

2º MÓDULO: DOCUMENTACIÓN NUTRICIONAL EN LA HISTORIA CLÍNICA (HC)

- 2.1. Concepto de Historia Clínica.
 - 2.1.1. Finalidad.
 - 2.1.2. Características.
 - 2.1.3. Requisitos.
 - 2.1.4. Partes de la HC
- 2.2. Procedimiento para una correcta realización de HC.
 - 2.2.1. Procedimiento específico para el cuidado nutricional
 - 2.2.2. Estandarización de las anotaciones en la HC
 - 2.2.3. HC Informatizada
- 2.3. Aspectos prácticos.

2.1- CONCEPTO DE LA HISTORIA CLÍNICA

Es el documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte.

Tener reunidos todos los datos de un paciente y actualizados es un objetivo estratégico desde el punto de vista asistencial, de gestión y de investigación.

2.1.1- FINALIDAD

La HC tiene como finalidad primordial recoger datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria. El motivo que conduce al médico a iniciar la elaboración de la HC y a continuarla a lo largo del tiempo, es el requerimiento de una prestación de servicios sanitarios por parte del paciente.

Puede considerarse que es el instrumento básico del buen ejercicio sanitario, porque sin ella es imposible que el médico pueda tener con el paso del tiempo una visión completa y global del paciente para prestar asistencia.

No obstante, aunque el objetivo primordial de dicho documento es el **asistencial**, no pueden ni deben obviarse otros aspectos extra asistenciales de la HC como son:

- **Docencia e Investigación:** A partir de las HC pueden realizarse estudios e investigaciones sobre determinadas patologías, publicaciones científicas.
- **Evaluación de la calidad:** es considerada como un derecho del paciente derivado del derecho a una asistencia médica de calidad. Y como documenta la relación médico-paciente, así como las intervenciones de los miembros del equipo de salud, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.
- **Administrativa:** es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias.
- **Médico/legal:** Desde el aspecto médico-legal se trata de un documento de acceso limitado, puede considerarse como un acta de cuidados asistenciales.

Existe obligación legal de efectuarla por normativas vigentes en cada país: Ley General de Sanidad, Ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales.

El incumplimiento o la no realización de la HC, puede tener las siguientes repercusiones:

- Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal.
- Defecto de gestión de los servicios clínicos.
- Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución, a la administración.
- Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

Puede considerarse que la HC es un documento legal y es el instrumento del buen ejercicio sanitario.

2.1.2- CARACTERÍSTICAS

La historia clínica debe ser:

- **Confidencial:** tiene que ver con el secreto médico y con el derecho a intimidad del paciente.
- **Segura:** En el sentido de que la información de los datos del paciente, así como de los profesionales sea fidedigna. Además de los datos asistenciales que contenga.
- **Disponible:** en caso de ser requerida para pericias legales, y también para todo el equipo de salud preservando siempre la confidencialidad del paciente.
- **Única:** para cada paciente.
- **Legible:** Ordenada y clara para todos los miembros del equipo de salud, debe ser comprensible por terceros y no sólo por quienes escriben en ella. no debe tener tachaduras, que no se debe escribir sobre lo ya escrito, no puede ser borrada, no se debe dejar espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse ERROR y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entre renglones.

2.1.3- REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los requisitos son:

- **Veracidad:** debe caracterizarse por ser un documento "veraz", de lo contrario puede incurrirse en el delito penal de falsedad documental.
- **Coetaneidad de los registros:** debe realizarse simultáneamente a la atención del paciente.

- **Rigor técnico de los registros:** los datos en ella contenida deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otros profesionales o bien hacia la institución.
- **Completa:** con datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente, debiéndose reflejar en ella todas las fases médico/legales que comprenden todo acto clínico asistencial. Así mismo y contener los documentos relacionados con las prácticas a realizarse en el paciente: consentimiento informado, protocolos especiales, datos administrativos, hojas de enfermería, estudios complementarios, incluyendo las prácticas rechazadas o abandonadas, etc.
- **Es importante que incluya la identificación del Profesional:** todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de colegiado.

2.1.4- PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Información del paciente: sus datos, de familiares, de su cobertura médica, etc.
- La historia o registro médico: de los antecedentes quirúrgicos, obstétricos, medicación y alergias, antecedentes familiares, aspectos sociales, culturales del paciente; hábitos: dieta, consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc.
Resumen del episodio actual, del motivo de ingreso, historia de la enfermedad actual, examen físico, evaluación y plan.
- Indicaciones: deben estar firmadas.

Notas de evolución: actualizaciones diarias incluidas en la historia clínica por los miembros del equipo de salud pueden ser escritas en forma narrativa, con formato SOEP (se verá más adelante) y que vuelcan información de cambios clínicos, información nueva, resultado de análisis.

- Resultados de estudios: de laboratorio, rayos X, etc. Pueden obtenerse on line, pero los resultados deberán ser volcados en la HC.
- Otro tipo de información: signos vitales, balances, etc.

2.2- PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Escribir principalmente hechos en la historia clínica. Si lo que se comenta es una impresión diagnóstica nutricional, aclararlo.
- No dejar espacios en blanco entre frases o palabras.

- Usar solamente abreviaturas convencionales. En el caso de JCAHO (Joint Commission Accreditation of Health Organizations) describe abreviaturas prohibidas debido a que han producido errores en el pasado.
- Utilizar estilo objetivo en la redacción, evitando las subjetividades (para mí, yo, nosotros, etc.). Evitar el "recomiendo", en todo caso será "las necesidades calóricas están aumentadas por..."
- Expresar las ideas de forma clara no implica una redacción gramatical estricta o frases completas, mientras lo expresado se entienda.
- Fechar todas las entradas de la historia clínica, si es posible con la hora también.
- Firmar e incluir los datos personales: nombre y apellido, número de matrícula profesional), puede ser en forma manuscrita con letra imprenta o con sello, cuando termina la nota.
- No borrar o tachar de forma ilegible, ninguna parte de la historia clínica. En caso de error, trazar solamente una línea atravesando la entrada incorrecta y aclarar ERROR. Evitar hacer ilegible lo tachado.
- Documentar las indicaciones de procedimientos y terapias que pudieran tener efectos colaterales o complicaciones.
- Cuando se cita al paciente nuevamente aclarar expresamente la fecha evitando decir próxima consulta en 15 días, sino el día 1 de agosto, por ejemplo.
- Nunca agregar palabras o entradas sobre anotaciones ya existentes. En caso de tener que agregar algo hacerlo debajo aclarando que lo mismo sucedió en fecha anterior.
- Documentar todas las consultas a las que el paciente no asiste, así como toda otra falta de cumplimiento del tratamiento. Documentar también si se le advirtió sobre las consecuencias de la falta de cumplimiento del plan.
- No transcribir comentarios personales sobre el paciente o sobre sus familiares.
- No incluir lo que no forme parte de la terapia.
- No utilizar la historia clínica para criticar tratamientos anteriores, anotaciones incompletas o ausencia de las mismas por parte de otros miembros del equipo.
- Ser muy completo y sintético, es decir, registrar lo esencial. Escribir en forma legible, ser informativo y concreto. Las anotaciones desorganizadas, superficiales o ilegibles desacreditan al profesional.

2.2.1- PROCEDIMIENTO ESPECÍFICO PARA EL CUIDADO NUTRICIONAL

Para trabajar en el área de la nutrición, es muy importante entender y aplicar estrategias basadas en evidencia, en particular para evaluar el estado nutricional tanto a nivel individual como poblacional y decidir la estrategia de intervención más adecuada y documentarla.

Un tratamiento nutricional adecuado y la incorporación de la valoración nutricional como parte del cuidado cotidiano de los pacientes se vuelve imperativo. En muchos casos no se incluye en las prácticas de rutina, ni en la Historia Clínica, lo que determina el desconocimiento de las condiciones del paciente en el momento de admisión hospitalaria y dificulta una atención oportuna.

Reportar información nutricional obtenida en la consulta de nutrición o para estudios poblacionales, requieren sistematización estandarizada, con orden y terminología adecuada para obtener un análisis que permita no sólo realizar un diagnóstico nutricional correcto y elegir la mejor intervención, sino que asegure el registro de dicha información a fin de realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la situación nutricional en cuestión. Para ello es importante utilizar herramientas basadas en evidencia que a su vez orienten los cambios que amerite la intervención nutricional para posteriormente evaluar el éxito o fracaso de dicha intervención.

En vista de la necesidad de proveer calidad en el servicio prestado por los profesionales que desarrollan sus tareas en el área de la nutrición, un servicio que fuese consistente y cuyos resultados medibles es importante diferenciar lo que implica un proceso de manejo y cuidado nutricional estandarizado, de un proceso de cuidado estandarizado al paciente, este último asegura que todos los pacientes reciban el mismo cuidado y atención.

Se ha reportado la eficiencia del proceso al recopilar información nutricional cuando se ha instruido a los profesionales de la dietética respecto a esta metodología, siendo estadísticamente significativos y positivos la diferencia entre grupos de profesionales que han recopilado información nutricional que contemple los cuatro pasos fundamentales que permiten la recopilación sistematizada de la información nutricional bien sea en la consulta nutricional o en estudios poblacionales que involucren la identificación de un determinado problema y enfocar la solución.

La documentación debe seguir un lenguaje claramente establecido que describirá los siguientes pasos:



Evaluación Nutricional: Los profesionales que desarrollan su labor en el campo de la nutrición deben:

- Revisar: datos recolectados para identificar factores que afecten el estado nutricional y de salud.
- Agrupar: datos y elementos individuales que para identificar un diagnóstico nutricional.
- Identificar: estándares mediante los datos serán comparados.

Diagnóstico Nutricional: El propósito de establecer un diagnóstico nutricional, es identificar y describir un problema nutricional específico que pueda ser resuelto o mejorado a través de una intervención nutricional por un profesional del área. Un diagnóstico nutricional (alteración en la ingesta de Carbohidratos) es diferente de un diagnóstico médico (Diabetes).

La documentación del diagnóstico Nutricional requiere una terminología, una organización y una documentación particular.

Intervención Nutricional: Se define como una serie de acciones previamente planificadas para cambiar positivamente una conducta relacionada a la nutrición, condición ambiental o aspecto del estado de salud para un individuo (y su familia o cuidadores), grupo "blanco" o la comunidad en el caso de poblaciones. Un profesional de la nutrición trabaja en conjunción con el paciente y otros profesionales de la salud, programas o agencias durante la fase de intervención.

Monitoreo y evaluación de los resultados: es un componente crucial del proceso ya que identifica los resultados y sus importantes medidas del cambio en los pacientes o poblaciones relevantes al diagnóstico nutricional e intervención nutricional y describe cómo se pueden evaluar y medir de la mejor manera estos cambios. En la definición de la evaluación y monitoreo se hace evidente la superposición de términos y aspectos entre el examen nutricional y la evaluación y monitoreo, la diferencia está en el uso y el propósito que se da a esta información. La utilización que se da en el monitoreo y evaluación se utilizan para evaluar los resultados de las intervenciones nutricionales.

2.2.2- ESTANDARIZACIÓN DE LAS ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA



FORMATO SOEP

Subjetivo

Incluye la información suministrada por el paciente, familiares u otros como cuidadores del tipo:

- a. Información sobre el problema.
- b. Información cultural, socioeconómica, psicológica y ambiental pertinente.
- c. Actividad laboral.
- d. Nivel de realización de actividad física.
- e. Relato y los cambios de la ingesta, si es independiente o no para comer o preparar los alimentos.

El peso habitual relatado, los cambios de peso y del apetito, las alergias alimentarias y dietas realizadas en el pasado o presente.

Objetivo

Se trata de información fáctica relacionadas con el problema y que puedan ser confirmadas por otros.

- a. Diagnóstico.
- b. Peso, talla, medidas antropométricas, ganancia y pérdida de peso.
- c. Resultados de laboratorio.
- d. Examen físico.
- e. Datos clínicos (náuseas, vómitos).
- f. Plan de alimentación y suplementos prescritos.
- g. Vías de alimentación.
- h. Registros de información de otros miembros del equipo de salud.
- i. Consignar si el paciente ingiere alimentos no brindados por la institución.

Evaluación

- a. Incluye el diagnóstico nutricional.
- b. La interpretación o juicio del profesional sobre del estado nutricional del paciente basado en datos objetivos y subjetivos.
- c. La evaluación de la historia nutricional.
- d. La evaluación de los resultados del laboratorio y la medicación.
- e. La evaluación de la adecuación de la ingesta anterior y su relación con los problemas actuales.
- f. Evaluación de la comprensión, aceptación y motivación del paciente.
- g. La evaluación del estado nutricional actual implica el análisis de la ingesta alimentaria anterior y presente, los resultados de las mediciones antropométricas, el examen físico, los laboratorios. Estos datos se resumen dentro de los subjetivos y objetivos y se interpretan en la evaluación.
- h. Las necesidades de intervención de otros profesionales o servicios, como el servicio social, atención domiciliaria, etc. también se registra en este paso.
- i. Las necesidades de intervención de otros profesionales o servicios, como el servicio social, atención domiciliaria, también se registra en este paso.

Plan

- a. Se enuncian la/s acción/es a tomar para resolver o mitigar el problema del paciente sobre la base de lo objetivo, subjetivo y la evaluación.
- b. Los objetivos de la terapia nutricional.
- c. El plan se puede componer de:

- Plan de diagnóstico o investigación adicional: recomendación de una evaluación más completa como la solicitud de exámenes de laboratorio adicionales, calorimetría indirecta, etc.
 - Plan de terapia: tipo de plan de alimentación, método o vía de alimentación sugerida, indicación de soporte nutricional o de suplementos.
 - Plan de educación: plan de futuras instrucciones y el plan de seguimiento.
- d. En caso de pedido de consulta por otros profesionales aquí se indica la solicitud y en la parte de evaluación se fundamenta tal pedido.
- e. Los cambios o variaciones en los procedimientos nutricionales convencionales se deben registrar para que el resto del equipo de salud esté al tanto. Ejemplo: permitidos para un plan diabético o renal de ingestas por fuera del plan.

CUESTIONES A FAVOR Y DESFAVORABLES DEL MÉTODO SOEP

A favor:

- Es un método comúnmente utilizado por nutricionistas y otros miembros del equipo de salud.
- Fácil para aprender y utilizar.

Desfavorables:

- Lleva a la realización de notas extensas en la HC.
- Estudios dicen que los médicos son reticentes a este formato en comparación con otros.
- Legítima mayormente los datos objetivos sobre los subjetivos.

2.2.3- HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Puede definirse como una HC en la que la información y los documentos se encuentran en soporte informático y por lo tanto pueden ser consultados, procesados y transmitidos y presentados, utilizando las tecnologías de la información y las comunicaciones. Aunque la faceta tecnológica es importante, la HC electrónica no se debe considerar únicamente como una versión informatizada de la HC en papel. La HC es el elemento central de la creación de redes informática o de telecomunicación médica por las grandes ventajas que proporciona la incorporación de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas de la medicina ya que facilita, la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica.

La HC electrónica cambia el modo en que los profesionales hacen uso de la información, les permite el acceso a muchos más datos del paciente y genera más conocimiento y, por lo tanto, más valor para los usuarios.

Sin embargo, la informatización de los historiales tiene como inconveniente principal el poner en peligro algunos de los derechos fundamentales del paciente, como son el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo.

Otro inconveniente sería la pérdida brusca, total o parcial de los datos.

OBJETIVOS HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

- Apoyar la atención de los pacientes y mejorar la calidad de la misma.
- Reforzar y mejorar la productividad de los profesionales de salud.
- Reducir costos administrativos asociados con la atención y su financiamiento.
- Apoyar la investigación clínica.
- Adaptarse a los futuros desarrollos de tecnología médica, normas, gerenciamientos y finanzas.
- Asegurar la confidencialidad de la información en todo momento.

La disponibilidad de una HC en todo el entorno del sistema sanitario es un objetivo estratégico para conseguir una atención sanitaria de calidad, optimizar los costos del sistema y generar conocimiento. Para lograr que ésta sea única por paciente y que esté en soporte electrónico, la HC electrónica debe tener cuatro características funcionales esenciales:

IDENTIFICACIÓN: Debe existir un procedimiento seguro para identificar de forma inequívoca la historia clínica del paciente. De esta manera, es posible buscar e incorporar todos los datos del paciente de que se dispongan en el sistema.

COMPENSIBILIDAD: La información contenida en la HC debe ser comprensible para cualquier usuario que esté autorizado a ingresar a esos datos. Ello implica utilizar un vocabulario común, formatos de imágenes estándares.

ACCESIBILIDAD: La información deberá ser accesible desde cualquier punto, tanto para la consulta, como para la actualización, y debe garantizar que es completa y veraz.

SEGURIDAD: La información debe estar protegida a fin de asegurar la confidencialidad, privacidad e integridad de los datos. Asimismo, debe garantizarse su correcta conservación y su reproducción futura, evitar la acción de los virus.

La solución dada a cada una de estas necesidades por parte de las organizaciones y de los encargados de desarrollar sistemas de historia clínica electrónica no es única. Ello ha provocado la aparición de diferentes sistemas y diversos productos comerciales, muchos de los cuáles son incompatibles entre sí. Desde el punto de vista tecnológico el problema de compatibilidad entre sistemas se resuelve mediante la utilización de estándares que garanticen la comunicación entre sistemas heterogéneos ya que la opción de un único modelo de sistema es impracticable en la realidad.

El concepto de HC electrónica ha continuado evolucionando en el tiempo. La relación cada vez mayor entre aspectos sociales y de salud preventiva de los pacientes, y la calidad asistencial del sistema sanitario por otro, ha llevado a desarrollar modelos para integrar toda esta información. No obstante, la cantidad de información almacenada en la HC hace necesario la implementación de la utilización de recursos informáticos para acceder a ella.

En general, el costo de implantar la HC electrónica es alto en la fase inicial porque es necesaria una inversión en equipos hardware y software, en formación de los usuarios y en un sistema que garantice la seguridad de los datos. Es también significativo el costo que puede suponer la integración del sistema con el resto de las aplicaciones ya existentes. Solo más adelante y siempre que la organización haya adaptado los modelos y procedimientos de trabajo a las características del nuevo sistema, puede obtenerse la mayor rentabilidad del sistema al optimizar costos de gestión y administración.

ESTÁNDARES

El principal obstáculo que ha impedido definir un modelo de HC única, ha sido la disparidad de criterios a la hora de presentar los datos y determinar cuáles son los que tienen que aparecer en la HC electrónica. Esa disparidad ha llevado a que cada servicio definiera su propia HC, esto ha conducido a la disparidad entre los modelos, que permite compartir la información respectiva.

Aunque el objetivo final es que los usuarios del sistema tengan acceso a una información completa y unificada de todos los datos relacionados, el criterio de que todos los sistemas deben ser idénticos para poder integrar la información es obsoleto e irreal. La solución consiste en establecer estándares de comunicación, de formatos de imagen, de vocabulario, etc. Existen diferentes propuestas, y llegar a definir un estándar que permita

que todos los sistemas puedan compartir la información. A la tarea de crear estándares de HC electrónica se dedican dos grupos de trabajo:

- El comité Europeo de Normalización CEN/ TC251
- HL7 (Health Level) es una organización de alcance internacional que define estándares para el intercambio, la gestión e integración de datos clínicos.

2.3- ASPECTOS PRÁCTICOS

Documentación de la información nutricional en la HC

Reportar información nutricional obtenida en la consulta nutricional requiere sistematización estandarizada, con orden y terminología adecuada, para obtener un análisis que permita no solo realizar un diagnóstico nutricional correcto y elegir la mejor intervención, sino que asegure el registro de dicha información con el propósito de realizar el seguimiento, monitoreo y la evaluación de la situación nutricional en cuestión.

Para ello, es importante utilizar herramientas basadas en evidencias que a su vez orienten los cambios que ameriten el éxito o fracaso de dicha intervención.

Las anotaciones en la Historia Clínica, sean en forma digital o manual, deben ser ordenadas y posibles de ser entendidas por el resto de los miembros del equipo de salud.

Son obligatorias al ingreso y posterior monitoreo del paciente.

Es importante recordar que la documentación debe seguir un lenguaje claramente establecido que describirá el proceso de atención nutricional para que resulte sencillo a la hora de documentar en la HC

- Si es un paciente hospitalizado realizar el tamizaje de acuerdo a la herramienta seleccionada por la Institución dentro de las primeras 24-48 horas.
- Si es un paciente de consultorio se puede realizar directamente la EN objetiva.

En ambos casos:

- Revisar los datos recolectados para identificar factores que afecten el estado nutricional y de salud.
- Agrupar datos y elementos individuales que para identificar un diagnóstico nutricional tal y como se refiere en los cuadros de proceso de atención nutricional e
- Identificar estándares mediante los datos que serán comparados.

El propósito de establecer un diagnóstico nutricional es identificar y describir un problema nutricional específico que pueda ser resuelto o mejorado a través de una intervención

nutricional por un profesional del área. Un diagnóstico nutricional (intolerancia al gluten) es diferente de un diagnóstico médico (Celíaca)

En la intervención nutricional se definen una serie de acciones previamente planificada en este caso el cálculo de necesidades energéticas, tipo plan de alimentación y por último el monitoreo que describe como se pueden medir los objetivos propuestos.

Ejemplo de documentación de la HC

28/03/2020. (siempre es importante poner la fecha)

Departamento de Alimentación. Asignar a que servicio pertenece

Paciente sexo femenino, de 23 años de edad, que es derivada del servicio de gastroenterología, que al momento de la consulta refiere dolor abdominal y un peso usual de 53-54 kg. Concorre con laboratorio solicitado por el servicio de gastroenterología con valores elevados de glucemia (104 mg/DL), colesterol total (222mg/DL).

Se realiza evaluación nutricional a través de parámetros objetivos:

Peso actual de 56.300 kg,

Talla: 1.52 mts . IMC 24.36 kg/m²,

Peso ideal corregido: 49-50 kg.

Apetito Conservado

Diagnóstico nutricional: Eunufrida (esto debe aparecer siempre!!)

El diagnóstico surgirá de todo lo escrito anteriormente, parámetros antropométricos, bioquímicos, etc.

Luego se debe detallar toda la intervención nutricional, desde los cálculos nutricionales, plan de alimentación.

Se sugiere dieta libre de gluten (DLG), 1300 calorías (25 calorías / PIC), normoproteica 50 grs (1gr de proteínas/PIC). Se estiman 4 kg de premezclas sin TACC/mes.

Cito en 2 meses para evaluar adherencia a las pautas de la DLG.

Firma y número de colegiado

TENER EN CUENTA

- *Es importante redactar todo lo relacionado a lo nutricional y no escribir información "médica", hay mucha información relacionada con lo nutricional*
- *Cabe aclarar que, si bien la paciente tiene un IMC normal, este indicador no es adecuado para pacientes con este tipo de procesos patológicos. Es importante considerar otros parámetros.*
- *La intervención nutricional es en dónde se detallarán los requerimientos nutricionales, si va a ser fraccionada, tipo de plan de alimentación.*

¿Qué podemos observar?

- A lo largo de los 3 laboratorios, la paciente mejoró su perfil lipídico, glucémico
- El hemograma e ionograma, se mantienen estables.
- El control del cumplimiento de la DLG, se realiza anualmente a través de la medición de los parámetros serológicos específicos. Desde el punto de vista nutricional, será necesario la cantidad de consultas que el profesional considere hasta lograr que el paciente comprenda la DLG y las pautas higiénico dietéticas pertinentes. A partir de allí, una frecuencia de control cada 3 y 6 meses, hasta completar el año de inicio de tratamiento. Luego se sugiere mínimo un control anual.

BIBLIOGRAFÍA

- Riella, M. y Martins C. Nutrición y Riñón. Protocolos de procedimientos nutricionales. Cap. 27: 365-367. Editorial Panamericana. 1º Ed. 2004. Traducción de Julio Cortés.
- Skipper A, Young M, Rotman N, Nagl H. Physicians' implementation of dietitians' recommendations: a study of the effectiveness of dietitians. J Am Diet Assoc 1994; 94:45-49.
- Ley 26529 Salud Pública, Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de salud.
- Sahyoun Nadine. Ph D Expanding Opportunities for Registered Dietitians in the Health Care System .Journal of the American Dietetic Association 2011.
- Lacey K.Ms RD Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. Journal of The American Dietetic Association 2011 1061-1073 vol.103 Number 8.
- Herrera Marianella. Guía de la Asociación Americana de Dietética para el cuidado y manejo nutricional en países en transición nutricional. Anales Venezolanos de Nutrición 2010; Vol 23 (2): 108-120. 108:120.
- Criado del Río Mª T; Seoane Prado J. Aspectos médicos/legales de la historia clínica, Madrid, 1999.
- Aulló Chaves M; Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional: la historia clínica. Madrid, 1997.
- La Historia Clínica Aspectos Éticos y Legales Dra. Dolores Giménez Especialista Medicina Legal y Forense Fuente www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinia.htm.
- Martínez Del Cerro, Francisco Gestión para la gestión Clínica. Nuevas Tecnologías: Historia Clínica electrónica y Telemedicina. Capítulo 14.