior: 141 (eje)

**INR** = cociente internacional normalizado (es una determinación analítica para controlar el nivel de anticoagulación): 4, 6, 7, 12, 14, 17, 18, 19, 23, 25, 28, 32, 49, 53, 64, 66, 68, 70, 74, 86, 98, 99, 136, 137, 141, 142, 158, 173, 181, 182, 183, 184, 186, 193, 228, 230, 238, 240, 244, 256, 257, 261, 262, 263, 283, 298, 326, 336, 363, 393, 398, 412, 423, 424, 427, 431, 434, 447, 448, 467, 469, 471, 475, 477, 478, 489 [International Normalized Ratio es femenino luego hay error de concordancia – comprobar su género en inglés: INR alargado: informe 4]

**COAGULACIÓN DE INR:** 136 (vid. COAG)

**Insulina NPH** = insulina protamina neutra de Hagedorn (Neutral Protamine Hagedorn insulin): 24, 112, 256

**iny.** =inyección: 392

**IQ** =intervención quirúrgica: 12, 14, 17, 18, 43, 85, 106, 116, 150, 160, 161, 171, 194, 228, 260, 283, 389

**I.Q.** =intervención quirúrgica: 23, 112, 129, 136, 189, 258, 280, 423

**i.q.** =intervención quirúrgica: 153, 207

**I. Quirúrgicas** =intervenciones quirúrgicas: 141 (intervenciones quirúrgicas: 19, 100, 106, 112)

**I. Tiffeneau** = índice de Tiffeneau (relación entre FEV1 y capacidad vital): 141

**Tiff** = índice de Tiffeneau (relación entre FEV1 y capacidad vital): 594, 596

**IT** = isquemia transitoria: 161, 280

**ITU** =infección del tracto urinario: 40, 50, 230, 261 (radioterapia + ITU), 280, 379

**iv** = intravenoso: 60, 86, 169, 250, 409, 169 (albúmina iv), 181, 359 (Vancomicina iv), 193 (teicoplanina iv), 181 (corticoide iv), 252 (carboplatino iv), 86 (contraste), 78 (corticoides iv)

**i.v** =intravenoso: 78

**iv.** = intravenoso: 193 (Ab iv.), 181 (corticoide iv.), 60 (contraste), 86 (contraste), 78, 169, 250, 403 (intravenosa)

**i.v.** = intravenoso: 400, 192 (mg. i.v. cada 24 horas), 232 (Tramadol i.v.), 232 (Primperan i.v.), 232 (morfina i.v.), 287, 392 (Metamizol i.v.), 250 (2 g i.v.)

**I. yugular** = ingurgitación yugular: 280, 488

**IY** = ingurgitación yugular: 7, 14, 25, 29, 39, 56, 58, 80, 94, 98, 99, 116, 143, 151, 166, 173, 182, 283, 500, 530, 531, 543, 545, 552, 555, 556, 576, 582, 588

**I. Yugular** = ingurgitación yugular: 66, 70, 94, 98, 99, 116, 141, 143, 150, 151, 161, 166, 183, 249, 280, 424, 503, 526, 570

**Iy** = ingurgitación yugular: 27, 150, 249

**i.y.** = ingurgitación yugular: 27, 136

**I.Y.** = ingurgitación yugular: 19, 137 (Ingurgitación yugular: 19, 80, 137; ingurgitación yugular: 141, 183, 186, 248)

**I Yugular** = ingurgitación yugular: 19, 40, 48, 50, 87, 90, 95, 100, 101, 111, 117, 130, 132, 135, 137, 158, 159, 164, 180, 181, 186, 188, 191, 211, 213, 219, 227, 229, 231, 238, 241

**I. Yugular (+)**= ingurgitación yugular positiva: 161, 550

**IY +** = ingurgitación yugular positiva: 515

**IY (+)/ IY (-)** = ingurgitación yugular positiva/negativa: 521, 566

**IZDA.** =izquierda: 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333

**IZDO** = izquierdo: 440

**Izdo.** =izquierdo: 6, 17, 35, 37, 83, 85, 112, 124, 292, 305, 311, 314, 321, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 390, 391, 392 (izquierdo: 84, 86, 126, 127)

**izda.** =izquierda: 23, 24, 30, 38, 85, 126, 127, 144, 159, 181, 185, 187, 192, 193, 196, 237, 240, 246, 266, 299, 301, 305, 321, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 355, 370, 388, 390, 391, 392, 395, 397, 400, 409, 410, 418, 440 (izquierda: 86)

**izdo** =izquierdo: 5, 12, 24, 38, 66, 112, 126, 127, 136, 141, 144, 162, 171, 181, 185, 187, 192, 193, 196, 206, 220, 230, 232, 240, 252, 260, 268, 336, 395, 469, 471, 507, 511

**izd** =izquierda: 440

**izqda.** =izquierda: 54, 136, 141, 206, 220, 506, 519

**izqda** =izquierda: 54

**izda** =izquierda: 260, 275, 390, 391, 392, 395, 408, 416, 417

**izados** =izquierdos: 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333

**izadas.** =izquierdas: 66, 424

**ida.** =izquierda: 38

**izq.** =izquierdo: 379

**Izda** =izquierda: 24, 306, 307, 349, 382, 383

**Izdq** =izquierda: 349

**izdo.** =izquierdo: 6, 17, 35, 37, 83, 85, 112, 124, 305, 311, 314, 321, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 390, 391, 392

**JAK2** =en tirosina quinasa (Janus Kinase 2): 359

**JER** =jeringa: 4

**Jer** =jeringa: 22

**Doble J:** 206

**Jul** =julio: 150

**K** = potasio: 7, 14, 19, 28, 66, 112, 127, 136, 141, 144, 150, 168, 169, 181, 183, 188, 193, 201, 232, 240, 249, 256, 272, 298, 318, 336, 374, 375, 386, 403, 424, 437, 452, 467

**k** =potasio: 23 (Potasio: 137, 181, 182, 341, 359, 363, 382, 398, 408, 428, 434, 460, 480, 500)

**K.** = Karnofsky: 390, 391, 392 (Karnofsky: 117)

**Ki 67** = factor de proliferación celular. Es una medida de la velocidad de crecimiento del tumor; a más índice, más rápido. El nombre procede de la ciudad de origen (Kiel, Alemania) el número del clon original. (vid. Qui-67): 230

**Ki-67** = factor de proliferación celular. Es una medida de la velocidad de crecimiento del tumor; a más índice, más rápido. El nombre procede de la ciudad de origen (Kiel, Alemania) el número del clon original. (vid. Qui-67): 274, 275

**Índice de proliferación Qui-67** =factor de proliferación celular (error de grafía): 168, 169

**kg.** =kilogramo: 49, 58, 94, 246, 408, 414, 415, 416

**kg** =kilogramo: 7, 14, 18, 19, 37, 47, 49, 58, 94, 166, 173, 219, 241, 293, 319, 382

**Kg** =kilogramo: 14

**kgs.** =kilogramos: 158

**L1** =lumbar: 98, 99, 390, 391, 392

**LII** =lumbar: 1, 2, 221

**L2** = lumbar: 42, 122, 220, 305, 371

**L3** = lumbar: 20, 42, 122, 390, 391, 392

**L4** = lumbar: 41, 42, 144, 191, 192, 193, 305

**L5** = lumbar: 42, 144, 305

**L1-L2**: 1, 2

**L2-L3**: 42

**L3-L4**: 42

**L1-S1** = lumbar 1-sacra 1: 236

**L4-L5** =lumbar 4-lumbar 5: 41, 42, 144, 227

**L5-S1** =lumbar 5- sacra 1: 94

**L. sucostal bilateral** =laparotomía sucostal bilateral: Incisión transversa del abdomen, que se realiza paralela al reborde de la parrilla costal a una distancia de tres a cinco centímetros. Puede realizarse en el lado derecho o izquierdo para cirugía del hígado, la vesícula, la vía biliar o el bazo. Para otras intervenciones del abdomen superior se hace a ambos lados, a veces prolongando la incisión en línea media hasta el apéndice xifoides, para una cirugía mayor del hígado (hepatectomías, trasplante de hígado) o del páncreas. Es mucho más compleja de abrir y cerrar que la laparotomía media, por atravesar todos los planos fasciales y musculares de la pared abdominal. Su cierre se realiza en dos planos. A diferencia de las laparotomías verticales, como laparotomía transversa que es, tiene un índice más bajo de eventraciones: 85

**Laparot.** = laparotomía: 474

**L.** = linfocitos: 66, 127, 141, 181, 183, 187, 201, 221, 237, 256, 259, 298, 336, 341, 424, 450, 452, 467 (Linfocitos: 1, 3, 16, 31, 80, 84, 94, 115, 166, 169, 214, 223, 240, 244, 255, 256, 261, 262, 263, 276, 318, 319, 363, 389, 395, 429, 447, 448, 460)

**L** =linfocitos: 424

**linf.** =linfocitos: 168, 169, 193

**li** =linfocitos: 262

**lat. Dcha.** = lateral derecha: 424

**LAT**: 66

**lat.:** 141

**LI** =latero lateral: 38 (Anastomosis ileo-ileal LL.). (anastomosis ileocólica latero-lateral en documento: 199; anastomosis latero-lateral: 47)

**Leu** =leucocitos: 121, 192 (Leucocitos: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 31, 35, 47, 49, 54, 58, 68, 70, 73, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 89, 93, 94, 98, 99, 103, 112, 115, 116, 118, 122, 126, 127, 133, 136, 137, 141, 142, 145, 148, 150, 158, 166, 168, 169, 173, 179, 181, 182, 184, 186, 187, 192, 193, 200, 201, 211, 213, 215, 221, 224, 228, 230, 232, 237, 238, 240, 244, 246, 249, 250, 252, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 272, 276, 280, 287, 288, 298, 306, 316, 318, 319, 336, 341, 343, 344, 345, 347, 348, 351, 352, 354, 359, 363, 365, 374, 375, 382, 386, 389, 390, 391, 392, 398, 412, 423, 428, 429, 434, 447, 448, 450, 452, 460, 464, 472, 480, 484, 487, 488, 489, 494, 497, 498, 499, 500; leucocitos totales: 255; leucoticos (quizá error): 280)

**leuco.** =leucocitos: 214

**Leuc** =leucocitos: 467

**Leu** =leucocitos: 192

**leu.** =leucocitos: 121

**Leucos** =leucocitos: 28, 66, 141, 183, 217, 424

**leucos** =leucocitos: 12, 17, 19, 39, 66, 213, 262, 393, 427, 469, 471, 475, 600

**L.C.F.A.** =limitación crónica al flujo aéreo: 182, 183

**LCFA** =limitación crónica al flujo aéreo: 180, 184

**LCR** =líquido cefalorraquídeo (microbiología): 119

**LDH** = lactato deshidrogenasa: 1, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 22, 23, 31, 34, 35, 40, 41, 42, 47, 58, 66, 73, 74, 76, 86, 87, 89, 98, 99, 100, 102, 118, 121, 122, 127, 134, 136, 137, 141, 150, 166, 168, 169, 179, 181, 182, 183, 186, 187, 191, 193, 200, 201, 213, 214, 223, 232, 249, 256, 258, 262, 272, 276, 293, 298, 305, 311, 318, 336, 341, 354, 359, 386, 424, 434, 448, 483, 488, 489, 500 (Lactato Deshidrogenasa: 244, 261, 262, 263)

**IDH** (por error) = lactato deshidrogenasa : 257

**LDH lp/s** = lactato deshidrogenasa en líquido pleural y suero: 298

**LDL** =lipoproteínas de baja densidad (Low density lipoproteins): 112, 193, 240, 249, 434

**LDL-colesterol:** 4, 66, 98, 99, 141, 183, 193, 244, 261, 262, 263, 424

**LDL colesterol:** 4, 66, 183, 256, 319, 320

**LDLc** = Low density lipoproteins cholesterol: 142, 488

**LDL - Colesterol** : 244, 261, 262, 263, 424, 489

**LLC** =leucemia linfoide crónica: 202

**LLC – B** = leucemia linfoide crónica: 202

**LMA** =leucemia mieloide aguda: 121

**LMC** =leucemia mieloide crónica: 359

**LI** = lóbulo inferior: 10, 54 (LI-segmento lateral), 169

**LID** = lóbulo inferior derecho: 5, 42, 53, 54, 124, 166, 196, 246, 247, 272, 298, 424, 427

**L.I.D.** = lóbulo inferior derecho: 424

**L.I.I.** = lóbulo inferior izquierdo: 141

**LII** = lóbulo inferior izquierdo: 42, 54 (hepático), 165, 287, 288

**L.I:I** =lóbulo inferior izquierdo. Parte del pulmón derecho que depende del bronquio inferior izquierdo: 141

**LS** = lóbulo superior: 272 (LS derecho)

**LSI** = lóbulo superior izquierdo: 5, 6, 35, 53, 124, 165, 196, 283, 284, 285, 287, 288, 380, 381, 382, 406, 407, 408

**LSD** = lóbulo superior derecho: 20, 141, 165, 247, 246, 287, 288, 398, 424

**L.S.D.** =lóbulo superior derecho: 424

**LM** = lóbulo medio: 165, 298

**LMD** = lóbulo medio derecho: 249, 250, 298

**LD** = lóbulo derecho: 169, 179, 230, 246

**LHI** = lóbulo hepático izquierdo: 169, 181

**LI Hepático** = lóbulo izquierdo hepático: 574

**LHD** = lóbulo hepático derecho: 169, 181, 293

**l** =litros: 34, 66, 280, 335

**L** =litros: 237 (litros: 9, 23, 70, 82, 173, 238, 245, 250, 276 [a 2 litros], 279; litro: 83)

**lt** =litros: 116, 184 [a 3 lt]

**Litros x'** =litros por minuto: 39 (litros x'), 56

**L/m** =litros por minuto: 141, 183 (litros/ minuto: 79)

**LXM** =litros por minuto: 14

**lx'** =litros por minuto: 287

**l/ min.** =litros por minuto: 66, 150, 181

**lpm** =latidos por minuto o litros por minuto: 2, 4, 6, 7, 10, 17, 19, 22 [(98% con O<sub>2</sub> a 2 lpm), FC 86 lpm. = *distinto significado*], 24, 66, 98, 99, 115, 136, 150 [80 lpm/ Sat O<sub>2</sub> (3 lpm) = *distinto significado*], 161, 181, 182 [FC: 80 lpm Sat O<sub>2</sub> a 2 lpm = *distinto significado*], 189, 240, 250, 256, 259, 298, 319, 504, 526, 545, 576 (latidos por minuto: 15, 36, 74, 82, 87, 90, 95, 101, 109, 111, 137, 142, 147, 320, 387, 394, 397, 418, 430, 439, 453; litros por minuto: 135)

**l.p.m.** =litros por minuto: 5, 6, 80, 151, 181, 183, 298, 336, 375, 379, 383, 389, 395, 401, 403, 409, 410, 419, 424

**Imp** =litros por minuto: 311 ERROR

**LMP**=leucoencefalopatía multifocal progresiva: 316, 317 (LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA: 316, 317)

**LMSIU** = línea media supra e infraumbilical: 38

**LO** =logaritmo: 355

**Log** =logaritmo: 319

**LOE** = lesión ocupante de espacio: 10

**LOES** =lesión ocupante de espacio: 18, 19, 86, 186, 187, 226, 227

**Loes** =lesión ocupante de espacio: 194 (Loes hepáticas)

**LPV/r** = Lopinavir/ ritonavir FÁRMACO: 318

**LUC** =células grandes no teñidas por la peroxidasa. Simplemente significa que al hacer la tinción para hacer el recuento de células en el laboratorio, hay un pequeño porcentaje de células que no se tiñen o que no se identifican como ningún tipo concreto. Es normal hasta un 4% (Large Unstained Cells): 354

**M.** =molar, medida del bicarbonato: 409 (1/6 molar)

**M. Adjunto** =médico adjunto: 71 (Médico Adjunto: 73) (vid. Adjto.)

**M. Servet** = Miguel Servet: 382, 408

**MAP** = médico de Atención Primaria: 4, 29, 151, 214, 223 (médico de atención primaria: 43, 47, 160, 244; médico de Atención primaria: 43, 49, 237, 240; Médico de Atención Primaria: 43, 182)

**médico de A. Primaria** =médico de atención primaria: 49, 66, 242

**M.A.Primaria** =médico de atención primaria: 141

**médico de At. Primaria** =médico de atención primaria: 187

**M. de Cabecera** =médico de cabecera: 419

**malig.** =malignas: 85

**mast** =masticable: 22

**max** =máximo: 20 (máximo: 35)

**máx** =máximas: 127

**MB** = mioglobina: 161

**Mb** =mioglobina: 600

**MD Anderson** =clínica. Monroe Dunaway Anderson fundador o creador de la Fundación MD Anderson (centros clínicos oncológicos): 126

**MEG** =mal estado general: 570

**M/SEG:** 161 (metros: 9; METROS: 162)

**mSg:** 424

**mg** =miligramo: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23 (mg/12 horas), 27, 28 (4 mg/12 h.; mg/12 h.), 29 (mg/12 horas), 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 58 (mg/24 h.), 60, 64, 70, 76, 78, 80, 83, 86, 104, 106 (mg / 24h.), 112, 115, 119, 122, 126, 127, 134, 136, 137, 142, 143, 147, 148, 150, 153 (4 mg/12 h.; mg/12 h.), 177, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 187 (1 mg/ 24 h; 10 mg cada 24; mg/24 h.), 192, 207 (mg/24 h.), 211, 213, 224, 232, 238 (mg/24 h.), 239, 244, 246, 248, 249, 250, 252 (4 mg/12 h.; mg/12 h.), 255, 256, 258, 261, 262, 263, 272, 276, 283, 284, 287, 306, 307, 316, 317, 319, 330, 344, 359, 379, 396, 398, 409, 410, 415, 417, 419

**mg.** =miligramo: 3, 4, 7, 18, 20, 27, 31, 33, 34, 39, 42, 47, 58, 64, 67, 69, 70, 75, 76, 77, 78, 84, 86, 98, 99, 106 (mg. Subcutáneos cada 24 h.), 119, 122, 126, 127, 134, 136, 141, 142, 143, 148, 150, 151, 159, 166, 169, 173, 177, 179, 181, 182, 185, 186, 187, 192, 193, 199, 202, 207, 210, 213, 215, 224, 232, 238, 239, 244, 246, 248, 250, 251, 252, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 272, 276, 278, 283, 287, 301, 305, 311, 316, 344, 370, 380, 381, 390, 391, 406, 407, 419 (mg/mes; 2mg/8h)

**Mg** =miligramos: 181

**mgr.** =miligramos: 58

**mgr** =miligramos: 161

**mgrs.** = miligramos: 141

**mgs.** =miligramos: 126, 274

**MG** =miligramos: 7, 22, 45, 53 (MG/ 12 H), 64 (MG/ 12 H), 70 (MG/ 12 H), 153, 169, 318, 386 (miligramos: 46, 50, 52, 139, 151, 233; miligramos: 257)

**MG** =miligramo: 110

**MG.:** 45

**mg/d** =miligramos por decilitro: 249, 250 (miligramos por decilitro: 233)

**mg/día** =miligramos por día: 4, 32, 126, 252

**Mg/dl** =miligramos por decilitro: 6, 256, 278

**mg/dL** =miligramos por decilitro: 7, 73, 122, 137, 148, 158, 181, 261, 359, 363, 395

**mg/dl** =miligramos por decilitro: 4, 6, 12, 22, 35, 66, 141, 256, 278, 298, 319, 381, 383, 407, 409, 410

**mg/dl.** =miligramos por decilitro: 4, 6, 12, 18, 22, 35, 47, 66, 98, 99, 141, 143, 179, 181, 183, 252, 319

**mg/DL** =miligramos por decilitro: 122

**MG/DL** =miligramos por decilitro: 48

**mgr/dl** =miligramos por decilitro: 179

**mg/ml** =miligramos por mililitro: 22

**mg/L** =miligramos por litro: 181, 395

**mg/l** =miligramo por litro: 319



**mg/m<sup>2</sup>** =miligramos por metro cuadrado: 192, 193

**mg/m2** =miligramos por metro cuadrado: 363, 365, 366, 367, 368

**mg m2** =miligramos por metro cuadrado: 415

**microgr.** =microgramos: 248

**mcg** =microgramo: 4, 6, 16 (mcg/72 h.), 391

**µg/d** =microgramo por decilitro: 4, 18

**mcg/ml** =microgramo por mililitro: 32

**ml.** =mililitros: 147, 150, 173, 214, 223

**ml.** =mililitro: 6, 70, 124, 136, 280

**ml** =mililitros : 4, 150, 179 (ml/24 h); 16, 69, 150, 173

**ml** =mililitro: 22, 100, 124, 166, 187, 199, 214, 215, 223, 224, 379

**ML** =mililitro: 6

**ML** =mililitros: 169

**mL:** 359

**ml/min.** =mililitro por minuto: 4, 122

**ml/ minuto** =mililitro por minuto: 58

**ml/hora** =mililitro por hora: 327

**ml/h** =mililitro por hora: 16

**mlHg** =quizá error; milímetros de mercurio: 148

**ml Hg** =quizá error; milímetros de mercurio: 179

**mcl** =microlitros: 319

**32000/mcL** =microlitros: 359

**microl.** =microlitros: 121, (343 87 x 10<sup>3</sup>/microl.), 347 (2'02 millon/ microl.; 119 x 1000/ microl.), 348 (2'31 x 10<sup>6</sup>/ microl.; 87 x 10<sup>3</sup>/microl.)

**mm/Hg** =milímetros de mercurio: 136, 137, 148

**mm Hg** =milímetros de mercurio: 6, 144, 151, 161, 181, 213, 240, 375, 379, 383, 389, 395, 401, 403, 409, 410, 419

**mm Hg.** =milímetros de mercurio: 213

**mmHg** =milímetros de mercurio: 66, 115, 145, 151, 240, 319, 424

**mmhg** =milímetros de mercurio: 7

**mm./Hg** =milímetros de mercurio: 124, 148, 150, 169, 214, 223

**MM HG** =milímetros de mercurio: 161

**copias/ml:** 319, 343, 347, 348

**m Eq/l:** 32 (miliequivalentes/l: 179)

**mEq/l:** 32

**mm** =milímetros: 3, 6, 14, 18, 19, 32, 33, 42, 45, 58, 62, 84, 85, 86, 103, 124, 127, 151, 158, 161, 165, 168, 169, 173, 183, 200, 204, 213, 219, 221, 238, 240, 244, 246, 272, 274, 275, 319, 327, 360, 371, 393, 396, 398 (milimétricas: 173; milímetros: 19)

**mm.** =milímetros: 27, 42, 58, 85, 86, 159, 168, 169, 171, 200, 204, 229, 230, 238, 246, 274, 287, 288, 301, 311, 328, 338, 371, 380, 381, 382, 393, 396, 400, 406, 407, 408, 414, 415, 416

**MM** =milímetros: 161

**MM.** =milímetros: 161

**mml:** 370

**mmol/L** =millimol por litro: 181, 359, 363, 395

**mmol / l** =millimol por litro: 4, 18, 22, 47, 181, 298

**mOSm/ kg** =miliosmoles por kilo: 4

**mOSm/ l** =miliosmoles por litro: 4

**μU/mL** =microunidades por mililitro: 137

**μU/ml** =microunidades por mililitro: 4

**millón/μL** =microlitro: 395

**7,4 x 1000/ μL** =microlitro: 389, 395

**90000/mL** =microlitro: 359

**M. INTERNA** = Medicina Interna: 73, 137

**M. Interna** =medicina interna: 215, 224, 319

**M. I.** =Medicina interna: 149

**Medicina Interna:** 82, 83, 172, 217

**medicina interna:** 82

**UMI**=unidad de medicina interna: 161

**micro** = microbiología: 169

**miembro superior dcho.** =miembro superior derecho: 111

**miembro superior drcho.** =miembro superior derecho: 112

**miembro inferior dcho.** =miembro inferior derecho: 111

**MI Derecho** =miembro inferior derecho: 206 (miembro inferior derecho: 206)

**MII** =miembro inferior izquierdo: 24, 113

**m.i.i.** =miembro inferior izquierdo: 23

**MMII** =miembros inferiores: 239 (miembros inferiores: 82, 87)

**MsIs** =miembros inferiores: 239

**mm.ii.** =miembros inferiores: 23

**min.** =minuto: 306, 344, 594, 596 (109/min.) (minutos cada hora: 106, 160, 254; por minuto: 32, 41, 67, 73, 76, 77, 117, 120, 130, 135, 137, 148, 157, 167, 172, 174, 190, 203, 205, 217, 221, 236, 243, 245, 251, 266, 269, 271, 273, 282, 286, 290, 291, 292, 294, 296, 299, 300, 302, 308, 310, 313, 315, 322, 334, 353, 489, 598)

**min** =minuto: 161

**MIogl** =mioglobina: 467 (mioglobina: 23, 39, 112, 134, 141, 181, 214, 223, 403, 480)

**Mio** =mioglobina: 280

**miogl** =mioglobina: 467

**MB** =mioglobina: 161

**MIR** = médico interno residente: 10, 39, 45, 74, 215, 224, 319

**MME** = Mini-Mental State Examination; = MMSE; miniexamen cognoscitivo: 177

**MOE** (= motor ocular externo): 228, 252

**M.** = monocitos: 66, 141, 181, 183, 201, 221, 298, 336, 359 (Monocitos: 80, 84, 94, 115, 166, 168, 240, 255, 262, 341, 359, 363, 389, 395, 429, 447, 448, 460)

**M** =monocitos: 424

**Mon** = monocitos: 259

**MN** =quizá monocitos: 214 (en bioquímica), 223

**MP** =metilprednisona: 120, 121

**ms.** =milisegundo, milésima parte de un segundo: 314

**MST** = estupefaciente, morfina. Morfina sultafó o sulfato de morfina oral (MST Healthcare): 77, 266, 386, 390

**mts** = metástasis: 598

**MTS** = metástasis: 78, 200, 386, 396, 400

**mtx** =metástasis: 402, 403

**MVC** = murmullo vesicular conservado: 4, 10, 18, 29, 41, 44, 50, 77, 120, 130, 135, 139, 188, 194, 217, 222, 231, 267, 272, 317, 318, 342, 390, 391, 392, 393, 437, 467, 469, 471, 555, 556

**MV** = murmullo vesicular: 247, 600 (murmullo vesicular: 1, 2, 3, 5, 9, 14, 246; murmullo vesicular conservado: 15, 16, 23, 24, 27, 31, 76, 82, 87, 90, 92, 93, 95, 101, 103, 109, 111, 112, 124, 147, 149, 157, 158, 164, 166, 167, 168, 169, 172, 174, 176, 186, 203, 205, 230, 233, 236, 241, 253, 264, 266, 269, 271, 273; Murmullo Vesicular Conservado: 116; murmullo vesicular normal: 127; murmullo vesicular abolido: 141)

**mvc** = murmullo vesicular conservado: 12, 259, 262, 427, 475, 500, 521, 531, 566, 586

**Mvc** = murmullo vesicular conservado: 381, 407

**N9** =Dado que la latencia en adultos es de aproximadamente 9 ms. para la estimulación del nervio mediano en la muñeca se recogen: respuesta periférica en el punto de Erb (N9 –corresponde al paso del estímulo en ese punto), respuesta espinal en C6 (N13 –refleja la actividad polisináptica de las neuronas del asta posterior medular y el desplazamiento ascendente de los potenciales de acción por los cordones posteriores), respuestas cervicobulbares y de tronco cerebral (la principal es la onda P14 –refleja esencialmente la actividad de las neuronas bulbotalámicas del lemnisco medial) y respuestas corticales (la principal es la onda N20 – respuesta postsináptica del área somatosensitiva primaria o 3b de Brodman): 314 (onda)

**N20** =onda cortical. Para la estimulación del nervio mediano en la muñeca se recogen: respuesta periférica en el punto de Erb (N9 –corresponde al paso del estímulo en ese punto), respuesta espinal en C6 (N13 –refleja la actividad polisináptica de las neuronas del asta posterior medular y el desplazamiento ascendente de los potenciales de acción por los cordones posteriores), respuestas cervicobulbares y de tronco cerebral (la principal es la onda P14 –refleja esencialmente la actividad de las neuronas bulbotalámicas del lemnisco medial) y respuestas corticales (la principal es la onda N20 – respuesta postsináptica del área somatosensitiva primaria o 3b de Brodman): 314 (onda)

**nº** =número: 5, 18, 22, 24, 27, 51, 71, 84, 89, 116, 126, 131, 146, 155, 156, 150, 161, 175, 179, 182, 206, 210, 249, 270, 319, 351, 352, 353, 359, 377, 404

**Nº** =número: 4, 7, 9, 15, 16, 31, 47, 51, 62, 66, 68, 69, 81, 90, 93, 95, 97, 101, 104, 105, 107, 125, 150, 161, 188, 197, 236, 241, 243, 249, 251, 265, 281, 312, 314, 321, 342, 355, 356, 365, 366, 367, 368, 371 (número: 258)

**Nª** (ERROR): 104

**N.** =neoplasia: 141

**Na** =sodio: 7, 12, 14, 19, 23, 28, 71, 84, 89, 112, 115, 127, 136, 141, 150, 168, 169, 181, 182, 187, 193, 201, 232, 240, 249, 256, 298, 318, 326, 336, 374, 375, 382, 403, 408, 424, 437, 452, 467,469, 471 (Sodio: 62, 68, 81, 126, 131, 137, 146, 155, 156, 182, 210, 341, 359, 363, 395, 398, 434, 460, 472, 480, 500)

**NAE** = nefroarterioesclerosis: 22

**NAMC** =no alergias medicamentosas conocidas: 152

**N.** =neutrófilos: 5, 14, 23, 27, 28, 66, 89, 112, 121, 127, 136, 141, 145, 150, 169, 181, 183, 187, 192, 200, 201, 211, 221, 246, 249, 256, 258, 259, 264, 298, 336, 341, 343, 347, 348, 359, 390, 391, 392, 424, 450, 452, 467, 487 (neutrófilos: 1, 3, 7, 9, 16, 31, 35, 53, 66, 70, 73, 78, 80, 84, 93, 94, 98, 99, 115, 116, 122, 126, 141, 158, 166, 168, 169, 184, 192, 214, 223, 230, 240, 244, 255, 256, 261, 262, 263, 276; neutrófilos totales: 262)

**N** =neutrófilos: 424

**ne** =neutrófilos: 262

**neutrof** =neutrófilo: 169, 193

**neutros** =neutrófilos: 600

**neo** =neoplasia: 66, 119, 143, 181, 183, 189, 207, 209, 232, 239, 282

**N. PROSTÁTICA** =neoplasia: 141

**N. RENAL** =neoplasia: 141

**Neuro:** 437

**NC** = normocoloreado: 214 (normocoloreada), 223, 427, 452, 467, 503, 520, 522, 531

**NC y Deshidratación** =normocoloreado y deshidratación: 475

**NC y NH** =normocoloreado y normohidratado: 550

**NH y NC** =normohidratado y normocoloreado: 600

**NH** = normohidratado: 10, 29, 66, 89, 427, 452, 467, 469, 471, 484, 503, 520, 522, 531

**NFV** = Nelfinavir FÁRMACO: 318

**NLs** =neurolépticos aquí pero también pueden ser nanopartículas lipídicas sólidas o nifedipina de liberación sostenida: 417

**NPH** =neuralgia postherpética//Neutral Protamine Hagedorn insulin –insulina protamina neutra de Hagedorn//Nutrición parenteral hipocalórica: 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333

**NTG** =nitroglicerina: 14, 23, 27, 28

**ng/dL** =nanogramos por decilitro: 137

**ng/dl** =nanogramos por decilitro: 4, 134, 136, 137, 141, 142, 148, 150, 158, 166, 298

**ng/mL** =nanogramos por mililitro: 158, 181

**ng/ml** =nanogramos por mililitro: 4, 18, 19,

**ng/ml** =nanogramos por mililitro: 4

**no:** 346

**O.** = orientado: 531

**O<sub>2</sub>** = oxígeno: 54 (Oxígeno: 335)

**O2** =oxígeno: 14, 22, 52, 115, 116, 135, 141, 150, 183, 245, 248, 249

**O2 domiciliario** =oxígeno domiciliario: 66

**OCFA** =Obstrucción crónica del flujo aéreo: 424, 427

**Oct.** =octubre: 353

**OI** = ojo izquierdo: 22

**Onco-urología** =oncología: 262

**Onco-Urología** =oncología: 262

**Onco-Hematología** =oncología: 359

**onda Q** =en la nomenclatura del electrocardiograma, es la primera onda del complejo y tiene valores negativos: 298

**onda R** =en la nomenclatura del electrocardiograma, sigue a la onda Q, es positiva y en la imagen clásica del ECG es la de mayor tamaño.: 6

**ORL** = otorrinolaringología: 184, 311, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 339, 363, 365, 366, 367, 368, 380, 381, 382, 385, 386, 406, 407, 408, 414, 415, 416, 454, 455, 456, 457, 458, 491

**O.R.L.** = otorrinolaringología: 158, 281, 312, 557

**OTC** = Ornitin transcarbamilasa en este contexto pero, a veces, en documentos médicos significa Over the counter: medicamentos de venta sin receta: 424

**2P** = proyecciones.: 576 (Rx torax 2 p), 611, 247 (en radiografía)

**(2p)** = dos proyecciones: 247

**P** = Ca P Fe; calcio, fósforo, hierro: 256, 318

**P.** = Fósforo: 318, 424 (fósforo: 336, 488, 489, 500)

**p53** = gen supresor tumoral. Puede ser p = proteína: 230

**p-53** = gen supresor tumoral. Puede ser p = proteína: 274, 275

**P-53 +** = gen supresor tumoral. Puede ser p = proteína: 371

**proteína P53** = gen supresor tumoral. Puede ser p = proteína: 168, 169

**p210** =proteína 210: 359

**pT3 pN2 M1** =clasificación patológica del sistema TNM: 200

**PT3 TN2 M1**=clasificación patológica del sistema TNM: 199

**P. Carini** =pneumocystis jirovecii (antiguamente conocido como P. carinii) es un hongo patógeno; pneumocystis carinii: infección micótica de los pulmones; la enfermedad se solía llamar Pneumocystis carinii o neumonía por PC: 316, 317, 318

**p/a** =paquetes por año: 398

**pa./a** =paquetes por año: 424 (90 pa./a)

**P +** (pueden ser varios significados; aquí quizá pulso o presión): 29

**PA** =presión arterial: 4

**PA. y L.** = posteroanterior y lateral: 575, 603, 610

**P.A. y LAT.** = posteroanterior y lateral: 141, 183

**LAT** =lateral: 66

**P-A y lateral** =posteroanterior y lateral: 276

**PAAF** = punción aspirativa con aguja fina...Es un procedimiento para obtener una muestra de tejido para biopsia: 18, 19, 54, 98, 99, 204, 293, 301, 306, 307, 326, 327, 328, 329, 330

**PAFF** (quizá error por PAAF): 47

**P.A.A.F.** = punción aspirativa con aguja fina...Es un procedimiento para obtener una muestra de tejido para biopsia: 424

**PAD** =presión arterial diastólica: 4

**PAS** =presión arterial sistólica: 4

**PC normales** = pares craneales normales: 467, 475

**PC** =pulso cardíaco: 66

**PCN** = pares craneales normales: 317, 318

**PCN** = palidez cutánea: 317, 318

**pCO<sub>2</sub>** =presión parcial de dióxido de carbono: 262, 263, 434, 480

**PCO<sub>2</sub>** =presión parcial de dióxido de carbono: 54, 335

**PCO<sub>2</sub>** =presión parcial de dióxido de carbono: 66, 240

**pCo<sub>2</sub>** =presión parcial de dióxido de carbono: 14, 39, 80, 134, 137, 141, 142, 173, 181, 184, 214, 223, 262, 263, 280

**pCO<sub>2</sub>** =presión parcial de dióxido de carbono: 5, 6, 53, 80, 115, 136, 141, 145, 183, 298, 335, 424, 487

**PCR** = proteína C reactiva: 23, 39, 66, 127, 169, 183, 187, 250, 256, 257, 262, 280, 283, 316, 318, 319, 424, 434, 437, 488, 489

**Proteína C Reactiva:** 181, 244, 261, 262, 263, 395

**proteína C reactiva:** 14, 18, 25, 58, 94, 118, 119, 173, 179, 182, 184

**Proteína C reactiva:** 221, 319

**proteínas<sub>ip/s</sub>:** 298 (proteínas: 319, 390, 391, 392, 395, 429)

**Perist+** =peristaltismo positivo: 500 (peristaltismo conservado: 2, 8, 15, 36, 87, 92, 95, 101, 105, 111, 137, 215, 224, 241, 243, 266, 273, 279; peristaltismo presente: 7, 12, 18, 39, 76, 100, 259, 267; peristaltismo presente metalizado: 13; peristaltismo positivo: 23, 41, 44, 46, 48, 50, 52, 77, 82, 112, 117, 120, 130, 132, 135, 139, 147, 157, 159, 164, 167, 170, 172, 174, 176, 180, 188, 190, 191, 203, 205, 211, 271, 272; peristaltismo presente aumentado: 24; peristaltismo disminuido: 40; peristaltismo audible: 47; peristaltismo normal: 49, 127, 133; peristaltismo presente normal: 201)

**peristaltismo +** =peristaltismo positivo: 4, 194

**peristaltismo (+)** =peristaltismo positivo: 150

**P+** = peristaltismo positivo: 29

**perist +** =peristaltismo positivo: 500

**peristaltismo (+)** =peristaltismo positivo: 4

**PEG** =gastrostomía endoscópica percutánea (percutaneous endoscopic gastrostomy): 299

**Sonda de gastrostomía (PEG):** 197 (es el único caso en que aparece la forma plena y entre paréntesis la sigla)

**PESs** = potenciales evocados somatosensitivos o somatosensoriales. Los potenciales evocados son registros de la actividad eléctrica del cerebro, en respuesta a un estímulo específico que puede ser de índole auditiva, somatosensorial o visual. Se presentan como oscilaciones enmascaradas por la señal de ElectroEncefaloGrafía –EEG- y se describen, por lo general, en términos de sus magnitudes máximas y mínimas (amplitudes pico) y de su duración relativa respecto al estímulo (latencia): 314, 329, 330, 331, 332, 333

**PET** = tomografía por emisión de positrones: 1 (un PET), 20, 66, 96, 98, 99, 196, 268, 492

**PET-TAC** = tomografía por emisión de positrones//Tomografía axial computarizada: 227

**Pet** = tomografía por emisión de positrones: 568

**P.F.R.** = pruebas funcionales respiratorias o pruebas de función respiratoria : 141, 295, 355, 356

**PFR** = pruebas funcionales respiratorias o pruebas de función respiratoria: 295, 355, 356 (PRUEBAS DE FUNCIÓN RESPIRATORIA: 268)

**pg/mL** =picogramos por mililitro: 181

**pg/ ml** =picogramos por mililitro: 4

**pg/dL** =picogramos por decilitro: 137, 158

**pg** =picogramos: 363, 389

**pH** = logaritmo negativo del ion hidrógeno activo. Símbolo utilizado para expresar la acidez o alcalinidad de una solución: 5, 6, 14, 39, 53, 134, 136, 137, 141, 142, 145, 173, 181, 183, 184, 212, 213, 214, 223, 240, 244, 256, 261, 262, 263, 280, 298, 335, 403, 424, 434, 475, 480, 487

**PH** = logaritmo negativo del ion hidrógeno activo. Símbolo utilizado para expresar la acidez o alcalinidad de una solución: 447, 448

**ph** = logaritmo negativo del ion hidrógeno activo. Símbolo utilizado para expresar la acidez o alcalinidad de una solución

**Ph** = logaritmo negativo del ion hidrógeno activo. Símbolo utilizado para expresar la acidez o alcalinidad de una solución: 382, 408, 412

**PICC** = inserción periférica de catéter central (peripheric insertion central catéter): 306

**PINR** = pupilas isocóricas normorreactivas: 33

**PICNR** = pupilas isocóricas normorreactivas: 317, 318, 437?, 495, 576

**pupilas ICNRs** = pupilas isocóricas normorreactivas: 252

**P.I.F.** = pico de flujo inspiratorio (peak inspiratory flow): 141 (en espirometría)

**pm** =por minuto: 23, 68, 187, 228, 238, 238, 554, 588, 599

**PM** = por minuto: 237

**pul./min** =pulsaciones por minuto: 28 (pulsaciones por minuto: 233)

**p.m.** =pulsaciones por minuto: 6, 184, 336, 390, 391, 392

**ppm** =pulsaciones por minuto: 193

**PMN** =polimorfonuclear: 214, 223



**PMS** =soplo pulmonar mesosistólico: 141, 183 (soplo PMS)

**PMV** =para mantener vía: 383, 410

**Pq** =plaquetas: 359 (plaquetas: 1, 4, 5, 7, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 27, 28, 31, 35, 39, 40, 49, 53, 58, 64, 66, 68, 73, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 93, 94, 98, 99, 100, 103, 112, 115, 116, 118, 122, 126, 127, 134, 136, 137, 141, 142, 150, 158, 166, 169, 173, 179, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 201, 211, 213, 214, 215, 219, 221, 223, 224, 230, 238, 240, 244, 246, 249, 252, 255, 256, 257, 258, 259, 261, 262, 263, 264, 272, 276, 298, 306, 316, 318, 319, 398, 336, 341, 343, 344, 345, 347, 348, 351, 352, 354, 363, 389, 390, 391, 392, 423, 424, 428, 431, 434, 438, 447, 448, 460, 464, 477, 478, 488, 489, 497, 499, 500)

**plaqu** =plaquetas: 452

**plaq** =plaquetas: 12, 17, 121, 427, 467, 469, 471, 475

**PQT** =plaquetas: 192

**Plaquet** =plaquetas: 600

**po** = posología oral; per ora; por vía oral, en inglés: 88, 121

**po/ 12 h. Duphalac po/12 h.** =per ora; por vía oral, en inglés: 121

**pO2** =presión parcial de oxígeno: 5, 6, 14, 39, 116, 134, 137, 142, 173, 181, 214, 223, 247, 262, 263, 298, 434, 480

**PO<sub>2</sub>** =presión parcial de oxígeno: 54, 80

**pO<sub>2</sub>** =presión parcial de oxígeno: 53, 66, 136, 141, 145, 148, 183, 298, 335, 424, 487

**PO2** =presión parcial de oxígeno: 240,

**Po2** =presión parcial de oxígeno: 184,

**Post** = posterior/ posteriores/ posteriormente: 141 (los tres significados en el mismo informe)

**POST:** 162, 239

**PP** = pared posterior del ventrículo izquierdo: 161

**PPCC** =pares craneales: 252

**PPLB** = puñopercusión lumbar bilateral: 537, 577, 578, 579 (puño-percusión renal: 244; puñopercusión renal: 181; Puñopercusión renal bilateral: 187)

**ppm** =partes por millón, unidad de la concentración: 193

**PPP** = pulsos pedios presentes: 29

**ppp** = pulsos pedios presentes: 262, 500 (pulsos pedios palpables: 219)

**PPRB (-)** = puñopercusión renal bilateral: 150, 505, 506, 570

**PPR bilateral** = puñopercusión renal bilateral: 317, 318

**PPs** = presión pulmonar sistólica: 148 (PPs de 30 mm./Hg

**PPS** = pulsos pedios simétricos: 16, 147

**PPS** =pulsaciones por segundo: 31

**PPS** =Palliative Perfomance Scale: 1, 9, 16, 31, 147, 227

**PPS** = estenosis periférica pulmonar: 1, 227

[PPS....sistólica// PPM.....media//PPd.....diastólica.....se mide en mm Hg]

**PPT** = pielostomía percutánea transitoria: PT (izda.) = PPT (izda.); en diccionario no aparece: 144

**PR** = parte del trazado del ECG entre la onda P y el inicio del QRS del electrocardiograma y que representa la conducción auriculoventricular: 179

**Espacio PR**: representa el tiempo que dura la despolarización de la aurícula y el viaje del estímulo a través de la unión AV. Los valores van de 0.12” “ a 0.20”

**PRF** = pruebas función respiratoria: 295

**Prostat** = próstata: 88 (CA. PROSTAT.)

**PSA** = antígeno prostático específico (prostate-specific antigen): 5, 33, 96, 98, 99, 112, 126, 127, 133, 147, 148, 166, 173, 213, 219, 232, 256, 262, 311, 424, 446, 487

**P.S.A.** = antígeno prostático específico (prostate-specific antigen): 66, 354, 434 (Antígeno prostático: 354, 434)

**PSAP** = presión sistólica en la arteria pulmonar: 7, 311

**PT** = proteínas totales: 144 (=PPT) (proteínas totales: 1, 4, 7, 14, 16, 18, 21, 25, 34, 39, 40, 47, 56, 58, 73, 74, 76, 86, 105, 116, 118, 119, 127, 132, 136, 137, 150, 158, 166, 173, 179, 181, 182, 186, 192, 200, 201, 213, 238, 240, 244, 249, 250, 256, 261, 262, 263, 276, 288, 298, 336, 399, 391, 392, 434, 488, 489, 497, 500; Proteínas Totales: 288, 298, 336, 390, 391, 392, 434, 488, 489, 497, 500)

**Pr T** = proteínas totales: 169, 193

**Pta.** =planta: 6

**Pte** = pendiente: 275

**pte** = pendiente: 106

**PTH** = hormona paratiroidea o parathormona (parathyroid hormone): 4, 66, 80, 582

**pvto** =desconozco su significado, podría ser ‘pavimento’: 214 (en bioquímica), 223

**onda Q** = ondas Q patológicas, necrosis miocárdica: 298

**Q** = ondas Q patológicas, necrosis miocárdica: 148, 149, 150, 161 (Q en III)

**q en III** (Q en II-III (ondas Q) ondas Q patológicas (necrosis miocárdica): 530 (onda)

**q**: 54 ERROR (lobectomía inferior izqda. q + linfadenectomía)

**Qui-67** (distinta grafía vid. Ki 67): 168, 169

**Quimio** =quimioterapia: 38, 365, 366, 368, 382 (Quimioterapia: 102)

**QT**= quimioterápico: 43, 54, 168, 169, 192, 246, 152, 267

**QT**= quimioterapia: 194, 230, 287, 288, 306, 327, 419

**Qt** =quimioterapia: 382, 401, 403, 408, 409

**qt** =quimioterapia: 383, 409, 410

**quimiorradioterapia:** 382

**quimio-radioterapia:** 38, 382

**R.** = retención: 141

**R1** = tumor residual: hace referencia a la presencia o ausencia de persistencia tumoral tras una operación quirúrgica, así como a su tamaño (RO =no hay tumor residual; R1 o R2 =tumor residual microscópico o macroscópico respectivamente; RX =no es posible evaluar la existencia de tumor residual. Puede ser también ‘primer tono cardiaco’ pero no en este contexto): 382, 408

**RAO** = retención aguda de orina: 171

**RCP** = reflejo cutáneoplantar: 33 (normales), 119 (flexores), 177, 228 (derecho flexo-extensor), 252, 305, 475

**RCR** = ruidos cardiacos rítmicos: 383, 409, 410, 452, 484, 520, 522

**Rs CSRS** = ruidos cardiacos rítmicos: 475

**RsCsRs** = ruidos cardiacos rítmicos: 6, 10, 437, 588, 599

**Rs Cs Rs** = ruidos cardiacos rítmicos: 467, 480, 560 (ruidos cardiacos rítmicos: 27, 157, 167, 174, 190, 203, 205, 271; tonos cardiacos rítmicos: 15, 90, 92, 95, 101, 105, 109, 130, 241, 247; tonos cardiacos arrítmicos: 87, 111)

**RD** = riñón derecho: 22

**RD** =retinopatía diabética: 66

**RE** = receptores de estrógeno: 192, 193, 390, 391, 392 (receptores de estrógenos: 168, 169, 274)

**RP** = receptores de progesterona: 192, 193, 390, 391, 392 (receptores de progesterona: 168, 169, 274)

**RE y RP** =receptores de estrógeno y receptores de progesterona: 229, 230

**REIRP** puede ser RE y RP, receptores de estrógeno y receptores de progesterona: 168 (negativos), 169

**RDHH** = rama derecha del haz de His: 480

**rama izda del Haz de Hiss** =rama izquierda del Haz de Hiss: 185

**RNA VIH** =ácido ribonucleico; virus inmunodeficiencia: 318, 319

**RNA VHC** =ácido ribonucleico; virus hepatitis C: 319

**RNAVHC** =ácido ribonucleico; virus hepatitis C: 319

**RNM** = resonancia nuclear magnética: 19, 83, 85, 100, 126, 200, 221, 228, 272, 305, 382, 408, 428, 567, 568, 598 (Resonancia nuclear magnética: 42; RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA: 42; Resonancia nuclear: 42; Resonancia magnética: 240; Resonancia magnética nuclear : 240)

**RMN** = resonancia magnética nuclear: 27, 37, 60, 78, 177, 194, 200, 201, 246, 252, 316, 317, 390, 455, 456, 457, 458, 540, 565, 566

**RMN EEII** =resonancia magnética nuclear de extremidades inferiores: 359

**RM** = resonancia magnética: 26, 33, 56, 98, 99, 110, 127, 318, 359, 494, 590

**COLANGIO RNM** = colangiorresonancia magnética: 221

**Colangio RNM** = colangiografía resonancia magnética: 221

**Colangio RM** = colangiografía resonancia magnética: 86

**RMP 1** = reflejo muscular profundo: 119

**ROT** = reflejo osteotendinoso: 315, 316, 317, 318 (en plural), 475, 600

**RPR** = prueba de la reagina plasmática (rapid plasma reagin test): 244

**RS** = ritmo sinusal: 17, 252, 272 (Ritmo sinusal: 186, 247, 256; ritmo sinusal: 30, 39, 137)

**Rs** = ritmo sinusal: 22

**rs** = ritmo sinusal: 22

**Rt sinusal** = ritmo sinusal: 583

**R sinusal** = ritmo sinusal: 280

**R.Sinusal** = ritmo sinusal: 280

**RT** = radioterapia: 20, 116, 252, 283, 419

**Rt** = radioterapia: 401, 403

**RT craneal** = radioterapia craneal: 78

**R tot** = restricción total: 280

**Post- RTU** = resección transuretral: 440

**RTU** = resección transuretral: 11, 12, 81, 87, 88, 355, 356, 360, 361, 393, 566, 568

**R.T.U.** = resección transuretral: 356

**RTUs** = resección transuretral: 81, 570

**R.T.V.** = resección transvesical: 66

**RV-He** = Volumen residual. Volumen de gas restante en el pulmón al final de una espiración máxima.

**RV** = FRC-ERV o **RV** = TLC –IVC. Por método de circuito cerrado de helio: 280

**Rv-Pletis** = Volumen residual. Volumen de gas restante en el pulmón al final de una espiración máxima. **RV** = FRC-ERV o **RV** = TLC –IVC. Por pletimografía corporal: 280

**RX** = Rayos X o Rayos incógnita porque no sabían lo que eran: 3, 5, 6, 7, 13, 20, 23, 35, 37, 38, 53, 54, 64, 66, 73, 80, 98, 99, 102, 115, 116, 122, 124, 127, 136, 137, 141, 145, 148, 158, 161, 168, 181, 183, 184, 186, 192, 193, 196, 200, 201, 206, 219, 220, 221, 230, 232, 237, 238, 240, 244, 246, 256, 258, 261, 262, 263, 268, 280, 283, 287, 288, 306, 311, 318, 319, 335, 336, 359, 361, 365, 380, 381, 382, 390, 391, 392, 395, 396, 452, 454, 455, 456, 457, 458, 464, 468, 472, 483, 487, 488, 489, 492, 507, 510, 511, 515, 520, 521, 522, 524, 530, 531, 533, 538, 542, 543, 544, 548, 552, 554, 567, 568, 571, 587, 606, 607

**Rx** = Rayos X o Rayos incógnita porque no sabían lo que eran: 1, 4, 7, 9, 17, 20, 22, 24, 25, 29, 39, 49, 56, 58, 60, 70, 73, 76, 99, 100, 103, 110, 116, 118, 121, 122, 124, 129, 133, 134, 141, 166, 173, 179, 182, 183, 192, 193, 194, 212, 213, 214, 215, 220, 223, 224, 228, 237, 246, 247, 249, 272, 278, 281, 298, 307, 312, 332, 335, 359, 374, 375, 460, 465, 469, 471, 474, 476, 477, 478, 480, 486, 497,

502, 503, 504, 518, 519, 525, 537, 546, 560, 575, 576, 577, 578, 582, 583, 589, 594, 596, 597, 603, 610, 611, 612, 616

**rx** = Rayos X o Rayos incógnita porque no sabían lo que eran: 382, 408, 409

**Rx. Intervencionista** =radiología: 73

**Rx Tórax** =radiografía de tórax: 550, 588 (Radiografía de torax: 545; Radiografía de tórax: 1, 9, 558, 586, 595; Radiología de tórax: 436)

**Rx torax** =radiografía de tórax: 4, 17, 22, 24, 25, 33, 39, 56, 58, 60, 70, 103, 94, 99, 129, 133, 134, 166, 173, 192, 213, 214, 215, 223, 224, 228, 247, 249, 283, 427

**Rx tórax** =radiografía de tórax: 359, 412, 423, 431, 437

**RX Tórax** =radiografía de tórax: 115, 161

**Rx de torax** =radiografía de tórax: 432

**Rx. de Tórax** =radiografía de tórax: 450

**RX. DE TÓRAX** =radiografía de tórax: 148, 158, 192, 196, 219, 220, 221, 230, 238, 244, 261, 262, 263, 268, 311, 365, 390, 391, 392

**RX DE TÓRAX** =radiografía de tórax: 380, 381, 382, 396, 406, 407, 408, 434

**RX TÓRAX** =radiografía de tórax: 3, 5, 6, 7, 23, 53, 54, 80, 98, 116, 124, 127, 145, 181, 191, 192, 193, 200, 256, 306, 318, 319, 335, 336, 403, 447, 448

**RxT** = Radiografía de tórax o radioterapia: 119, 250, 316

**RX ABD** =radiografía de abdomen: 531 (Radiografía abdomen: 16, 586)

**Rx Abd** =radiografía de abdomen: 588

**Rx abd** =radiografía de abdomen: 577, 612

**Rx. de Abdomen** =radiografía de abdomen: 450

**S1-S2** =sacra 1-sacra 2: 78

**S1** = sacra: 78, 94, 305

**S2** = sacra: 78, 94, 305

**S.** = servicio: 20, 66, 141, 177, 182 (S. de Urología), 183, 207, 260 (S. de Hematología), 383, 410 (S. Digestivo), 424 (S. Urgencias, S. Hematología), 427 (S. Hematología)

**S** =servicio: 20, 66, 141, 177, 182, 183, 207, 260, 383 (Servicio: 14, 103, 182, 242)  
**S°** =servicio: 14, 27, 78, 127, 165 (S° de Digestivo), 230 (S° de Cirugía), 287, 288, 336, 350  
**Serv. de Paliativos** =Servicio: 228  
**Scio** =servicio: 24, 25, 39, 84, 103, 166, 316  
**Scio.** =servicio: 116  
**Servcio°** =servicio: 127  
**sd.** =síndrome: 200, 283  
**s. constitucional** =síndrome constitucional: 10  
**SD. Depresivo:** 259  
**SD. DEPRESIVO:** 259  
**S. depresivo:** 260  
**SIND FEBRIL** =síndrome febril: 169  
**S.** =síndrome: 66, 177, 182, 183  
**S. Anémico** =síndrome anémico: 343, 347, 348  
**S. prostático** =síndrome prostático: 182  
**S. Prostático** =síndrome prostático: 424  
**S. Hemorroidal** =síndrome hemorroidal: 424  
**S. Aureus** =Stafilococo aureus: 184  
**SAHOS** =síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño: 424, 427  
**SAOS** =síndrome de apnea obstructiva del sueño: 425  
**SARS** =síndrome respiratorio agudo y grave (severe acute respiratory síndrome): 349 (infección por...)  
**sc** = subcutánea: 4, 12, 238, 379  
**SBC** = subcutánea: 141  
**SBc** = subcutánea: 141  
**SC** = subcutánea:4, 153  
**S.C** = subcutánea: 239  
**s.c.** = subcutánea: 68, 316  
**sc.** = subcutaneos: 150  
**seg** = segmento: 6, 66, 161, 181, 256 (segmento 5, 6 y 8: 574; segmento VIII: 137, 298; en el segmento VIII/V: 94)  
**seg** =segundos: 6  
**Sep** =septiembre: 379  
**SFB** =situación funcional basal: 14 (SFB: FSC), 150  
**Sist. Orina** =sistemático de orina: 429 (sistemático de orina: 142, 158, 189, 213, 228, 238, 250, 280, 488; sistemáticos: 280; Sistemático: 58; Sistemático en orina: 507; Sistemático orina: 578, 616; SISTEMÁTICO DE ORINA: 98, 448; Sistemáticos de orina: 99)

**sist. orina** =sistemático de orina: 429

**sist. O** =sistemático de orina: 475

**S. ORINA** = sistemático de orina o sedimento: 522

**SEd.o** =sedimento de orina: 475 ((sedimento: 6, 66, 73, 80, 84, 137, 141, 158, 183, 219, 244, 250, 256, 262, 262, 263, 280; sedimento de orina: 537; sedimento urinario: 354; Sedimento orina: 578, 616; SEDIMENTO DE ORINA: 365, 568; Sistemático y sedimento de orina: 476; sedimento hematíes: 4)

**Signo de pliegue +/-**: 22 (signo del pliegue positivo: 215, 224)

**Signo del pliegue +**: 215, 224

**signo del pliegue ++**: 4

**s. pliegue (+)** =signo del pliegue positivo: 183

**SIADH** = síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (síndrome of inappropriate antidiuretic hormone): 379

**SIT** = se impide tránsito (deducción hecha a partir del informe de anatomía patológica): 165

**sl** =sublingual: 161 (sublingual: 136, 161)

**SMDAR** =síndrome de anemia refractaria: 345

**SMPC/ SMD** = síndrome mieloproliferativo/ mielodisplásico: 359

**SNC** =sistema nervioso central: 370

**SNG** = sonda nasogástrica: 363 (sonda nasogástrica: 31)

**SAT O<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 480

**SAT O<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 5, 6, 23, 53, 115, 145, 181, 182, 183, 189, 335

**SatO<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 66, 141, 150, 182, 335

**SatO<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 298

**Sat. O<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 4, 10, 66, 141, 191, 280, 287, 298, 401, 403, 409, 410, 419

**Sat O<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 4, 32, 181, 280 (saturación: 36, 56, 64, 134, 142, 215, 224, 240; saturación de oxígeno basal: 7, 93, 148, 166; saturación de Oxígeno: 184, 238; saturación de oxígeno: 8, 39, 54, 57, 63, 67, 69, 70, 75, 77, 95, 137, 147, 157, 158, 159, 167; Saturación de oxígeno: 105, 170, 172, 174, 176, 180, 188, 190, 199, 203, 222, 227, 229, 233, 236, 238, 243, 245, 248, 251, 266, 269, 271, 273, 279; Saturación de oxígeno sin oxígeno: 282; Saturación de oxígenos con gafas a 2 litros: 276; Saturación de oxígeno...basal: 98, 99; Saturación basal: 25, 33, 73, 84, 134, 173; Saturación ...basal: 58, 137)

**sO<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 182, 247, 262, 263, 375, 379, 383, 389, 395

**SaO<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 16

**Sa O<sub>2</sub>** =saturación de oxígeno: 1, 16

**SAT O<sub>2</sub>...basal** =saturación de oxígeno basal: 189

**SAT** =saturación de oxígeno: 136

**Sat O<sub>2</sub> basal** =saturación de oxígeno basal: 247

**Sat** =saturación de oxígeno: 14, 214, 223, 487  
**SO2** =saturación de oxígeno: 169, 193  
**Sat basal** =saturación de oxígeno basal: 22, 283  
**SAT basal** =saturación de oxígeno basal: 136  
**Sat. de O2** =saturación de oxígeno: 116  
**saturación de O2:** 41, 44, 46, 48, 52, 87, 117, 120, 135, 139, 217, 249  
**Sat. Basal de O2** =saturación de oxígeno basal: 187,  
**Saturación O2 basal** =saturación de oxígeno basal: 319  
**saturación de O2 basal:** 249  
**Saturación de O2...basal:** 166  
**SatO2 basales:** 182  
**Candida SP** =candidiasis especie: 483  
**S. Periférica** =sangre periférica: 363, 395  
**S. periférica** =sangre periférica: 363, 429  
**SS I-II/IV** =soplo sistólico: 466, 503  
**soplo sistólico II/IV:** 412  
**SQV/d** =Saquinavir FÁRMACO: 318  
  
**ST** = segmento del electrocardiograma entre la onda S y la T: 161  
**s.t. a lado drcho.** =sobre todo: 122  
**STIR** = secuencias obtenidas de la resonancia (Short Tau Inversion Recovery): 98, 99  
**SUAP** =Servicio de Urgencias de Atención Primaria: 181  
**sup** = superior: 268  
**SUV** = standard Uptake Value o Standardized Uptake Vatio. Siglas inglesas de valor normalizado de captación, magnitud que expresa la captación de un radiofármaco, en términos de concentración de la actividad, medida en la imagen, dividido por la dosis inyectada al paciente normalizada por su peso (Bq/ml//Bq/g): 20  
**T** = onda T cardiaca: 173  
**T** (=Tesla : unidad de densidad de flujo magnético –en RMN)  
**T picudas** = ondas T : ondas P, Q, R, S, T : 22  
**T. negativas en II** : 127  
**Tnegativas:** 127  
**T. Piel** =puede ser la zona T: frente, nariz y barbilla: 169  
**T. Auramina** = tinción con auramina: 141, 424  
**T12** } 98 ( ¿es lo mismo en 99 ? )  
**D12** }  
**T12** : 98, 99



**T3:** 58

**T2:** 60, 359

**T1:** 60, 359

**T1 e.... en T2:** 127

**T1, T2:** 98, 99, 240

**T1, T2, T12:** 99

**T4** =Símbolo de la tiroxina. Es la principal hormona segregada por el tiroides y estimula el metabolismo celular: 58, 116, 148, 192, 193, 262, 280, 390, 391, 392, 398

**T4/T8:** 280, 319

**T4 libre:** 4, 7, 127, 150, 244

**T-4 libre:** 238

**T<sub>4</sub> L:** 136

**T4 Libre:** 137

**T1 G1:** 79, 360, 361

**T2 GIII:** 35

**(T2 G3):** 11, 12, 355

**T1 G2-3:** 356

**Escala TNM:** hace alusión al número de tumores, nódulos y metástasis:

T3 Nx MO: 37

T2 N0 M0: 54, 56

T4 N1 M1: 17, 365, 366, 367, 368, 380, 381, 400, 401, 403, 406, 407, 408

T2 N2 M0: 20, 56, 58

T3 N0 M0: 38, 268,

T3 N2a M0: 275

T3 N0: 47, 414, 415, 416

T1N3: 419

T3, N0: 47

T1 N2 M1: 78, 395

T3 NX M1: 196

T3a NX MX: 321

T2 N MO: 338

T2 N3 M0: 339

pT3 pN2 M1 (iv): 200, 390, 391, 392 (vid. Supra)

pT3 pM0: 37 (vid. Supra)

**D1 G1:** 219

**G2 P2:** 62

**G4 P4:** 175

**G1-G2:** 206

**GII:** 382

**G2-3:** 382

**G2:** 380, 381

**G1:** 393

**S1:** 306, 380, 381, 390

**S2:** 311

**S1-Q3-T3:** 39

**T<sup>a</sup>** =temperatura: 3, 5, 9, 10, 23, 24, 32, 33, 39, 56, 58, 70, 73, 80, 84, 87, 93, 94, 98, 99, 103, 115, 134, 136, 137, 145, 148, 158, 166, 167, 181, 190, 215, 224, 233, 240, 244, 261, 262, 263, 277, 298, 319, 335, 336, 375, 379, 383, 389, 395, 401, 403, 409, 410, 419, 503 (temperatura: 184, 221, 238; Temperatura : 124, 184, 238 ; temperaturas: 168)

**T<sup>o</sup>** =temperatura : 150

**temp.** =temperatura: 187

**Temp.** =temperatura: 187

**T.A.** =tensión arterial: 3, 23, 24, 25, 33, 39, 56, 58, 70, 80, 84, 94, 98, 99, 103, 134, 141, 145, 166, 173, 183, 184, 215, 224, 298, 335, 336, 424 (Tensión Arterial: 238; Tensión arterial: 36, 64, 179, 219, 221; tensión arterial: 30, 35, 151, 170, 179)

**TA** = tensión arterial: 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 22, 23,32, 40, 41, 44, 46, 48, 52, 59, 63, 66, 67, 69, 72, 73, 75, 77, 82, 87, 90, 92, 93, 95, 101, 105, 109, 111, 115, 117, 120, 124, 130, 135, 136, 137, 139, 147, 148, 150, 157, 158, 159, 164, 167, 169, 170, 172, 174, 176, 179, 180, 182, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 203, 211, 217, 222, 227, 228, 229, 233, 236, 238, 240, 243, 245, 247, 248, 251, 259, 266, 269, 271, 273, 276, 277, 279, 282, 287, 319, 501

**T.A.s.** = tensión arterial sistólica: 29, 375, 379, 383, 389, 395, 401, 403, 409, 410, 419

**TAs** = tensión arterial sistólica: 29, 161

**TAd** = tensión arterial diastólica: 29, 161

**T.A.d.** = tensión arterial diastólica: 29, 181, 375, 379, 383, 389, 395, 401, 403, 409, 410, 419

**TAC** = tomografía axial computarizada: 6, 7, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 42, 47, 54, 58, 60, 66, 68, 78, 80, 84, 85, 86, 94, 96, 98, 99, 102, 103, 112, 113, 116, 124, 126, 127, 136, 141, 142, 144, 158, 161, 164, 165, 166, 168, 169, 173, 177, 182, 184, 189, 192, 193, 194, 196, 200, 201, 202, 206, 207, 210, 213, 219, 228, 230, 232, 234, 238, 242, 246, 247, 256, 260, 268, 272, 278, 280, 285, 287, 288, 293, 295, 298, 301, 305, 306, 307, 311, 326, 327, 328, 329, 330, 331,332, 333, 349, 350, 360, 363, 365, 366, 367, 368, 371, 380, 381, 382, 385, 390, 391, 392, 393, 395, 396, 398, 400, 403, 406, 407, 408, 414, 415, 416, 432, 434, 438, 444, 447, 448, 450, 454, 455, 456, 457, 458, 466, 467, 477, 483, 492, 507, 509, 510, 513, 518, 519, 520, 521, 533, 535, 536, 557, 566, 567, 568, 570, 574, 580, 582, 586, 587, 588, 589, 590, 594, 596, 598, 599, 606, 608, 609, 614

**TAC.** = tomografía axial computarizada: 268, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 390, 391, 392

**Tac** = tomografía axial computarizada: 3, 5, 25, 53, 141, 204, 214, 223, 268, 272, 327, 335, 487, 520, 521, 522

**T.A.C.** = tomografía axial computarizada: 214, 223, 487

**tac** = tomografía axial computarizada: 214, 223

**Tc** = tomografía axial computarizada: 32

**TC** = tomografía axial computarizada: 26, 32, 110, 177, 244, 486

**Scanner:** 3, 5, 53, 335, 487

**scanner:** 124, 208

**SCANNER TORÁCICO:** 5, 53, 335

**Escáner:** 3

**escáner:** 3

**TAC Post-RTU:** 440

**TC toracoabdominal** = tomografía axial computarizada toracoabdominal: 177

**TC toraco-abdominal** = tomografía axial computarizada toracoabdominal: 244

**tac craneal** = tomografía axial computarizada craneal: 522

**TC cerebral** = tomografía axial computarizada cerebral: 26, 110, 486, 494

**Tac pulmonar:** 272

**tac abdominal:** 323

**Tac abdominal:** 204

**TC toraco-abdomino-pelvico** = tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica: 244

**Angio-Tac** = angiotomografía axial computarizada: 39

**Angio-TAC** = angiotomografía axial computarizada: 39, 103, 173

**ANGIO-TAC** = angiotomografía axial computarizada: 239, 483, 567

**ANGIO TAC** = angiotomografía axial computarizada: 30, 448

**ANGIOTAC** = angiotomografía axial computarizada: 480

**TAR** =terapia antirretroviral//trombocitopenia con aplasia de radio: 318

**TARV** =terapia antirretroviral: 316

**TARGA** =A partir de 1997 se inicia la era del tratamiento HAART (Targa en castellano: Terapia AntiRetroviral de Gran Actividad o High Active AntiRetroviral Therapy): 319

**T/B (índice)** =índice tobillo/brazo (en pruebas físicas): 162, 239

**TBC** =tuberculosis: 180, 181, 184, 278, 316, 317, 318

**TBC pulmonar** =tuberculosis pulmonar: 277, 278 (tuberculosis pulmonar: 187; Tuberculosis pulmonar: 319)

**TBC PULMONAR** =tuberculosis pulmonar: 182

**Test TBD** = tuberculosis diseminada: 141 (espirometría)

**Test de TB (-)** = test de tuberculosis: 447, 448

**TBH** =Symbicort TBH; turbuhaler: 301

**3TC** = Lamivudina o 3 TZ FÁRMACO

**TC** = tamaño y consistencia: 520

**TCE** =Traumatismo craneo encefálico: 228, 229, 278 (Traumatismo craneo encefálico: 278)

**TCS** = tejido celular subcutáneo: 359

**Tc99m** =Technetium 99m: metastable; isotope del tecnecio, sustancia en estudio para encontrar cáncer en el cuerpo. Technegas-Tc99m®. A veces 99mTc o <sup>99</sup>Tc: 480

**Tc-99m** =isotopo del tecnecio: 171

**T.E.** = ecocardiograma transesofágico: ecocardiograma TT –transtorácico; TE –transesofágico; epicárdico intraoperatorio; TE intraoperatorio: 424

**TEP** = tromboembolismo pulmonar: 103, 162, 229, 239, 570 (en el mismo documento TEPs y TEP para plural) (tromboembolismo pulmonar: 282)

**tfno.**=teléfono: 385

**TG** = triglicéridos: 182, 249, 500 (Triglicéridos: 4, 14, 18, 39, 66, 73, 74, 76, 86, 118, 127, 137, 141, 142, 158, 179, 181, 183, 186, 187, 192, 193, 213, 240, 244, 256, 258, 261, 262, 263, 298, 318, 336, 424, 434, 488, 489)

**Tg** =triglicéridos: 272

**TGD** =triglicéridos: 316

**TGO**: 390, 391, 392 (vid. GOT)

**TGP**: 390, 391, 392 (vid. GPT)

**THS** =terapia hormonal sustitutiva: 390, 391, 392

**Tiff** = Tiffenreau: 594, 596 (vid. I. Tiffenreau)

**TLCO** = DLCO diffusing capacity or transfer factor of the lung for carbon monoxide -CO: 280

**TLCO/VA** =correction of TLCO for alveolar volume –VA: volumen alveolar: 280

**TLC-He** =capacidad pulmonar total; total lung capacity en inglés. Volumen de gas contenido en el pulmón al final de una inspiración máxima. TLC = FRC + IC. Por método de circuito cerrado de helio.

**TLC**: total lung capacity (capacidad pulmonar total). Vid. Artículo. He= Helio: 280

**TLC-pletis** =capacidad pulmonar total; total lung capacity en inglés. Volumen de gas contenido en el pulmón al final de una inspiración máxima. TLC = FRC + IC. Por plestimografía corporal: 280

**Tm** = tumor: 440 (hay otras tm vesical...)

**TM.** =tumor: 65, 355, 395

**TM vesical** =tumor vesical: 11, 12, 81, 355, 356

**Tm. Vesical** =tumor vesical: 65, 81

**T. pelvis** = tumor de pelvis: 66

**TNK** = Tenecteplase- Tenecteplasa: fármaco fibrinolítico: 161

**TPr** = tiempo de protrombina: 467 (tiempo de protombina = tiempo de protrombina: 83, 238)

**TP** = tiempo de protrombina: 70, 193, 230, 250, 359, 398

**T Protrombina** = tiempo de protrombina: 6, 49, 73, 74?, 86, 118, 181, 187, 211, 298, 336, 363 (tiempo de protrombina: 7, 68, 98, 99, 127, 181, 186, 244, 256, 363)

**T° protrombina** = tiempo de protrombina: 28, 133, 136, 272

**Tprotombina** = tiempo de protrombina: 76 (Tiempo de protrombina: 238, 244, 261, 262, 263, 363; actividad de protrombina: 18; Protrombina: 318; tiempo de protombina: 7, 83; Tiempo de Protrombina: 127; Tiempo de protombina: 40, 41, 238)

**T. de Protrombina** = tiempo de protrombina: 53

**T. protrombina** = tiempo de protrombina: 66, 256, 363

**Tª Protrombina** = tiempo de protrombina: 136

**T° P** = tiempo de protrombina: 194

**T. Protrombina** = tiempo de protrombina: 6, 49, 74, 86, 118, 181, 187, 211, 298, 336, 363

**tpo protrombina** = tiempo de protrombina: 19

**T. protrombina** = tiempo de protrombina: 256

**T° Protrombina** = tiempo de protrombina: 136, 272

**TProtombina** = tiempo de protrombina: 76

**T: Protrombina** = tiempo de protrombina: 187

**T. Trombina** = tiempo de trombina: 141, 183, 424, 447, 448 (tiempo de trombina: 244, 262, 263; tasa de trombina: 240)

**T. tromb. Parcial** = tiempo de trombina parcial: 363, 460

**T. Tromb. Parcial** = tiempo de trombina parcial: 363

**T. cefalina** = tiempo de cefalina: 66, 141, 183, 424 (Cefalina: 434)

**Trop T** = Troponina T y troponina I: proteínas específicas del músculo cardíaco que el cuerpo secreta cuando el corazón está dañado. + de 0.1 ng/ml (nanogramos por mililitro) de troponina T y más de 0.4 ng/ml de troponina I: 467; Troponina T: Troponina T y troponina I: proteínas específicas del músculo cardíaco que el cuerpo secreta cuando el corazón está dañado. + de 0.1 ng/ml (nanogramos por mililitro) de troponina T y más de 0.4 ng/ml de troponina I: 136, 141, 142, 161, 181, 214, 223, 403, 480 (troponina T: 9, 134; troponina I: 70; troponina: 23, 39, 112)

**Tropo T** = Troponina T y troponina I: proteínas específicas del músculo cardíaco que el cuerpo secreta cuando el corazón está dañado. + de 0.1 ng/ml (nanogramos por mililitro) de troponina T y más de 0.4 ng/ml de troponina I: 600

**TPTA** = tiempo parcial de tromboplastina activada: 238 (en coagulación)

**TR** = tacto rectal: 144 (en exploración) [TR grado I.... grado II .... Volumen triple]

**TRAUMA** = traumatología: 153 (CEX TRAUMA)

**TSH** = hormona tiroestimulante (thyroid-stimulating hormone): 4, 7, 58, 127, 136, 137, 148, 150, 238, 244, 262, 390, 391, 392

**tto** = tratamiento: 5, 10, 12, 14, 19, 20, 29, 37, 38, 54, 58, 85, 100, 116, 121, 124, 133, 141, 161, 168, 169, 171, 182, 184, 193, 239, 244, 247, 262, 275, 280, 283, 295, 336, 359, 363, 370, 374, 375, 379, 385, 390, 391, 392, 395, 396

**trat°** = tratamiento: 54, 298

**Tto** = tratamiento: 12, 141, 259, 295, 342, 379, 412

**TTO** = tratamiento: 20, 182, 252, 259, 383, 409, 410

**TT° HAB** = tratamiento habitual: 588

**Tt°** = tratamiento: 183, 419

**Tt° QT** = tratamiento quimioterápico: 122

**tt°** = tratamiento: 25, 122, 141, 166, 173, 182, 183, 280, 383, 410, 419, 424

**TTPA** = APTT; tiempo de tromboplastina parcial activado): 6, 7, 40, 74, 98, 99, 137, 173, 184, 244, 256, 262, 263, 298, 336, 359, 363, 398, 447, 448, 460, 467

**TTS** = parche transdérmico. Del acrónimo inglés Transdermal Therapeutic Sistem: 150

**TVP** = trombosis venosa profunda: 14, 18, 24, 27, 29, 41, 44, 46, 48, 52, 77, 80, 84, 90, 92, 94, 98, 99, 100, 115, 116, 117, 119, 132, 134, 137, 141, 150, 152, 159, 164, 167, 170, 173, 174, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 190, 200, 214, 223, 227, 228, 238, 239, 245, 246, 248, 249, 250, 252 (signos de TVP), 253, 262, 280, 283, 286, 290, 291, 292, 294, 298, 299, 302, 308, 310, 313, 315, 319, 361, 378, 383, 407, 410, 412, 422, 424, 431, 447, 454, 455, 456, 469, 471, 500, 502, 504, 505, 506, 515, 521, 526, 545, 550, 566, 570, 574, 576, 582, 588, 593, 594, 596, 597, 606, 607

**T.V.P.** = trombosis venosa profunda: 112, 136, 487, 507 (Trombosis venosa profunda: 23, 206, 211)

**STVP** = signos de trombosis venosa profunda: 238, 239, 246, 249, 250, 252, 259, 267

**TZ** = nombre comercial de la lamivudina 3TC; aquí de forma anómala con -z: 319

**u/mL** =unidad por mililitro, unidad de actividad enzimática: 158

**ug/dl** =nanogramos por decilitro: 181

**U** =unidades: 22, 86, 343, 346 (unidades: 23, 181; Unidades: 15, 16; nuestra unidad: 82)

**UI/ml** =unidades internacionales por mililitro: 183, 280

**UI** =Unidad Internacional: 4, 22, 43, 409

**U/I** = Unidad Internacional: 4, 18, 22, 47, 160, 254, 298

**ui** =Unidad Internacional: 379

**und. internacionales** =unidades internacionales: 365

**U/ml** =unidades por mililitro: 18, 19, 181

**U/L** =unidades por litro: 73, 126, 359

**u/l** =unidades por litro: 319,

**UC**: 88 (ureteroscopia; a veces URS), 137, 158, 252, 355

**UCE** =Unidad de Corta Estancia: 12, 28 (arriba Unidad de Corta Estancia), 56, 257, 342, 386, 412

**UCP**: 2, 20, 98, 191, 274, 428

**U.C.Paliativos** =Unidad de Cuidados Paliativos: 141 (unidad de cuidados paliativos: 82; Unidad de cuidados paliativos: 87; Unidad de Cuidados Paliativos: 59, 67, 69, 70, 93, 98, 170, 173)

**U. Paliativos** =Unidad de Cuidados Paliativos: 283

**UME** = Unidad médica de emergencias: 599

**UMI** = Unidad de Medicina Interna: 161

**Unidad de E. Infecciosas** =Unidad de Enfermedades Infecciosas: 187

**1 Upq** =1 unidad de plaquetas: 359

**UPP** =úlceras por presión: 40, 52 (un UPP grado II – GÉNERO INCORRECTO), 217

**U** =urea: 272, 477, 478 (Urea: 1, 3, 5, 7, 9, 14, 16, 22, 23, 25, 27, 31, 39, 41, 45, 47, 49, 64, 66, 73, 74, 76, 78, 80, 84, 86, 87, 89, 93, 95, 96, 112, 118, 122, 127, 134, 136, 137, 141, 142, 145, 148, 150, 158, 161, 169, 173, 177, 179, 181, 183, 184, 185, 193, 201, 206, 211, 213, 214, 215, 221, 223, 224, 232, 238, 240, 242, 244, 276, 280, 298, 316, 318, 335, 336, 341, 354, 359, 363, 365, 374, 375, 382, 386, 390, 391, 392, 393, 398, 403, 408, 412, 424, 431, 434, 437, 452, 460, 464, 467, 469, 471, 480, 484, 487, 489, 500; urea: 4, 12, 35, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 193, 249, 250, 256, 261, 262, 263, 273)

**Ur** =urea: 19, 28

**Ura** (error) =urea: 465

**URG** = urgencias: 86, 228 (urgencias: 186)

**urg** =urgencias: 161, 280

**Uro**= Urología: 355, 356, 370

**Uro-oncología** (=Urología): 321

**USM** = Unidad de Salud Mental: 207, 417

**ExUDVP** =ex usuario de drogas por vía parenteral: 316, 318, 319

**V1**: 161, 173

**V4**: 161, 173

**V2, V3**: 6

**V5, V6**: 148

**V1 V4**: 173

**V. Aortica** = válvula aórtica: 424

**V Ao** = válvula aórtica: 280

**VAD** =tratamiento de quimioterapia: vincristina, adriamicina y dexametasona: 121

**VAS** = vías aéreas superiores: 424

**VCA IgM** =virus capsid antigen; IgM VCA es lo normal: 244

**VCI** = vena cava inferior: 424

**VCM** =volumen corpuscular medio: 5, 7, 10, 14, 18, 23, 56, 58, 64, 66, 80, 84, 89, 94, 103, 115, 116, 121, 127, 137, 141, 150, 173, 181, 183, 184, 187, 211, 215, 219, 224, 232, 238, 240, 249, 252, 256, 261, 262, 263, 272, 280, 298, 335, 336, 347, 348, 351, 352, 354, 359, 363, 389, 398, 424, 447, 448, 452, 460, 497 (Volumen corpuscular: 345)

**VD** = ventrículo derecho: 262

**VD-AD** = ventrículo derecho-aurícula derecha: 161

**V. Dcho** = ventrículo derecho: 424

**VDRL** =laboratorios de investigación de enfermedades venéreas (en inglés): 21

**VEC** =tratamiento de quimioterapia: vincristina, epirrubicina y ciclo-fosfamida: 379

**VEMS** =Volumen espiratorio máximo por segundo: 295, 392

**VF** = vaciamiento funcional o ventricular fibrillation: 148

**VHB** =virus de la hepatitis B: 599 (con repetición "hepatitis VHB")



**VHC** =virus de la hepatitis C: 127, 272, 319

**VI** = ventrículo izquierdo: 30, 58, 184, 192, 193, 262, 280, 298

**V.I.** = ventrículo izquierdo: 182, 183

**V. Izdo.** = ventrículo izquierdo: 66, 183, 424

**VIH** = virus de la inmunodeficiencia humana : 25, 244, 316, 317, 318, 319

**HIV** = virus de la inmunodeficiencia humana (Human inmunodeficiency): 434

**virus Hepatitis B:** 434

**virus Hepatitis C:** 434

**Vit. B12** =vitamina B12: 354, 424 (Vitamina B12: 4, 7, 40, 58, 119, 148, 189, 219, 244, 258, 311, 318, 390, 391, 392, 424, 483, 487; Vitamina K: 83; Hipovitaminosis B12: 100; B12: 192, 238)

**Vit B<sub>12</sub>** =vitamina B12: 23

**vit. B12** = vitamina B12: 424

**VL** = ventrículo lateral: 396

**VM** = válvula mitral: 280

**V. Mitral** = válvula mitral: 424

**VN** = valor normal (vía clásica de complemento 52 uh/ml VN: 150-250 Uh/ml): 280

**VNB** =Vinorelbina: 193 (Herceptin + VNB)

**vo** =vía oral: 29, 98, 99, 150, 258, 359, 381, 407

**v.o.** =vía oral: 250

**VO** =vía oral: 22, 45, 169, 249, 258, 318

**VP16** =Carboplatino VP16. Etopósido, nombre genérico. Nombres comerciales: Toposar®, Vepesid®, Etopophos®. Es un anticuerpo: 287, 288

**VPM** = volumen plaquetario medio: 363, 389, 429

**Volumen plaquetar medio: VPM:** 217 (uno de los pocos ejemplos en que se presenta la forma plena y su correspondiente sigla a su lado)

**VS** = versus: 60, 229

**vs** = versus: 207

**VSG** =velocidad de sedimentación globular (también formas enteras): 3, 4, 6, 7, 18, 26, 33, 39, 56, 58, 74, 80, 86, 94, 103, 119, 124, 127, 136, 141, 142, 166, 169, 173, 177, 179, 181, 183, 184, 186, 187, 193, 215, 219, 224, 232, 244, 249, 252, 257, 261, 262, 263, 280, 283, 298, 319, 335, 354, 424, 434, 447, 448, 483, 486, 487, 488, 494 (velocidad de sedimentación globular: 25; velocidad de sedimentación: 126, 220)

**VSG/ en 1ª hora** =velocidad de sedimentación globular en primera hora: 335

VT = válvula tricúspide: 148

V. Yugular = vena yugular: 338

